

Jahresauswertung 2018
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 68
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.910
Datensatzversion: 17/1 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17728-L112755-P53656

Jahresauswertung 2018
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 68
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.910
Datensatzversion: 17/1 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17728-L112755-P53656

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54030 QI: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			18,11%	<= 15,00%	außerhalb	21,87%	7
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54050 QI: Sturzprophylaxe			94,65%	>= 85,00%	innerhalb	94,52%	11
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54033 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			1,34	<= 2,24	innerhalb	1,11	13
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54029 QI: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,44%	<= 4,50%	innerhalb	1,53%	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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54040 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/ Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,45	<= 4,28	innerhalb	1,56	18
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54042 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,20	<= 2,17	innerhalb	1,22	21
2018/17n1-HUEFT-FRAK/54046 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			1,00	<= 2,07	innerhalb	0,96	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 2018. 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 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/17n1-HUEFT-FRAK/850147 Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	1,00 Fälle	26
2018/17n1-HUEFT-FRAK/850148 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation			2,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	3,00 Fälle	28
2018/17n1-HUEFT-FRAK/850149 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			43,59%	<= 50,00%	innerhalb	50,00%	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 2018. 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 2018 wurden erstmals 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 „KK“ oder „TK“ 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.

Auswertungseinheiten (Standorte)

Standortbezogene Auswertungen werden ab dem Verfahrensjahr 2018 nicht mehr nach der Auswertungseinheit STANDORT (entlassender Standort), sondern grundsätzlich nach dem behandelnden Standort vorgenommen. Bei Einrichtungen mit mehreren Standorten können hierdurch Vorjahresergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sein.

Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten ab 18 Jahren
	Gruppe 2:	Patienten ab 18 Jahren mit ASA 1 - 2
	Gruppe 3:	Patienten ab 18 Jahren mit ASA 3 - 4
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2018/17n1-HUEFT-FRAK/54030
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 15,00%

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
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 nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte oder Patienten 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 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
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 nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte oder Patienten 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	527 / 2.910 18,11% 16,75% - 19,55% <= 15,00%	66 / 798 8,27%	461 / 2.112 21,83%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenk- nahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte oder Patienten 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 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenk- nahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte oder Patienten 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	645 / 2.949 21,87% 20,42% - 23,40%	108 / 762 14,17%	537 / 2.186 24,57%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Grundgesamtheit: Alle Patienten

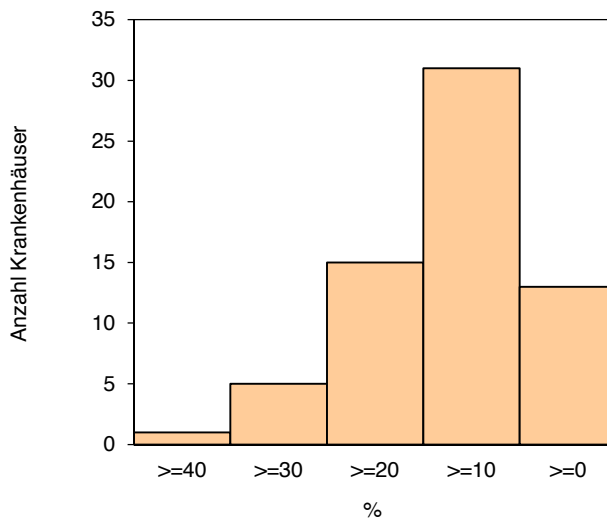
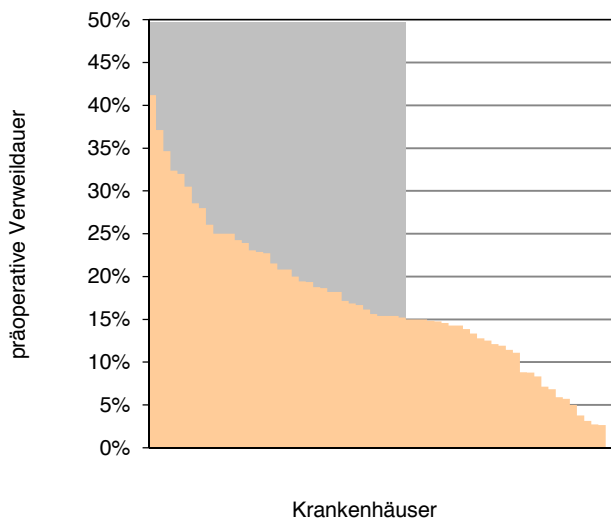
	Krankenhaus 2018			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme am Wochentag Freitag		Samstag Sonntag
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte oder Patienten 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 2018			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme am Wochentag Freitag		Samstag Sonntag
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 nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte oder Patienten 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	329 / 1.736 18,95%	60 / 388 15,46%	68 / 415 16,39%	70 / 371 18,87%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54030]:

Anteil von Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe 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 an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

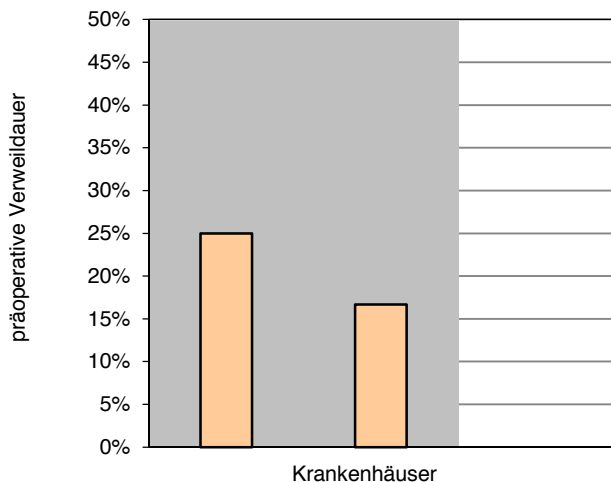
65 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	3,13	5,71	12,09	15,38	22,73	28,57	32,38	41,18

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				16,67				25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

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

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54050

Referenzbereich: >= 85,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			2.388 / 2.523	94,65%
Vertrauensbereich				93,70% - 95,46%
Referenzbereich		>= 85,00%		>= 85,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			2.413 / 2.553	94,52%
Vertrauensbereich				93,56% - 95,33%

