

Jahresauswertung 2019  
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit  
osteosynthetischer Versorgung  
17/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 59  
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.442  
Datensatzversion: 17/1 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18421-L116504-P54705

Jahresauswertung 2019  
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit  
osteosynthetischer Versorgung  
17/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 59  
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.442  
Datensatzversion: 17/1 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18421-L116504-P54705

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>3</sup>	Seite
2019/17n1-HUEFT-FRAK/54030 <b>QI: Präoperative Verweildauer</b>			9,46%	<= 15,00%	innerhalb	9,72%	7
2019/17n1-HUEFT-FRAK/54050 <b>QI: Sturzprophylaxe</b>			97,77%	>= 90,00%	innerhalb	96,89%	11
2019/17n1-HUEFT-FRAK/54033 <b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>			1,12	<= 2,17	innerhalb	1,04	13
2019/17n1-HUEFT-FRAK/54029 <b>QI: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>			2,00%	<= 6,06%	innerhalb	2,25%	16

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>3</sup>	Seite
2019/17n1-HUEFT-FRAK/54042							
<b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>			0,81	<= 2,15	innerhalb	0,87	18
2019/17n1-HUEFT-FRAK/54046							
<b>TKez: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>			0,93	-	-	1,03	21

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. 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 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2019/17n1-HUEFT-FRAK/850147 <b>Angabe von ASA 5</b>			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	1,00 Fälle	23
2019/17n1-HUEFT-FRAK/850148 <b>Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation</b>			1,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	2,00 Fälle	25
2019/17n1-HUEFT-FRAK/850149 <b>Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen</b>			33,33%	<= 50,00%	innerhalb	46,67%	27

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. 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 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ 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**

---

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 bereits in der Auswertung für das Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt wurden, bezieht sich diese Auswertung nur auf Patientinnen und Patienten, die 2019 aufgenommen und 2019 entlassen wurden. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 sind daher mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

**Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer**

<b>Qualitätsziel:</b>	Kurze präoperative Verweildauer	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren <sup>1</sup>
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ASA 1 - 2 <sup>1</sup>
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ASA 3 - 4 <sup>1</sup>
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2019/17n1-HUEFT-FRAK/54030
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 15,00%

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen  <b>ohne</b> antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 24 Stunden</b> <b>oder</b> <b>mit</b> antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 48 Stunden</b>  nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich Referenzbereich			
	<= 15,00%		

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen  <b>ohne</b> antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 24 Stunden</b> <b>oder</b> <b>mit</b> antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 48 Stunden</b>  nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich Referenzbereich	325 / 3.437 9,46% 8,52% - 10,48% <= 15,00%	75 / 1.172 6,40%	250 / 2.265 11,04%

<sup>1</sup> Ab dem Erfassungsjahr 2019 werden Patientinnen und Patienten 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 aus dem QI ausgeschlossen.

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen  <b>ohne</b> antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 24 Stunden</b> <b>oder</b> <b>mit</b> antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 48 Stunden</b>  nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen  <b>ohne</b> antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 24 Stunden</b> <b>oder</b> <b>mit</b> antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 48 Stunden</b>  nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich	344 / 3.540 9,72% 8,79% - 10,74%	68 / 1.099 6,19%	276 / 2.440 11,31%

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.



**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

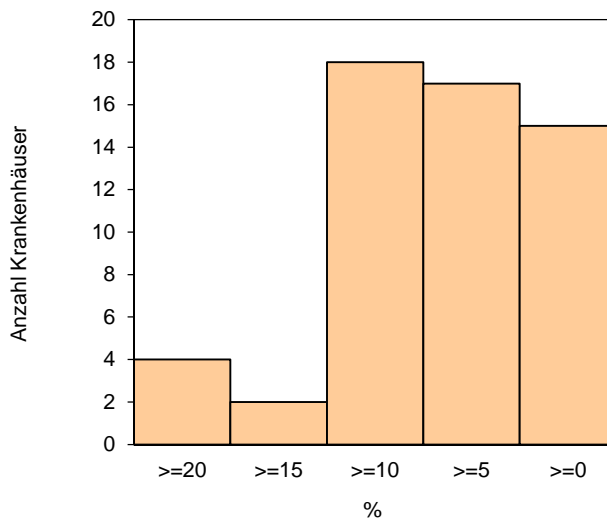
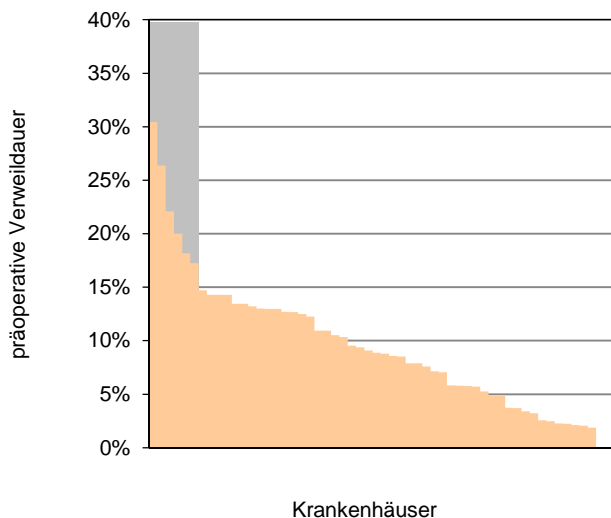
	Krankenhaus 2019			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme am Wochentag Freitag		Samstag Sonntag
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen  <b>ohne</b> antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 24 Stunden</b> <b>oder</b> <b>mit</b> antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 48 Stunden</b>  nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				
	Gesamt 2019			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme am Wochentag Freitag		Samstag Sonntag
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen  <b>ohne</b> antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 24 Stunden</b> <b>oder</b> <b>mit</b> antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die <b>Operation später als 48 Stunden</b>  nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte	194 / 1.958 9,91%	46 / 526 8,75%	44 / 525 8,38%	41 / 428 9,58%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/17n1-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:**