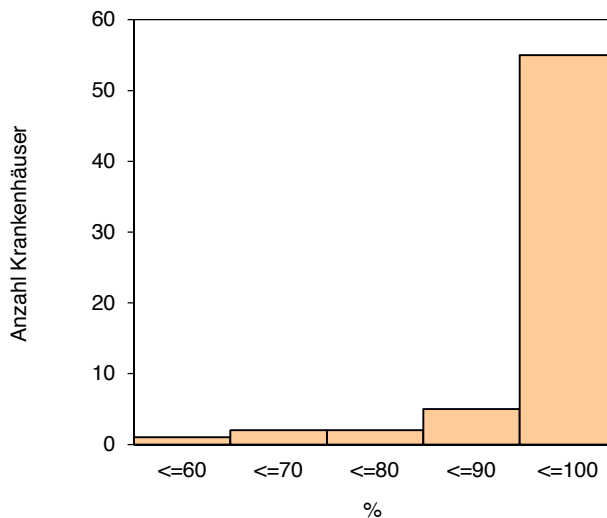
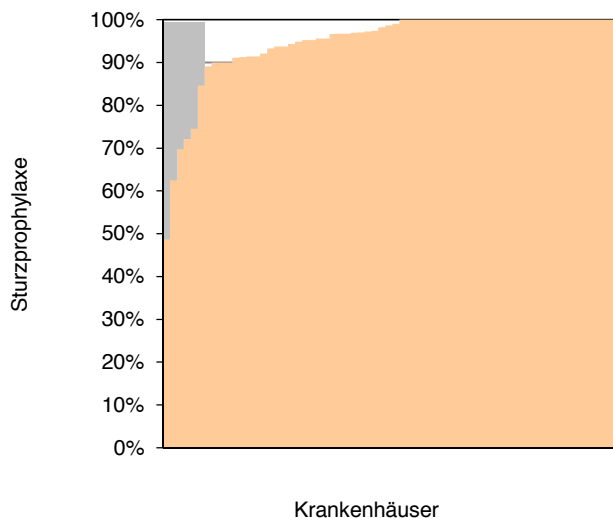
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54050]:

Anteil an Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden, an allen Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfraktur (Ausgeschlossen werden 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:

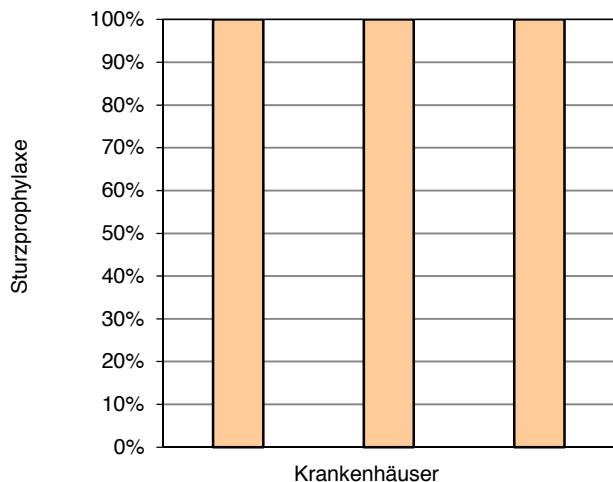
65 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,65	72,13	89,13	93,75	98,67	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: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54033

Referenzbereich: <= 2,24 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²		500 / 2.156 23,19%
vorhergesagt (E) ³		374,19 / 2.156 17,36%
O - E		5,84%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E*		1,34
Vertrauensbereich		1,24 - 1,44
Referenzbereich	<= 2,24	<= 2,24

¹ Gehunfähigkeit bedeutet, dass 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 Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ²	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ³		421 / 2.193 19,20%
vorhergesagt (E)*		380,00 / 2.193 17,33%
O - E		1,87%
O/E** Vertrauensbereich		1,11 1,02 - 1,21

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² Gehunfähigkeit bedeutet, dass 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 Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

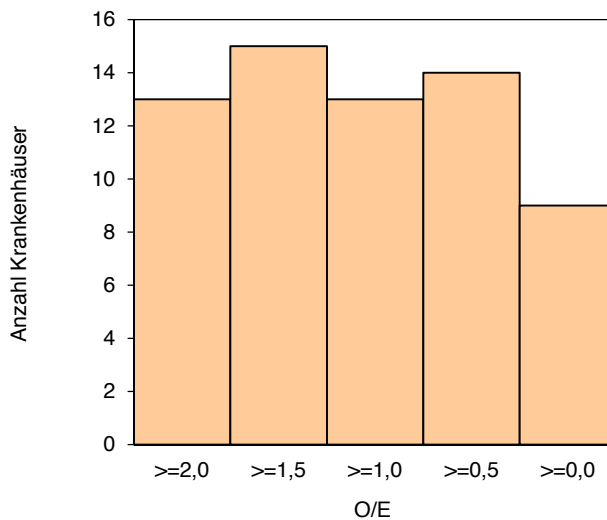
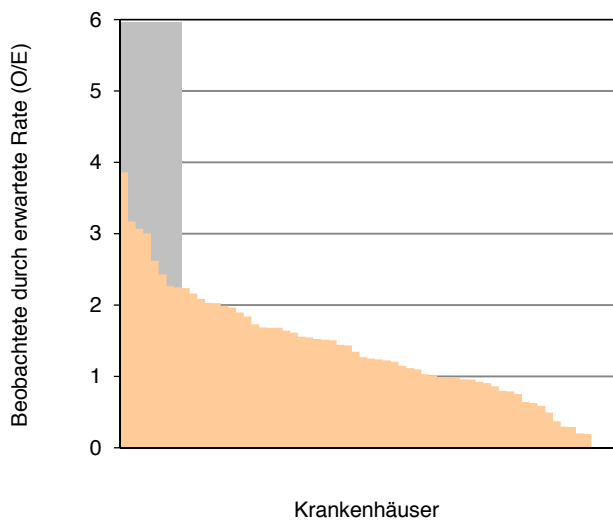
** Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

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

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

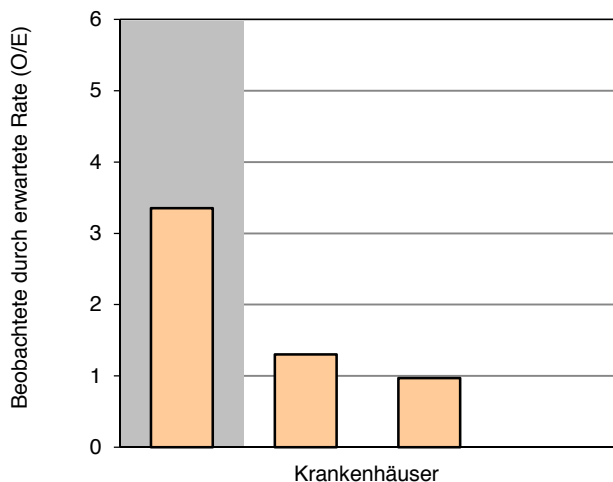
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54033]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,19	0,30	0,88	1,26	1,87	2,27	3,01	3,86

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			0,49	1,14	2,33			3,35

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

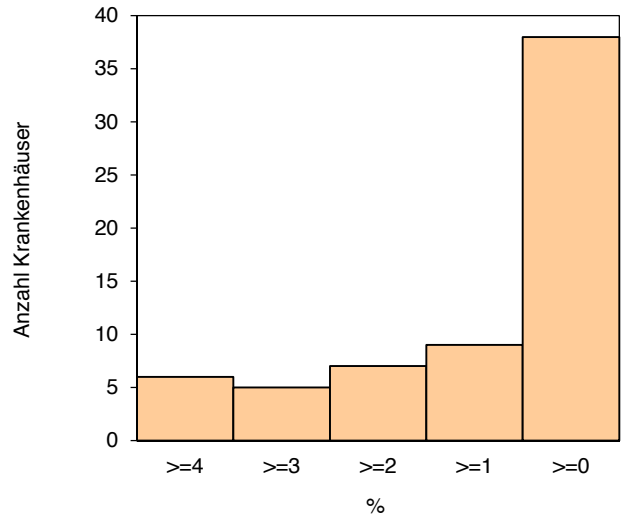
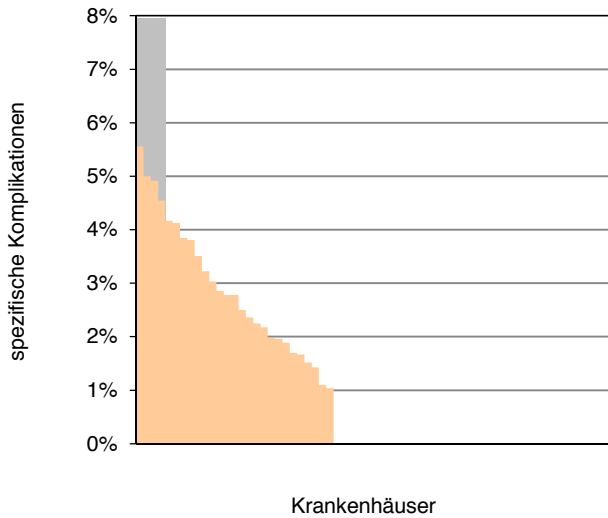
Qualitätsziel: Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 18 Jahren
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54029
Referenzbereich: <= 4,50 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit				
bei Entlassung persistierendem motorischen Nervenschaden			0 / 2.910	0,00%
OP- oder interventionsbedürftiger Gefäßläsion			1 / 2.910	0,03%
sekundärer Implantatdislokation			13 / 2.910	0,45%
primärer Implantatfehlage			6 / 2.910	0,21%
Fraktur			7 / 2.910	0,24%
Wundinfektionstiefe (2, 3) bei vorliegender Wundinfektion			13 / 2.910	0,45%
reoperationspflichtiger Wunddehiszenz			4 / 2.910	0,14%
reoperationspflichtiger sekundäre Nekrose der Wundränder			1 / 2.910	0,03%
Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			42 / 2.910	1,44%
Vertrauensbereich				1,07% - 1,95%
Referenzbereich		<= 4,50%		<= 4,50%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			45 / 2.949	1,53%
Vertrauensbereich				1,14% - 2,04%

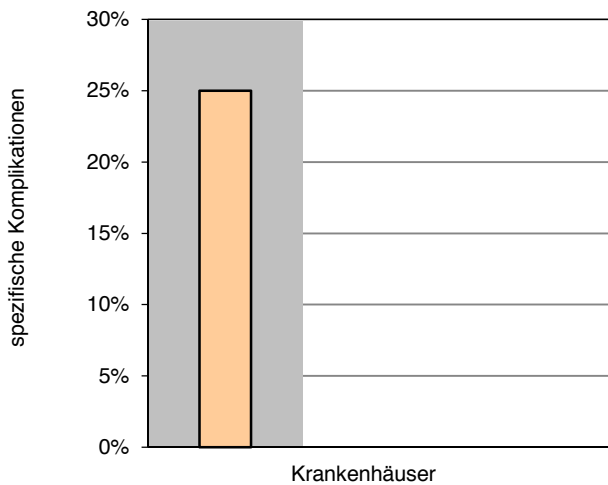
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54029]:
 Anteil an Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,25	3,85	4,55	5,56

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				25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/
 Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 18 Jahren
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54040
Referenzbereich: <= 4,28 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/ Wundhämatom		
beobachtet (O) ¹		36 / 2.910 1,24%
vorhergesagt (E) ²		24,80 / 2.910 0,85%
O - E		0,38%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/ Wundhämatom		
O/E ³		1,45
Vertrauensbereich		1,05 - 2,00
Referenzbereich	<= 4,28	<= 4,28

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 ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/ Wundhämatom		
beobachtet (O) ²		31 / 2.949 1,05%
vorhergesagt (E) ³		19,93 / 2.949 0,68%
O - E		0,38%
O/E*		1,56
Vertrauensbereich		1,10 - 2,20

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez O_54040: Beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom

³ 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

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

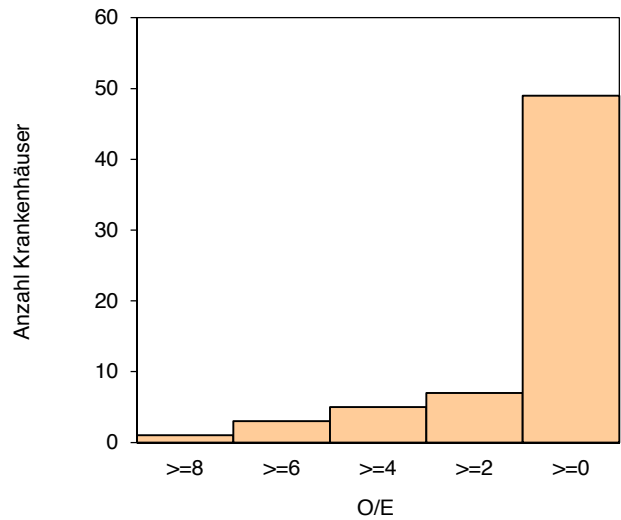
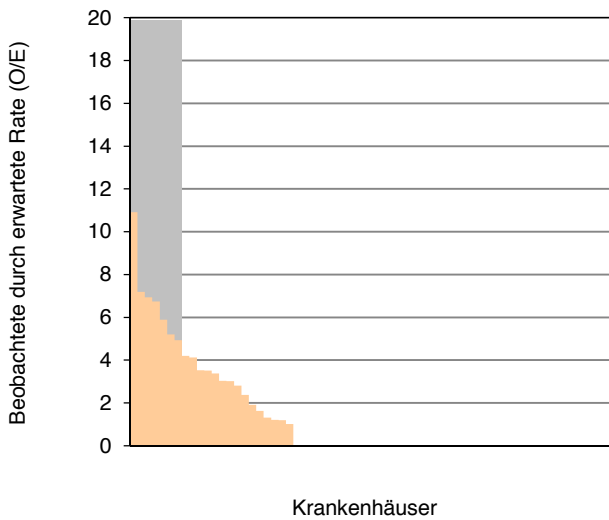
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