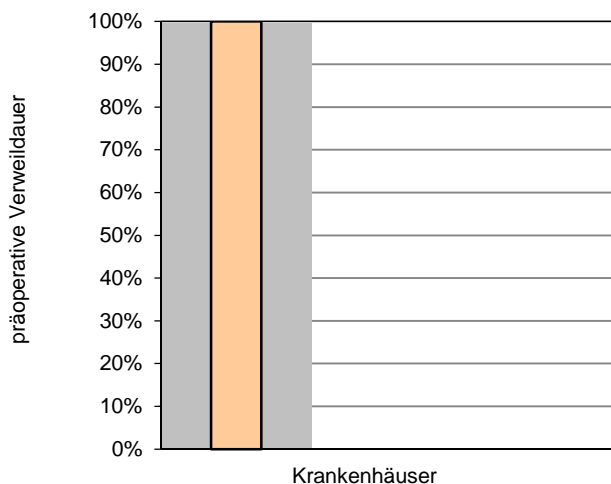
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,89	2,22	4,83	8,83	12,99	17,24	22,09	30,43

**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
	0,00				0,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

**Qualitätsziel:** Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54050

**Referenzbereich:** >= 90,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			3.019 / 3.088	97,77%
Vertrauensbereich				97,18% - 98,23%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			3.056 / 3.154	96,89%
Vertrauensbereich				96,23% - 97,44%

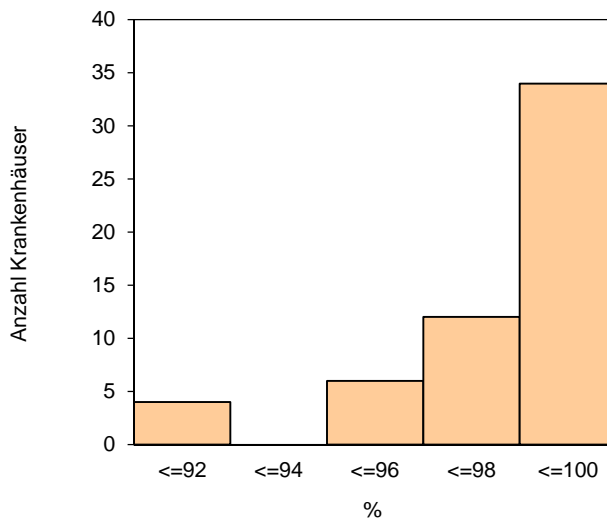
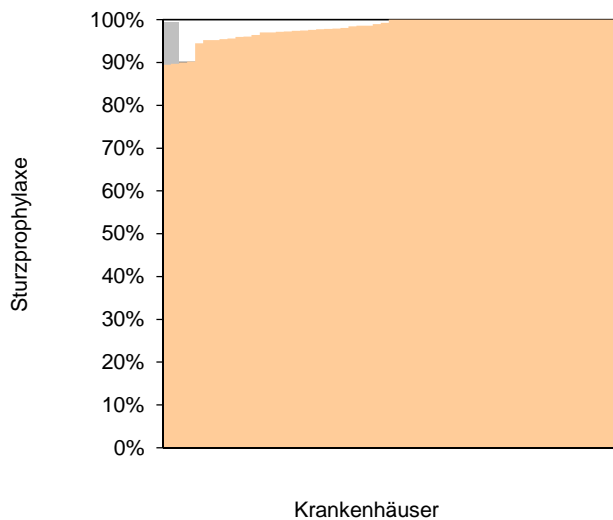
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/17n1-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 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten)**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

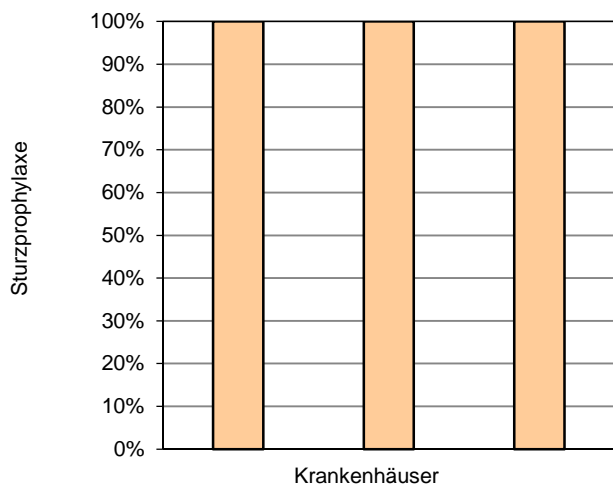
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,47	90,00	95,24	97,13	99,64	100,00	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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit 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:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54033

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

**Referenzbereich:** <= 2,17 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>1</sup>		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		523 / 2.593 20,17%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		467,53 / 2.593 18,03%
O - E		2,14%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>1</sup>		
O/E <sup>4</sup>		1,12
Vertrauensbereich		1,04 - 1,21
Referenzbereich	<= 2,17	<= 2,17

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> KKez O\_54033: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 <sup>1</sup> Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>2</sup>	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) <sup>3</sup>		482 / 2.728 17,67%
vorhergesagt (E) <sup>4</sup>		464,37 / 2.728 17,02%
O - E		0,65%
O/E <sup>5</sup> Vertrauensbereich		1,04 0,96 - 1,12

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> KKez O\_54033: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

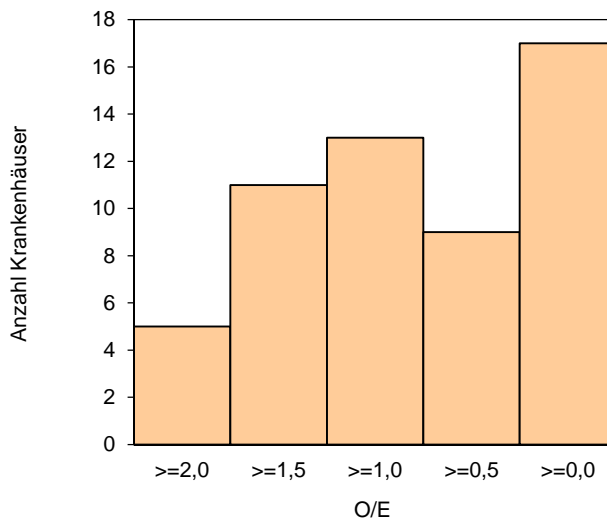
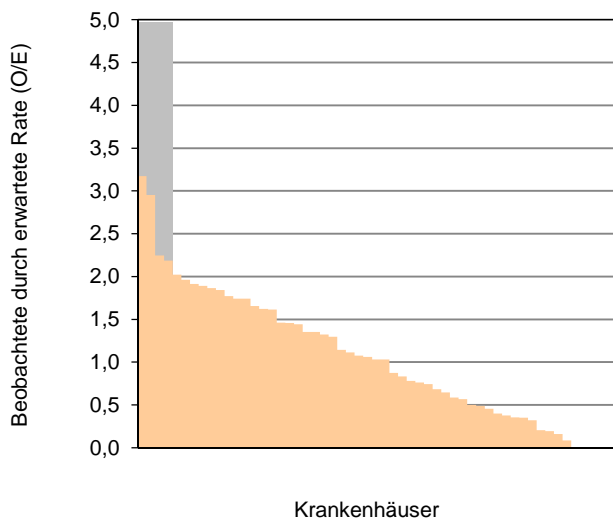
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/17n1-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:**

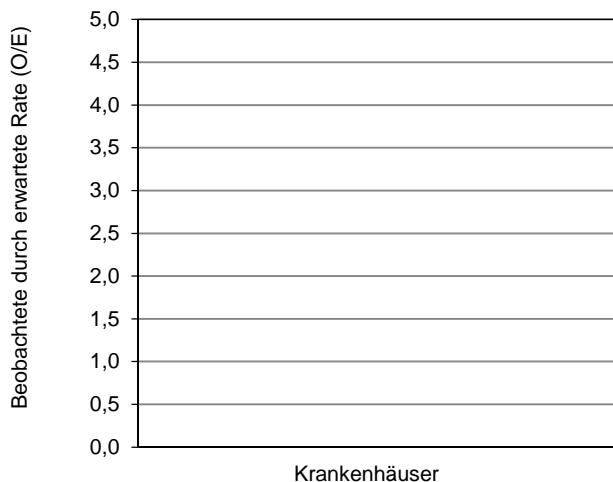
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,08	0,40	1,03	1,65	1,96	2,25	3,17

**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: 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:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54029  
**Referenzbereich:** <= 6,06 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit				
bei Entlassung persistierendem motorischen Nervenschaden			1 / 3.442	0,03%
OP- oder interventionsbedürftiger Gefäßläsion			2 / 3.442	0,06%
OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom			38 / 3.442	1,10%
sekundärer Implantatdislokation			13 / 3.442	0,38%
primärer Implantatfehlage			3 / 3.442	0,09%
Fraktur			2 / 3.442	0,06%
Wundinfektionstiefe (2, 3) bei vorliegender Wundinfektion			18 / 3.442	0,52%
reoperationspflichtiger Wunddehiszenz			5 / 3.442	0,15%
reoperationspflichtiger sekundärer Nekrose der Wundränder			0 / 3.442	0,00%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			69 / 3.442	2,00%
Vertrauensbereich				1,59% - 2,53%
Referenzbereich		<= 6,06%		<= 6,06%

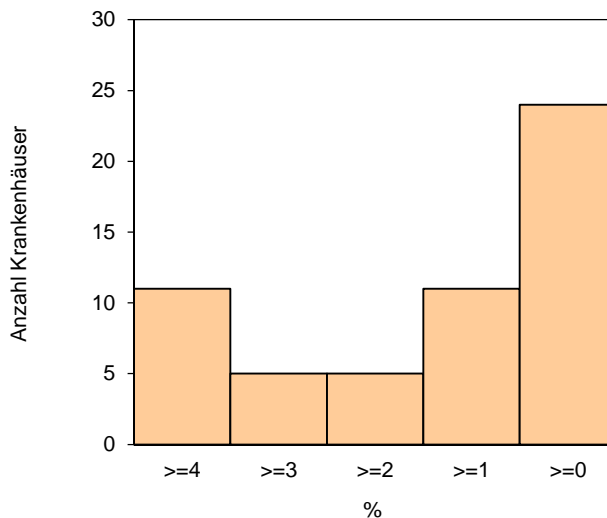
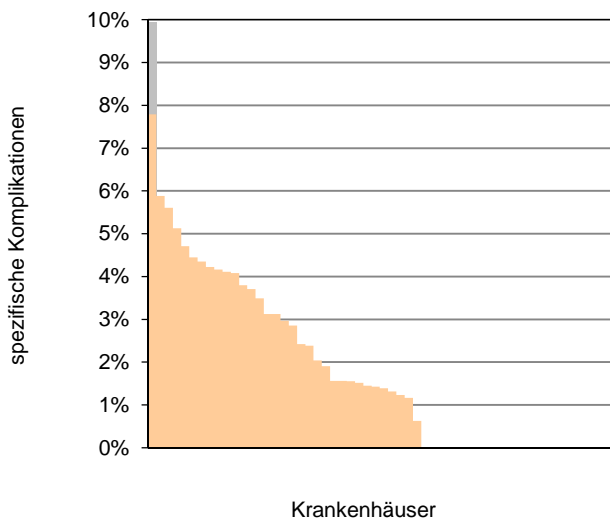
Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			80 / 3.553	2,25%
Vertrauensbereich				1,81% - 2,79%

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.



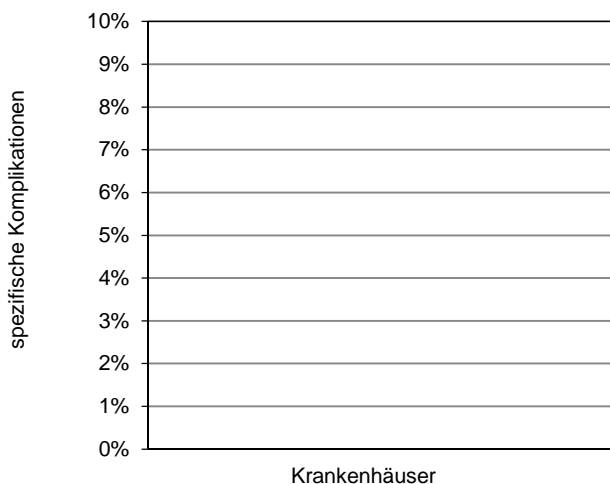
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54029]:  
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41	3,31	4,44	5,61	7,79

**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
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur**

**Qualitätsziel:** Selten allgemeine Komplikationen  
**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54042  
**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression  
**Referenzbereich:** <= 2,15 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		254 / 3.442 7,38%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		313,91 / 3.442 9,12%
O - E		-1,74%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>		
O/E <sup>4</sup>		0,81
Vertrauensbereich		0,72 - 0,91
Referenzbereich	<= 2,15	<= 2,15

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

<sup>2</sup> KKez O\_54042: Beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen

<sup>3</sup> KKez E\_54042: Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54042.

<sup>4</sup> 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 <sup>1</sup> Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungs- bedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup>	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) <sup>3</sup>		280 / 3.553 7,88%
vorhergesagt (E) <sup>4</sup>		320,64 / 3.553 9,02%
O - E		-1,14%
O/E <sup>5</sup> Vertrauensbereich		0,87 0,78 - 0,98

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

<sup>3</sup> KKez O\_54042: Beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen

<sup>4</sup> KKez E\_54042: Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54042.