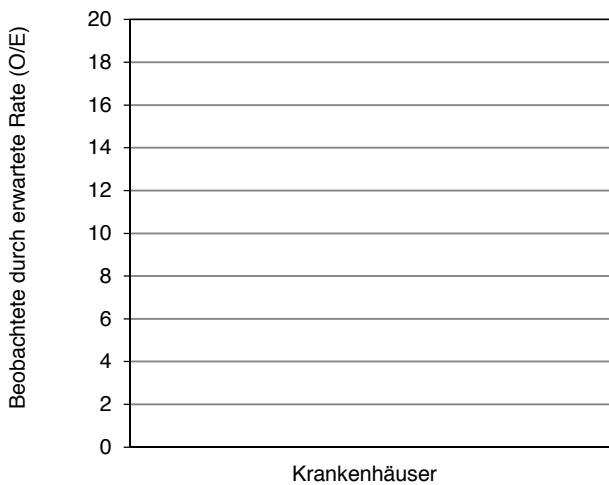
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54040]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m
 Nachblutung/Wundhämatom an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,92	4,93	6,74	10,91

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.

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

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 18 Jahren

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54042

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

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		349 / 2.910 11,99%
vorhergesagt (E) ³		291,57 / 2.910 10,02%
O - E		1,97%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		1,20
Vertrauensbereich		1,08 - 1,32
Referenzbereich	<= 2,17	<= 2,17

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.

* 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	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		327 / 2.949 11,09%
vorhergesagt (E) ³		267,75 / 2.949 9,08%
O - E		2,01%
O/E*		1,22
Vertrauensbereich		1,10 - 1,35

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.

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

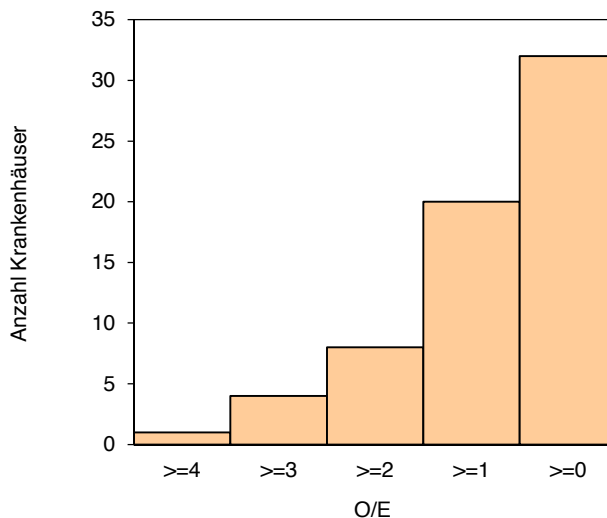
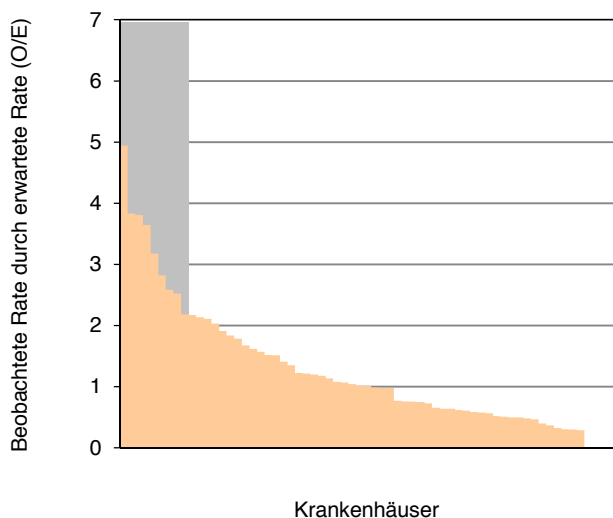
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

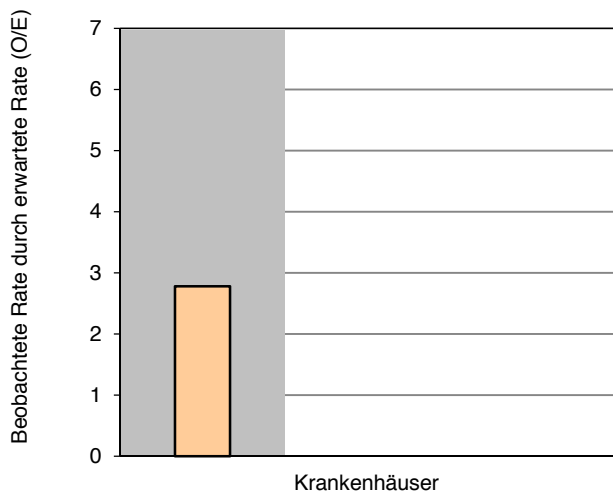
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54042]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine
 behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 65 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	0,30	0,56	1,01	1,67	2,59	3,64	4,94

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				2,78

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 18 Jahren
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54046
Referenzbereich: <= 2,07 (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patienten		
beobachtet (O) ¹		147 / 2.910 5,05%
vorhergesagt (E) ²		147,61 / 2.910 5,07%
O - E		-0,02%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patienten		
O/E ³		1,00
Vertrauensbereich		0,85 - 1,16
Referenzbereich	<= 2,07	<= 2,07

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
verstorbene Patienten		
beobachtet (O) ¹		143 / 2.949 4,85%
vorhergesagt (E) ²		148,58 / 2.949 5,04%
O - E		-0,19%
O/E ³		0,96
Vertrauensbereich		0,82 - 1,13

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 Todesfälle zu der erwarteten Rate an Todesfällen

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

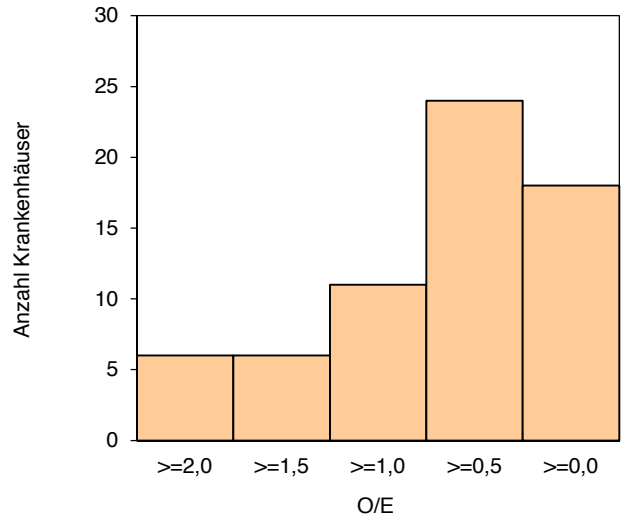
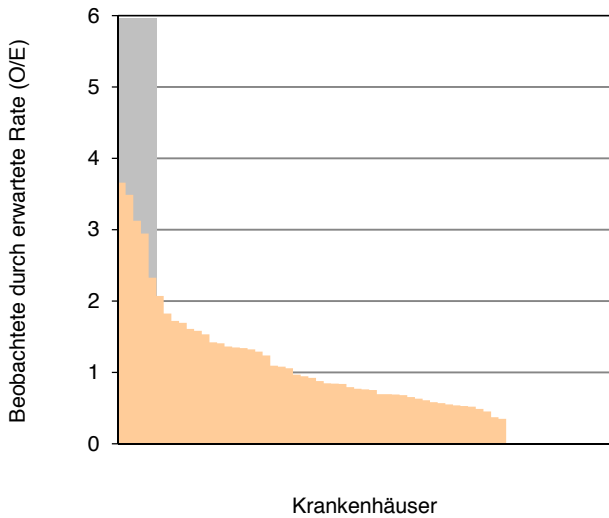
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

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

* Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

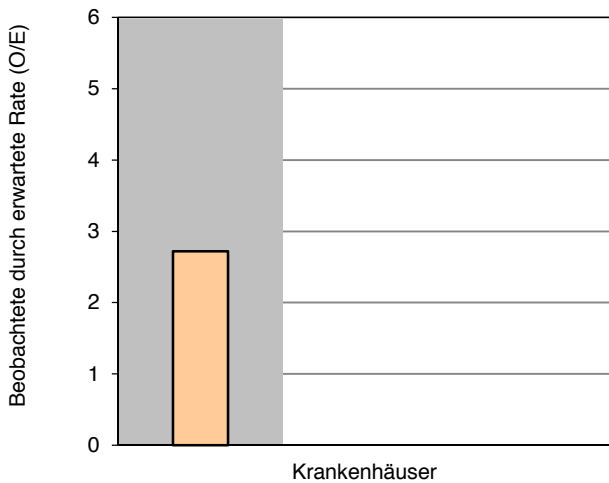
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/17n1-HUEFT-FRAK/54046]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 65 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	0,45	0,76	1,34	1,83	2,95	3,66

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				2,72

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Fälle

AK-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/850147

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

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

	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“)			0 / 2.910	0,00 Fälle 0,00%
Referenzbereich		= 0,00 Fälle		= 0,00 Fälle

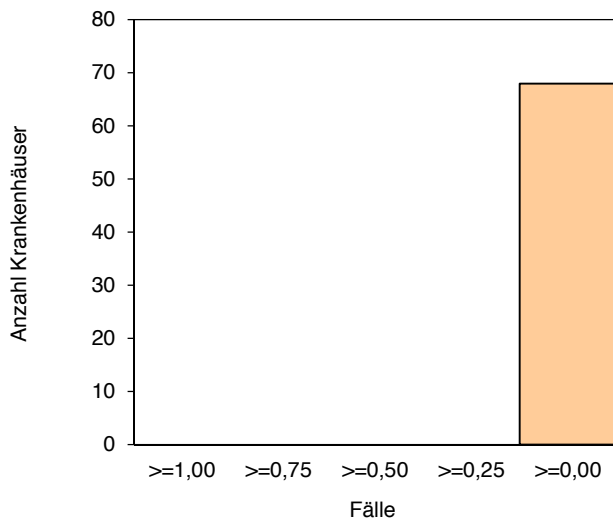
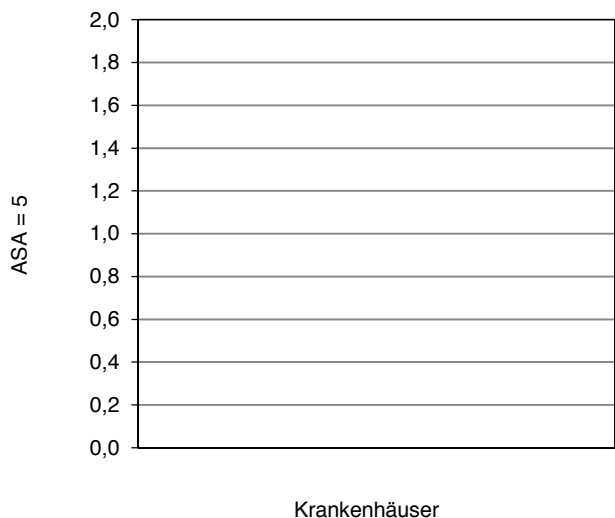
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“)			1 / 2.949	1,00 Fälle 0,03%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850147, AK-ID 2018/17n1-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:

68 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: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/850148

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54029

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			2 / 3	2,00 Fälle 66,67%
Referenzbereich		= 0,00 Fälle		= 0,00 Fälle