<sup>5</sup> 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.

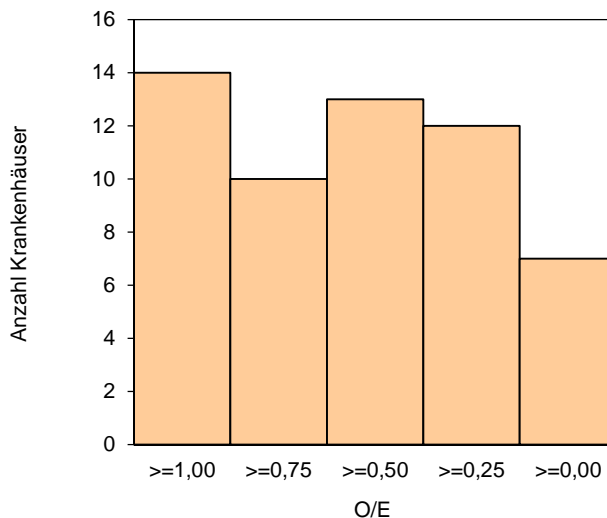
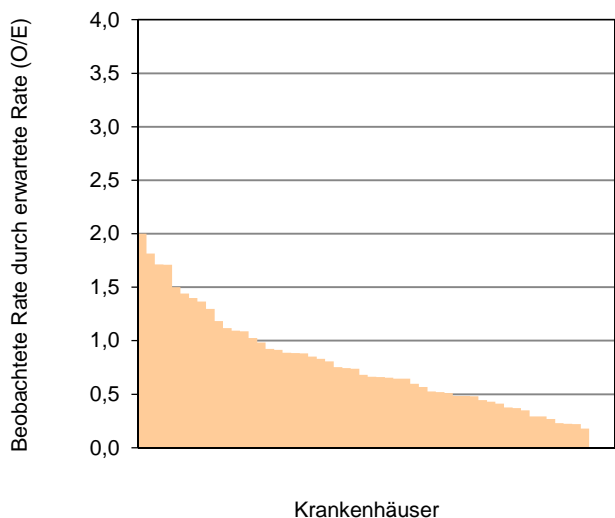
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.  
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/17n1-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:**

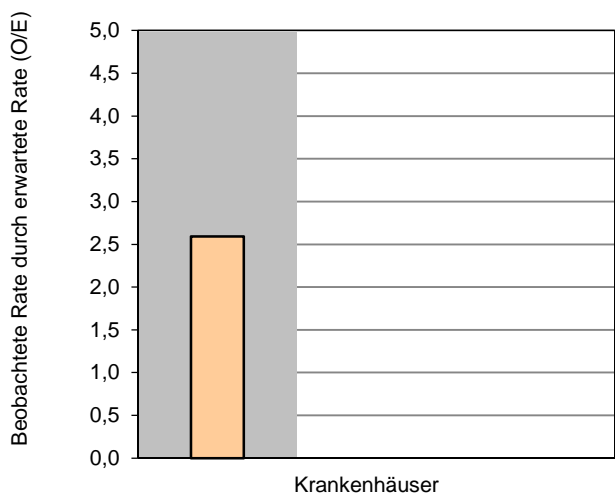
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,22	0,42	0,66	1,00	1,44	1,71	2,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				2,59

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Qualitätsziel:** Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus  
**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren  
**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl  
**Indikator-ID:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54046  
**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		144 / 3.442 4,18%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		154,99 / 3.442 4,50%
O - E		-0,32%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E <sup>3</sup> Vertrauensbereich		0,93 0,79 - 1,09

<b>Vorjahresdaten<sup>4</sup></b>	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		164 / 3.553 4,62%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		159,18 / 3.553 4,48%
O - E		0,14%
O/E <sup>3</sup> Vertrauensbereich		1,03 0,89 - 1,20

<sup>1</sup> KKez O\_54046: Beobachtete Rate an Todesfällen

<sup>2</sup> KKez E\_54046: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54046

<sup>3</sup> 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.

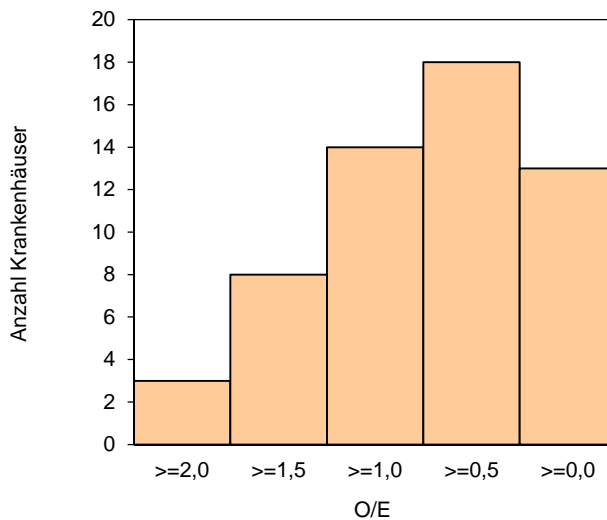
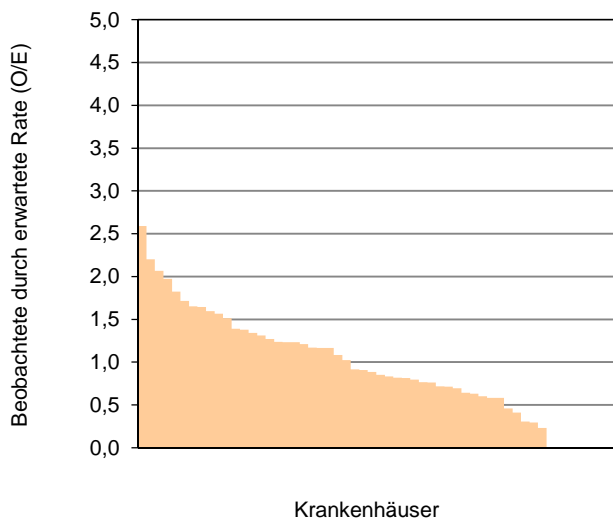
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