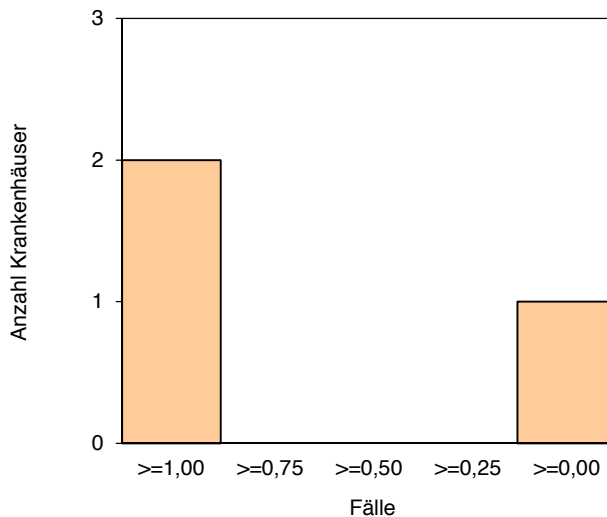
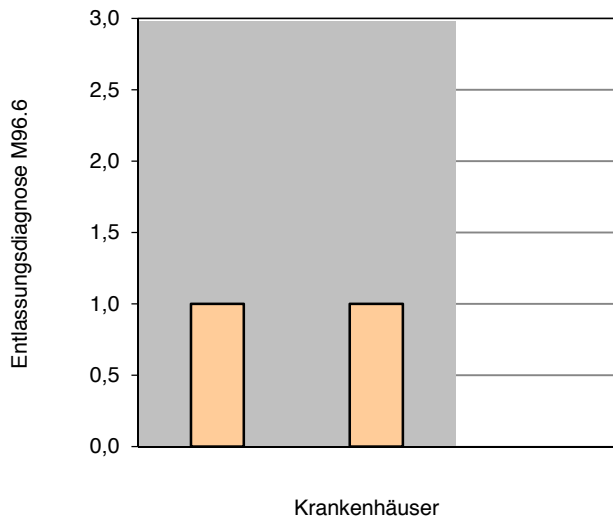
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			3 / 3	3,00 Fälle 100,00%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850148, AK-ID 2018/17n1-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:

3 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				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, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7 oder T84.6 angegeben wurde

AK-ID: 2018/17n1-HUEFT-FRAK/850149

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			17 / 39	43,59%
		<= 50,00%	29,30% - 59,02%	<= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde ¹ Vertrauensbereich			11 / 22	50,00%
			30,72% - 69,28%	

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

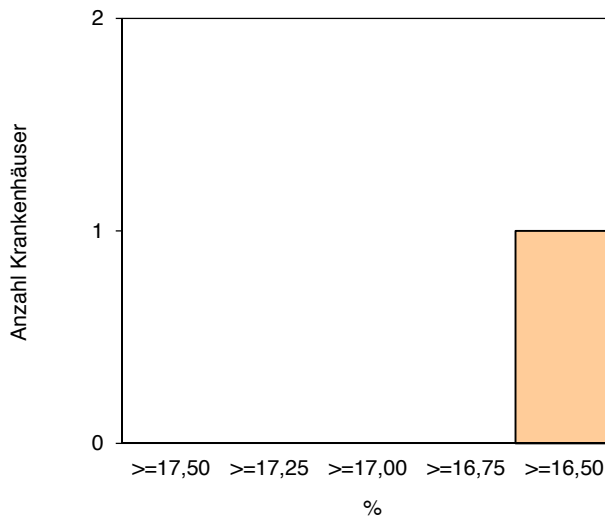
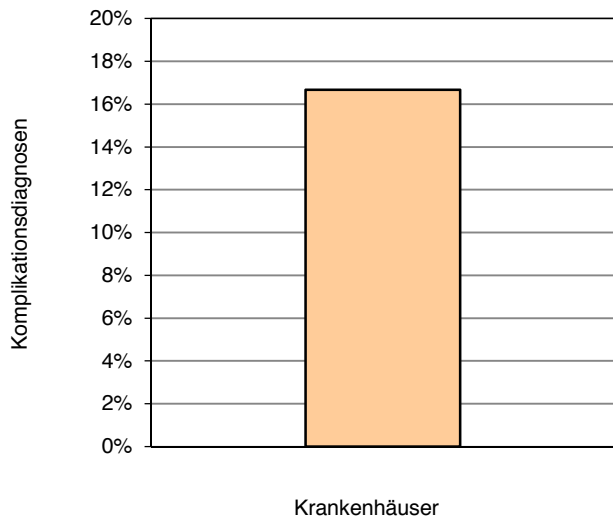
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850149, AK-ID 2018/17n1-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, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7 oder T84.6 angegeben wurde

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

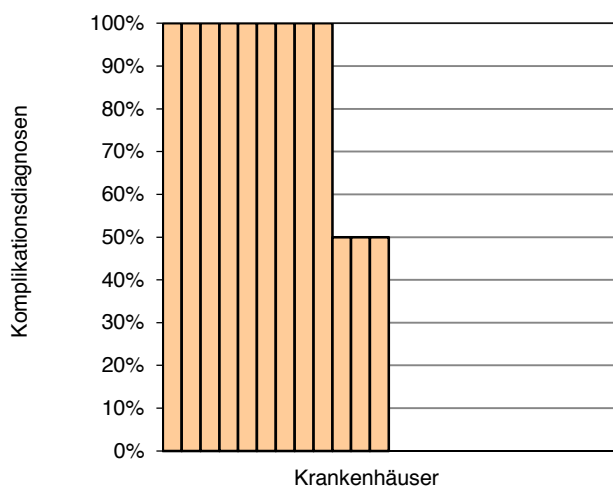
1 Krankenhaus hat mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Krankenhäuser haben weniger als 5 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	25,00	100,00	100,00	100,00	100,00

43 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2018
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 68
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.910
Datensatzversion: 17/1 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17728-L112755-P53656

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			718	24,67	727	24,65
2. Quartal			698	23,99	709	24,04
3. Quartal			734	25,22	750	25,43
4. Quartal			760	26,12	763	25,87
Gesamt			2.910		2.949	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.910		2.949	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,06		0,99
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.910		2.949	
Median				12,00		12,00
Mittelwert				13,83		13,96
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.910		2.949	
Median				13,00		13,00
Mittelwert				14,89		14,94

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018
 (Mehrfachnennungen möglich)¹

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			479	16,46	489	16,58
S72.00			31	1,07	58	1,97
S72.01			278	9,55	252	8,55
S72.02			1	0,03	0	0,00
S72.03			18	0,62	26	0,88
S72.04			47	1,62	60	2,03
S72.05			45	1,55	59	2,00
S72.08			72	2,47	60	2,03
Petrochantäre Frakturen			2.466	84,74	2.503	84,88
S72.10			1.500	51,55	1.464	49,64
S72.11			1.018	34,98	1.089	36,93

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

OPS 2018¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
2	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
3	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
4	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
6	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
7	5-790.5e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
8	5-790.8f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
10	5-794.1f	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2017 und OPS 2018 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 2018

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)¹

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-790.5f	1.506	51,75	5-790.5f	1.469	49,81
2				5-790.4f	312	10,72	5-790.4f	340	11,53
3				5-790.8e	199	6,84	5-790.8e	191	6,48
4				5-790.0e	170	5,84	5-790.0e	172	5,83
5				8-800.c0	158	5,43	5-790.8f	160	5,43
6				5-794.af	152	5,22	8-800.c0	153	5,19
7				5-790.5e	146	5,02	5-790.5e	147	4,98
8				5-790.8f	135	4,64	5-794.af	145	4,92
9				8-930	134	4,60	8-930	130	4,41
10				5-794.1f	107	3,68	5-794.1f	105	3,56