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

<sup>4</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

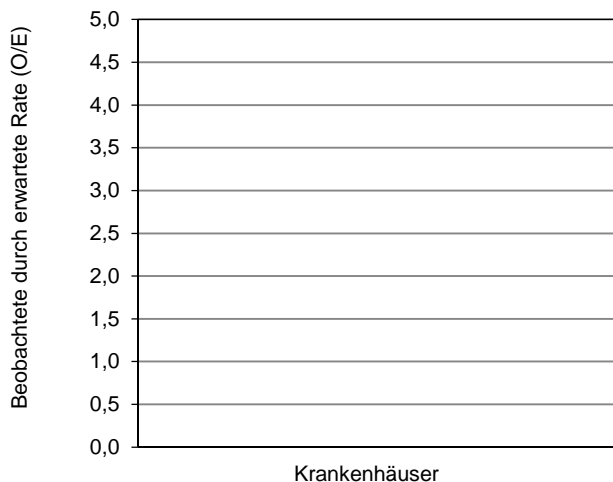
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6\_TKez\_54046, Indikator-ID 2019/17n1-HUEFT-FRAK/54046]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Patientinnen und Patienten an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 56 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	0,58	0,87	1,33	1,71	2,07	2,59

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Angabe von ASA 5**

**Grundgesamtheit:** Alle Fälle

**AK-ID:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/850147

**Referenzbereich:** = 0,00 Fälle

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

	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“) Referenzbereich		0 / 3.442 = 0,00 Fälle	0 / 3.442	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“)		1 / 3.553	1 / 3.553	1,00 Fälle

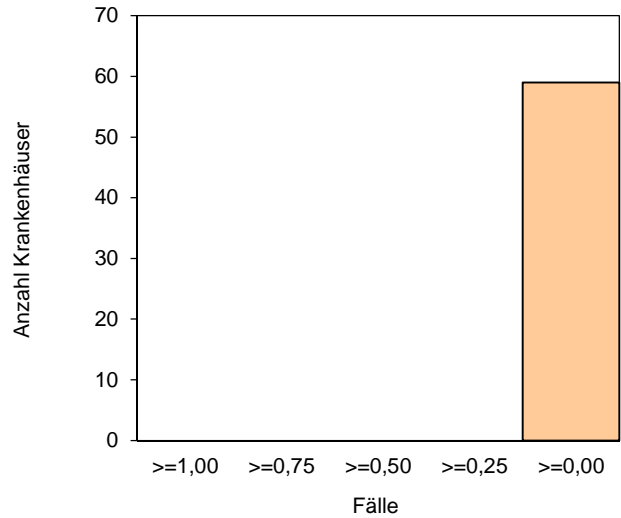
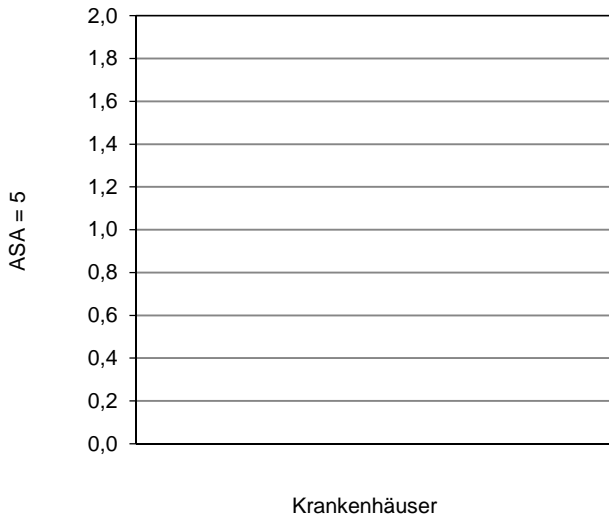
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_850147, AK-ID 2019/17n1-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:**

59 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:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/850148

**Referenzbereich:** = 0,00 Fälle

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 54029

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

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation		0 / 0	2 / 2	2,00 Fälle

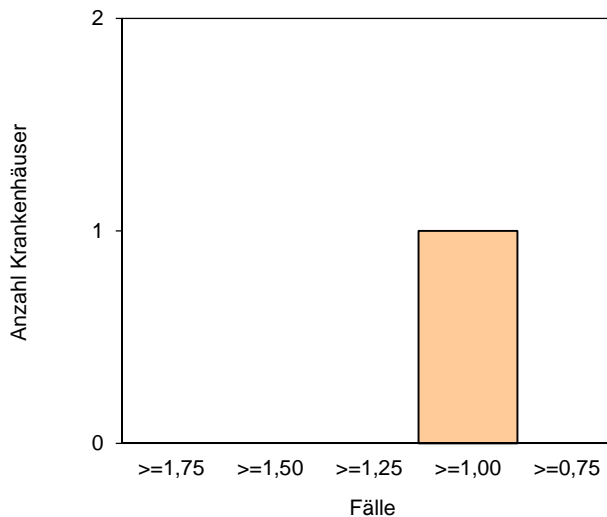
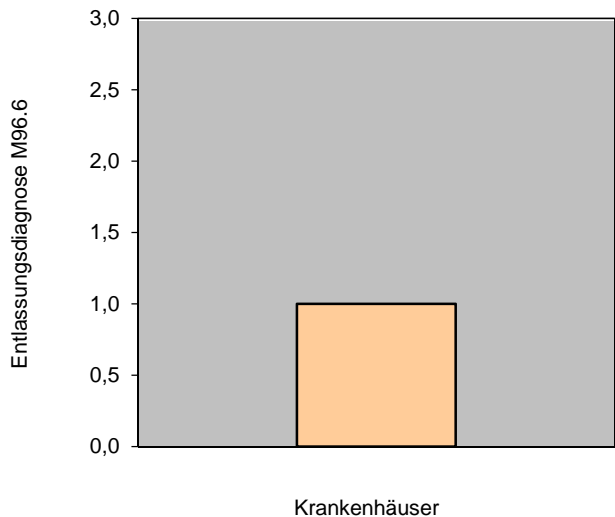
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_850148, AK-ID 2019/17n1-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
	1,00				1,00				1,00

**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:** 2019/17n1-HUEFT-FRAK/850149

**Referenzbereich:** <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			5 / 15	33,33%
		<= 50,00%	15,18% - 58,29%	<= 50,00%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde <sup>1</sup> Vertrauensbereich			7 / 15	46,67%
			24,81% - 69,88%	

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei 2 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

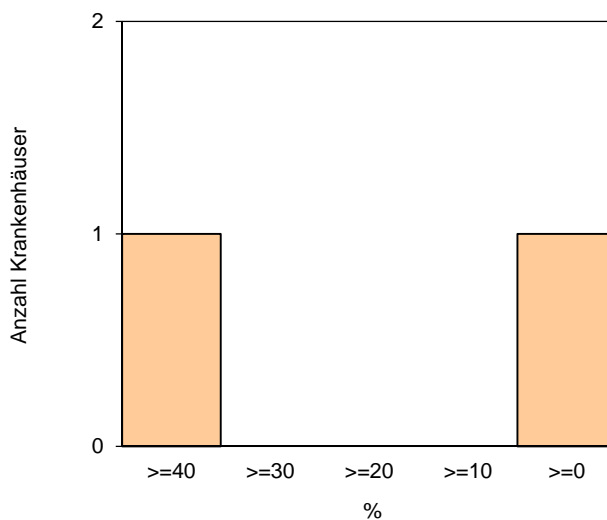
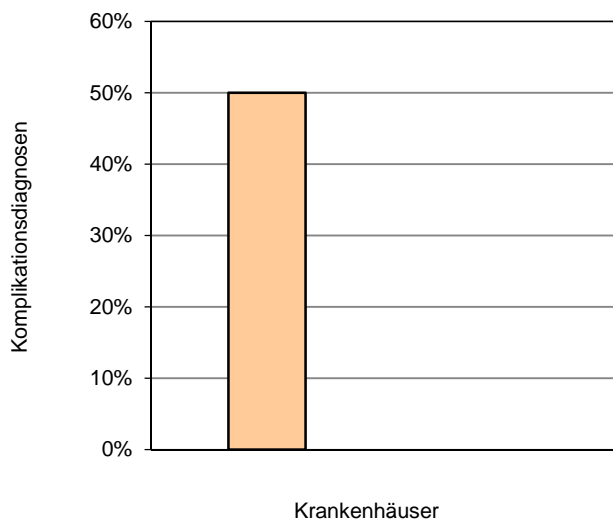
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_850149, AK-ID 2019/17n1-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:**

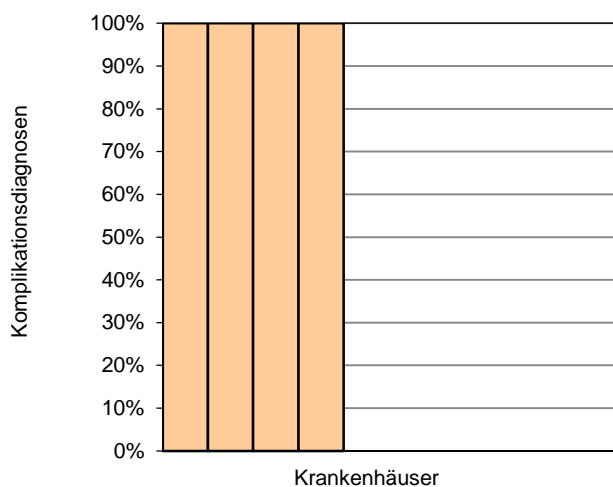
2 Krankenhäuser haben mindestens 2 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				25,00				50,00

**Krankenhäuser mit weniger als 2 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 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	0,00	0,00	100,00	100,00		100,00

47 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2019  
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit  
osteosynthetischer Versorgung  
17/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 59  
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.442  
Datensatzversion: 17/1 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18421-L116504-P54705

### Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			941	27,34	916	25,78
2. Quartal			818	23,77	834	23,47
3. Quartal			893	25,94	851	23,95
4. Quartal			790	22,95	952	26,79
Gesamt			3.442		3.553	

### Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		3.442		3.553	
Median			0,00		0,00
Mittelwert			0,84		0,80
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		3.442		3.553	
Median			11,00		11,00
Mittelwert			12,32		12,81
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		3.442		3.553	
Median			11,00		12,00
Mittelwert			13,17		13,61

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

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019**  
 (Mehrfachnennungen möglich)<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schenkelhalsfrakturen</b>			484	14,06	518	14,58
S72.00			29	0,84	30	0,84
S72.01			264	7,67	284	7,99
S72.02			0	0,00	0	0,00
S72.03			38	1,10	24	0,68
S72.04			78	2,27	92	2,59
S72.05			41	1,19	46	1,29
S72.08			44	1,28	49	1,38
<b>Petrochantäre Frakturen</b>			2.999	87,13	3.052	85,90
S72.10			1.956	56,83	1.921	54,07
S72.11			1.128	32,77	1.191	33,52

<sup>1</sup> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

## OPS 2019<sup>1</sup>

Liste der 10 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
2	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
3	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
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	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen



## OPS 2019

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				5-790.5f	2.209	64,18	5-790.5f	2.230	62,76
2				5-790.4f	251	7,29	8-800.c0	278	7,82
3				8-800.c0	250	7,26	5-790.4f	259	7,29
4				5-790.8e	229	6,65	5-790.8e	223	6,28
5				5-794.af	191	5,55	8-930	194	5,46
6				8-550.1	153	4,45	5-794.af	194	5,46
7				8-930	147	4,27	8-550.1	169	4,76
8				5-790.0e	116	3,37	3-200	123	3,46
9				9-984.7	113	3,28	9-984.7	114	3,21
10				3-990	113	3,28	5-790.0e	110	3,10

## Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.442 / 3.442		3.553 / 3.553	
< 50 Jahre			68 / 3.442	1,98	90 / 3.553	2,53
50 - 59 Jahre			171 / 3.442	4,97	168 / 3.553	4,73
60 - 69 Jahre			295 / 3.442	8,57	306 / 3.553	8,61
70 - 79 Jahre			593 / 3.442	17,23	610 / 3.553	17,17
80 - 89 Jahre			1.497 / 3.442	43,49	1.550 / 3.553	43,63
>= 90 Jahre			818 / 3.442	23,77	829 / 3.553	23,33
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.442		3.553	
Median				84,00		84,00
Mittelwert				81,15		80,97
<b>Geschlecht</b>						
männlich			1.080	31,38	1.093	30,76
weiblich			2.362	68,62	2.460	69,24
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen

<sup>2</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

**Präoperative Anamnese**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wurde bereits vor dem Eingriff eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?<sup>1</sup></b>						
ja			61	1,77	-	-
nein			3.381	98,23	-	-
<b>Vorbestehende Koxarthrose</b>			1.108	32,19	1.070	30,12
<b>Frakturereignis</b> war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme			3.379	98,17	3.473	97,75
ereignete sich erst während des stationären Krankenhausaufenthaltes			63	1,83	80	2,25
<b>Frakturlokalisierung</b>						
medial			369	10,72	385	10,84
lateral			71	2,06	87	2,45
perthrochantär			2.951	85,74	3.006	84,60
sonstige			51	1,48	75	2,11
<b>hüftgelenknahe Femurfraktur (bezogen auf mediale Lokalisation)</b>						
<b>Einteilung nach Garden</b>						
Abduktionsfraktur unverschoben			99 / 369	26,83	116 / 385	30,13
verschoben			163 / 369	44,17	140 / 385	36,36
komplett verschoben			91 / 369	24,66	112 / 385	29,09
			16 / 369	4,34	17 / 385	4,42