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

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.910 / 2.910		2.949 / 2.949	
< 50 Jahre			35 / 2.910	1,20	77 / 2.949	2,61
50 - 59 Jahre			188 / 2.910	6,46	157 / 2.949	5,32
60 - 69 Jahre			328 / 2.910	11,27	326 / 2.949	11,05
70 - 79 Jahre			565 / 2.910	19,42	545 / 2.949	18,48
80 - 89 Jahre			1.198 / 2.910	41,17	1.249 / 2.949	42,35
>= 90 Jahre			596 / 2.910	20,48	595 / 2.949	20,18
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.910		2.949	
Median				82,00		83,00
Mittelwert				79,92		79,72
Geschlecht						
männlich			918	31,55	972	32,96
weiblich			1.992	68,45	1.977	67,04
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorbestehende Koxarthrose			1.128	38,76	1.145	38,83
Frakturereignis						
war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			2.852	98,01	2.906	98,54
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			58	1,99	43	1,46
Frakturlokalisierung						
medial			345	11,86	329	11,16
lateral			94	3,23	110	3,73
perthrochantär			2.367	81,34	2.438	82,67
sonstige			104	3,57	72	2,44
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur unverschoben			101 / 345	29,28	77 / 329	23,40
verschoben			135 / 345	39,13	136 / 329	41,34
komplett verschoben			89 / 345	25,80	101 / 329	30,70
			20 / 345	5,80	15 / 329	4,56

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

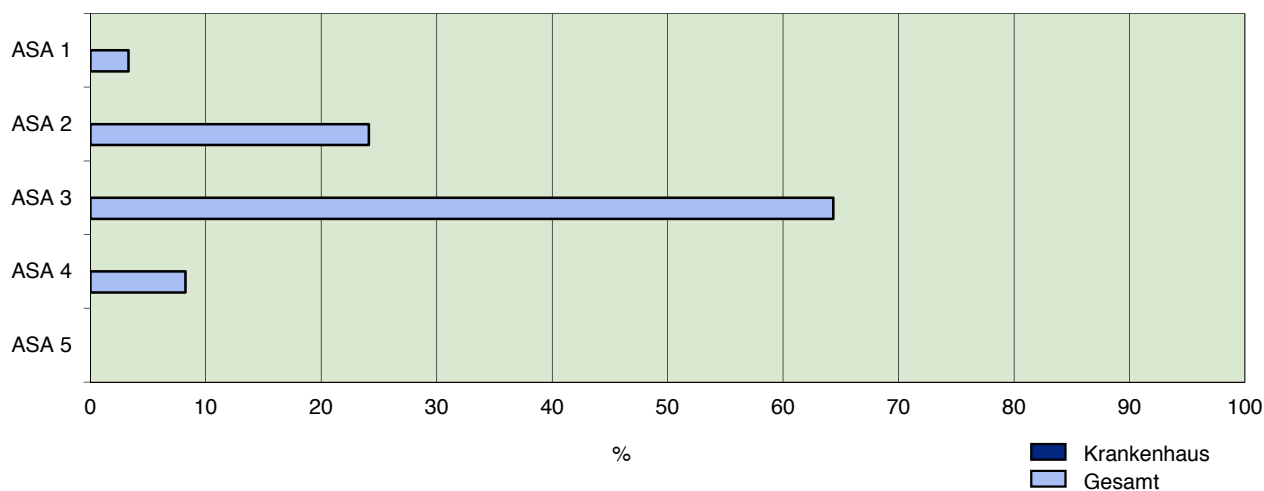
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			1.158	39,79	1.131	38,35
Art der Medikation¹ (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			207 / 1.158	17,88	-	-
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)			581 / 1.158	50,17	-	-
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)			357 / 1.158	30,83	-	-
sonstige			51 / 1.158	4,40	-	-
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			774	26,60	783	26,55
Gehen am Stück						
bis 500 m möglich			704	24,19	747	25,33
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			761	26,15	751	25,47
im Zimmer mobil			456	15,67	497	16,85
immobil			215	7,39	171	5,80
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			1.249	42,92	1.296	43,95
Unterarmgehstützen/Gehstock			348	11,96	327	11,09
Rollator/Gehbock			1.080	37,11	1.118	37,91
Rollstuhl			141	4,85	125	4,24
bettlägerig			92	3,16	83	2,81
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor						
nein, liegt nicht vor			1.352	46,46	1.402	47,54
ja, Pflegegrad 1			88	3,02	108	3,66
ja, Pflegegrad 2			336	11,55	315	10,68
ja, Pflegegrad 3			295	10,14	274	9,29
ja, Pflegegrad 4			135	4,64	139	4,71
ja, Pflegegrad 5			23	0,79	21	0,71
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			681	23,40	690	23,40

¹ Aufgrund geänderter Spezifikation können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			96	3,30	88	2,98
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			702	24,12	674	22,86
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			1.872	64,33	1.978	67,07
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			240	8,25	208	7,05
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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			2.886	99,18	2.923	99,12
bedingt aseptische Eingriffe			18	0,62	21	0,71
kontaminierte Eingriffe			2	0,07	1	0,03
septische Eingriffe			4	0,14	4	0,14

Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 12 h			1.241	42,65	1.330	45,10
12 - 24 h			991	34,05	974	33,03
> 24 h			678	23,30	645	21,87
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			2.909		2.949	
Median				44,00		42,00
Mittelwert				49,94		49,13
Operationsverfahren						
DHS, Winkelplatte			374	12,85	407	13,80
intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			2.267	77,90	2.301	78,03
Verschraubung			187	6,43	174	5,90
Sonstige			82	2,82	67	2,27
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			446	15,33	456	15,46
Dienstag			426	14,64	420	14,24
Mittwoch			405	13,92	431	14,62
Donnerstag			459	15,77	430	14,58
Freitag			388	13,33	422	14,31
Samstag			415	14,26	392	13,29
Sonntag			371	12,75	398	13,50
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			388	13,33	432	14,65
Dienstag			436	14,98	462	15,67
Mittwoch			433	14,88	428	14,51
Donnerstag			437	15,02	424	14,38
Freitag			458	15,74	460	15,60
Samstag			383	13,16	383	12,99
Sonntag			375	12,89	360	12,21