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019

**Präoperative Anamnese (Fortsetzung)**

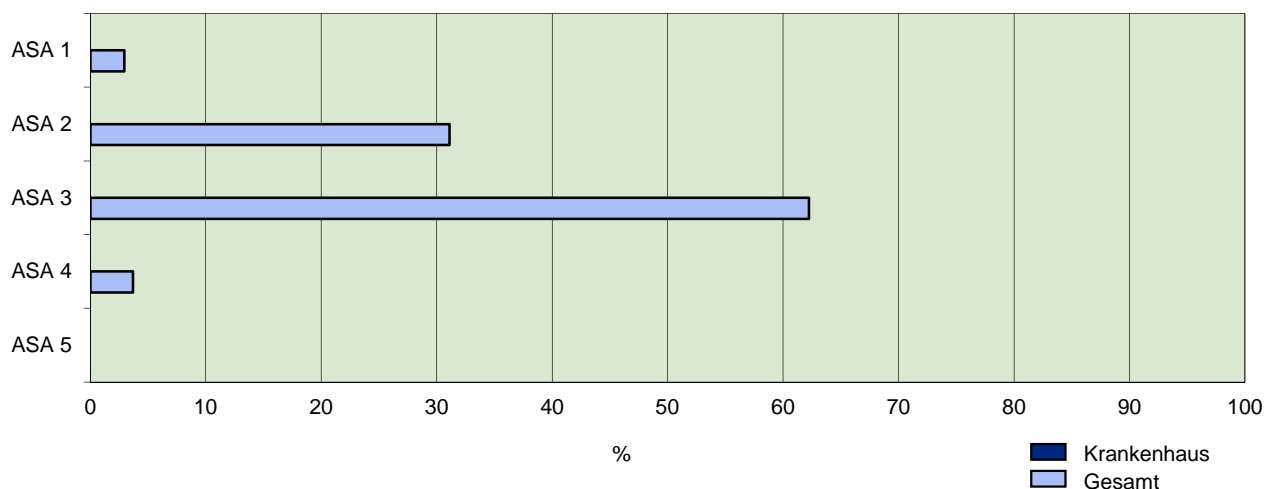
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen</b>			1.320	38,35	1.319	37,12
<b>Art der Medikation</b> (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			131 / 1.320	9,92	133 / 1.319	10,08
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure) <sup>1</sup>			659 / 1.320	49,92	723 / 1.319	54,81
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)			514 / 1.320	38,94	445 / 1.319	33,74
sonstige <sup>1</sup>			39 / 1.320	2,95	34 / 1.319	2,58
<b>Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)</b>						
unbegrenzt (> 500 m)			846	24,58	947	26,65
Gehen am Stück bis 500 m möglich auf der Stationsebene			959	27,86	1.037	29,19
mobil (50 m werden erreicht)			891	25,89	862	24,26
im Zimmer mobil			528	15,34	529	14,89
immobil			218	6,33	178	5,01
<b>Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)</b>						
keine			1.576	45,79	1.729	48,66
Unterarmgehstützen/Gehstock			589	17,11	618	17,39
Rollator/Gehbock			1.022	29,69	984	27,69
Rollstuhl			137	3,98	120	3,38
bettlägerig			118	3,43	102	2,87
<b>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor</b>						
nein, liegt nicht vor			1.433	41,63	1.601	45,06
ja, Pflegegrad 1			142	4,13	199	5,60
ja, Pflegegrad 2			619	17,98	550	15,48
ja, Pflegegrad 3			602	17,49	463	13,03
ja, Pflegegrad 4			292	8,48	260	7,32
ja, Pflegegrad 5			42	1,22	29	0,82
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			312	9,06	451	12,69

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Spezifikation können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Präoperative Befunde**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, gesunder Patient			102	2,96	136	3,83
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.071	31,12	965	27,16
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			2.142	62,23	2.287	64,37
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			127	3,69	164	4,62
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	1	0,03

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



**Präoperative Befunde (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wundkontaminations- klassifikation</b> (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			3.414	99,19	3.533	99,44
bedingt aseptische Eingriffe			22	0,64	19	0,53
kontaminierte Eingriffe			4	0,12	0	0,00
septische Eingriffe			2	0,06	1	0,03

## Operation

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>OP nach Aufnahme innerhalb von</b>						
< 12 h			1.759	51,10	1.855	52,21
12 - 24 h			1.202	34,92	1.215	34,20
> 24 h			481	13,97	483	13,59
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			3.441		3.553	
Median				43,00		43,00
Mittelwert				47,83		47,99
<b>Operationsverfahren</b>						
DHS, Winkelplatte			398	11,56	416	11,71
intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			2.916	84,72	2.977	83,79
Verschraubung			100	2,91	113	3,18
Sonstige			28	0,81	47	1,32
<b>Anzahl Patienten mit Aufnahme am</b>						
Montag			509	14,79	523	14,72
Dienstag			480	13,95	534	15,03
Mittwoch			485	14,09	495	13,93
Donnerstag			487	14,15	522	14,69
Freitag			527	15,31	515	14,49
Samstag			525	15,25	480	13,51
Sonntag			429	12,46	484	13,62
<b>Anzahl Patienten mit Operation am</b>						
Montag			476	13,83	521	14,66
Dienstag			493	14,32	502	14,13
Mittwoch			472	13,71	539	15,17
Donnerstag			489	14,21	489	13,76
Freitag			538	15,63	560	15,76
Samstag			508	14,76	484	13,62
Sonntag			466	13,54	458	12,89

### Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			88	2,56	103	2,90
primäre Implantatfehlage			3 / 88	3,41	5 / 103	4,85
sekundäre Implantatdislokation			13 / 88	14,77	18 / 103	17,48
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			38 / 88	43,18	37 / 103	35,92
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			2 / 88	2,27	1 / 103	0,97
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			1 / 88	1,14	0 / 103	0,00
Fraktur			2 / 88	2,27	4 / 103	3,88
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			5 / 88	5,68	9 / 103	8,74
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			0 / 88	0,00	2 / 103	1,94
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			30 / 88	34,09	32 / 103	31,07
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach den KISS-Definitionen)						
ja			29	0,84	27	0,76
nein			3.413	99,16	3.526	99,24
wenn ja <b>Wundinfektionstiefe</b> (nach den KISS-Definitionen)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			11 / 29	37,93	10 / 27	37,04
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			14 / 29	48,28	11 / 27	40,74
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			4 / 29	13,79	6 / 27	22,22
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>			72 / 98	73,47	89 / 116	76,72

**Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</b> Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			331	9,62	390	10,98
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)			63 / 331	19,03	79 / 390	20,26
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			104 / 331	31,42	111 / 390	28,46
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			5 / 331	1,51	10 / 390	2,56
Lungenembolie			10 / 331	3,02	19 / 390	4,87
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)			52 / 331	15,71	67 / 390	17,18
Schlaganfall			14 / 331	4,23	10 / 390	2,56
akute gastrointestinale Blutung			14 / 331	4,23	13 / 390	3,33
akute Niereninsuffizienz			45 / 331	13,60	35 / 390	8,97
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			105 / 331	31,72	142 / 390	36,41



### Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?</b>						
ja			3.033	98,22	3.075	97,43
nein			55	1,78	81	2,57
<b>Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?</b> (lt. Pflegedokumentation)						
ja			3.032	98,19	3.082	97,66
nein			56	1,81	74	2,34

### Gefähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			3.442	100,00	3.553	100,00
<b>Gehstrecke bei Entlassung</b>						
unbegrenzt (> 500 m)			66	1,92	63	1,77
Gehen am Stück bis 500 m möglich			468	13,60	603	16,97
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.690	49,10	1.729	48,66
im Zimmer mobil			830	24,11	795	22,38
immobil			262	7,61	214	6,02
<b>Gehhilfen bei Entlassung</b>						
keine			59	1,71	66	1,86
Unterarmgehstützen/Gehstock			1.213	35,24	1.275	35,89
Rollator/Gehbock			1.719	49,94	1.795	50,52
Rollstuhl			216	6,28	182	5,12
bettlägerig			110	3,20	86	2,42

## Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.974	57,35	1.911	53,79
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			49	1,42	51	1,44
03: aus sonstigen Gründen			1	0,03	1	0,03
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,20	6	0,17
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,03	1	0,03
06: Verlegung			199	5,78	144	4,05
07: Tod			144	4,18	164	4,62
08: Verlegung nach § 14			5	0,15	3	0,08
09: in Rehabilitationseinrichtung			461	13,39	634	17,84
10: in Pflegeeinrichtung			531	15,43	558	15,71
11: in Hospiz			2	0,06	1	0,03
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,03	1	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			14	0,41	6	0,17
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			48	1,39	63	1,77
22: Fallabschluss			5	0,15	8	0,23
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

### Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung<sup>1</sup></b>			243	7,06	-	-
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag			640	18,59	609	17,14
Dienstag			632	18,36	587	16,52
Mittwoch			621	18,04	636	17,90
Donnerstag			537	15,60	621	17,48
Freitag			692	20,10	725	20,41
Samstag			243	7,06	286	8,05
Sonntag			77	2,24	89	2,50

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019

## 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](http://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 2019.

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 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 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.

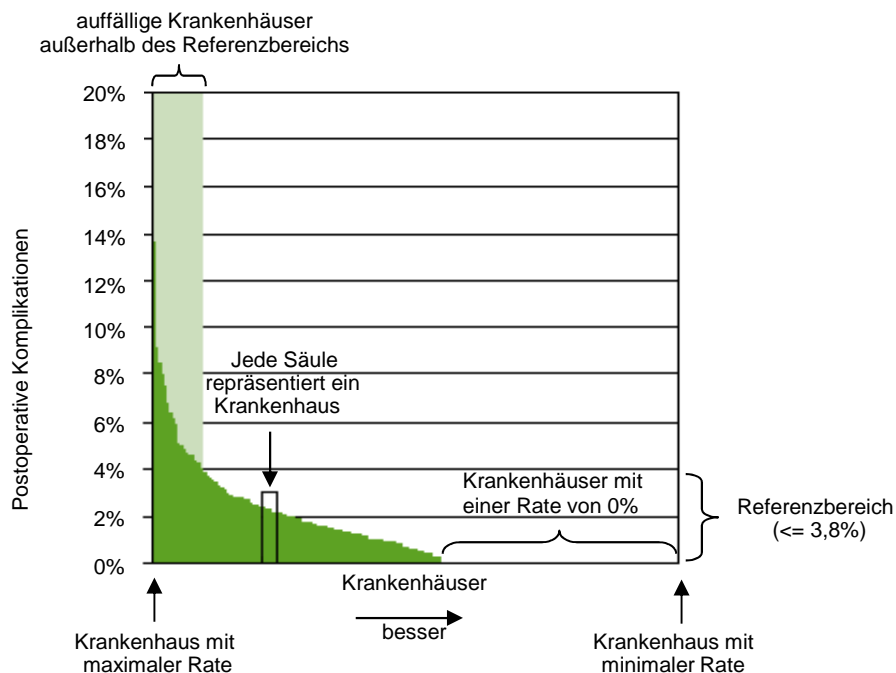
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 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.

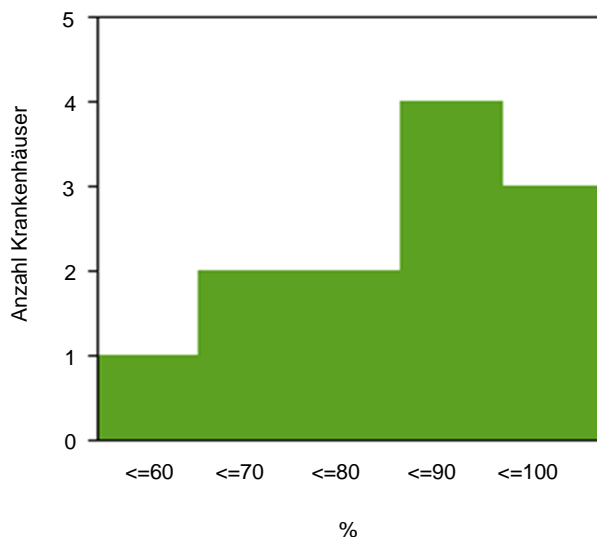
### Beispiel:

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 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. 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 „TK“ bzw. „KK“) 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.