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			93	3,20	87	2,95
primäre Implantatfehlage			6 / 93	6,45	5 / 87	5,75
sekundäre Implantatdislokation			13 / 93	13,98	23 / 87	26,44
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			36 / 93	38,71	31 / 87	35,63
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			1 / 93	1,08	0 / 87	0,00
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			0 / 93	0,00	1 / 87	1,15
Fraktur			7 / 93	7,53	7 / 87	8,05
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			4 / 93	4,30	3 / 87	3,45
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			1 / 93	1,08	0 / 87	0,00
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			31 / 93	33,33	22 / 87	25,29
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
ja			23	0,79	19	0,64
nein			2.887	99,21	2.930	99,36
wenn ja Wundinfektionstiefe						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			10 / 23	43,48	9 / 19	47,37
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			10 / 23	43,48	8 / 19	42,11
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			3 / 23	13,04	2 / 19	10,53
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			60 / 106	56,60	63 / 95	66,32

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			468	16,08	460	15,60
Pneumonie			88 / 468	18,80	88 / 460	19,13
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			149 / 468	31,84	140 / 460	30,43
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			3 / 468	0,64	2 / 460	0,43
Lungenembolie			9 / 468	1,92	11 / 460	2,39
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			92 / 468	19,66	80 / 460	17,39
Schlaganfall			9 / 468	1,92	10 / 460	2,17
akute gastrointestinale Blutung			14 / 468	2,99	8 / 460	1,74
akute Niereninsuffizienz			58 / 468	12,39	48 / 460	10,43
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			195 / 468	41,67	169 / 460	36,74

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?¹						
ja			2.413	95,45	2.437	95,08
nein			115	4,55	126	4,92
Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)¹						
ja			2.422	95,81	2.468	96,29
nein			106	4,19	95	3,71

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			2.910	100,00	2.949	100,00
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			56	1,92	39	1,32
Gehen am Stück bis 500 m möglich			396	13,61	461	15,63
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.340	46,05	1.405	47,64
im Zimmer mobil			738	25,36	683	23,16
immobil			255	8,76	221	7,49
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			41	1,41	31	1,05
Unterarmgehstützen/Gehstock			923	31,72	978	33,16
Rollator/Gehbock			1.439	49,45	1.471	49,88
Rollstuhl			278	9,55	242	8,21
bettlägerig			104	3,57	86	2,92

¹ Aufgrund geänderter Spezifikation können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.552	53,33	1.546	52,42
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			49	1,68	55	1,87
03: aus sonstigen Gründen			1	0,03	2	0,07
04: gegen ärztlichen Rat			15	0,52	13	0,44
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			143	4,91	122	4,14
07: Tod			147	5,05	143	4,85
08: Verlegung nach § 14			6	0,21	1	0,03
09: in Rehabilitationseinrichtung			595	20,45	675	22,89
10: in Pflegeeinrichtung			389	13,37	380	12,89
11: in Hospiz			5	0,17	2	0,07
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	1	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,03	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			7	0,24	8	0,27
22: Fallabschluss			0	0,00	1	0,03
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			515	17,70	515	17,46
Dienstag			573	19,69	522	17,70
Mittwoch			491	16,87	499	16,92
Donnerstag			508	17,46	544	18,45
Freitag			634	21,79	665	22,55
Samstag			146	5,02	157	5,32
Sonntag			43	1,48	47	1,59

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 2018.

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 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch grafisch dargestellt.

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

Die Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

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

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

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

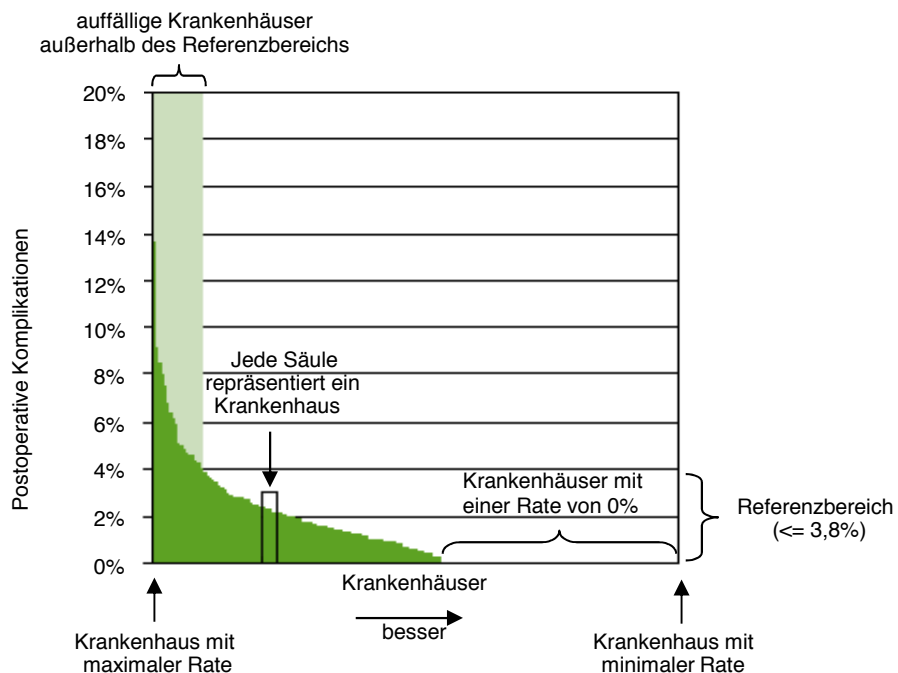
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

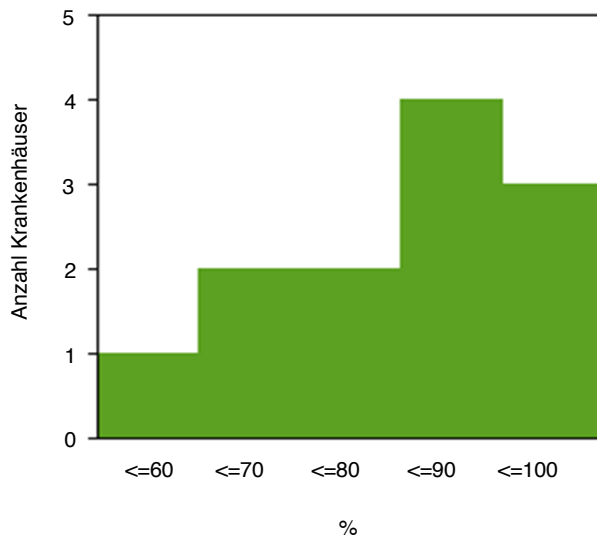
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

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 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. 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 „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.