



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Hüftgelenknahe Femurfraktur - osteosynthetische Versorgung

Auswertung 2019

Modul 17/1

Inhaltsverzeichnis

1 Basisstatistik

- 1 Patienten
- 2 Operation
- 3 Verlauf

2 Qualitätsindikatoren

1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

- Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
- Sturzprophylaxe
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
- Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

3 Qualitätsindikatoren

- 1 Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren
- 2 Einzeldarstellung: Dokumentationsqualität

4 Einzelfälle für klinikinterne Analysen

1 Auflistung Vorgangsnummern

- 1 Frakturereignis während akut-stationärem Aufenthalt (Inhouse-Sturz)
- 2 Op.-Dauer über 180 min
- 3 postoperative Liegezeit über 28 Tage

Bayern gesamt

Inhalt »

Allgemeine Hinweise

Diese Auswertung wurde von der Geschäftsstelle der BAQ für die verschiedenen Module der Qualitätssicherungsprojekte entwickelt.

Basisstatistik: Grundlegende Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken und im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres. Da die Ergebnisse des Vorjahres auf den Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres basieren, können Veränderungen in den Erhebungsbögen und daraus resultierende Anpassungen der Rechenregeln zu geringgradig differierenden Vorjahreswerten führen. In einzelnen Modulen werden zusätzlich die Ergebnisse spezifischer Vergleichskollektive ausgewiesen.

Qualitätsindikatoren-Übersicht: Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikatoren-Einzeldarstellung: Detaillierte Informationen und graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Für eine klinikinterne Analyse sind die Vorgangsnummern eingeblendet. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfolgt ebenso wie die Festlegung der Referenzwerte nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln des Instituts nach § 137 SGB V. Die Rechenregeln können auf der Homepage des Instituts eingesehen werden. Zusätzliche landesspezifische Qualitätsindikatoren, die in Abstimmung mit der Fachkommission entwickelt wurden, sind gekennzeichnet.

Einzelfallanalyse: Vorgangsnummern zu Fällen, die für eine zusätzliche von den Qualitätsindikatoren unabhängige Einzelfallanalyse von Interesse sein können.

Detailstatistik: In ausgewählten Leistungsbereichen detailliertere Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog zu der Basisstatistik.

Ansprechpartner:

Datenmanagement / Programmierung
Mario Callies: 089 211590-14
daten-support@baq-bayern.de

Medizinische Fragestellungen
Prof. Dr. med. Peter Hermanek: 089 211590-10
orthochir@baq-bayern.de

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ),
angegliedert an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Westenriederstr. 19
80331 München

Tel.: 089 211590-0
mail@baq-bayern.de
www.baq-bayern.de

Datenstand:

Druckdatum / PDF-Erstellung:	27.05.2020
Auswertungsstand:	27.05.2020

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten
1. Fallzahlen

	2019		2018	
	n	%	n	%
Frakturen gesamt	9.579	100,0	10.107	100,0
1. Quartal	2.228	23,3	2.570	25,4
2. Quartal	2.393	25,0	2.434	24,1
3. Quartal	2.499	26,1	2.532	25,1
4. Quartal	2.459	25,7	2.571	25,4
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	168	100,0	169	100,0

2. Alter

	2019		2018	
	n	%	n	%
20-49 Jahre	241	2,5	255	2,5
50-59 Jahre	592	6,2	530	5,2
60-69 Jahre	938	9,8	962	9,5
70-79 Jahre	1.934	20,2	2.048	20,3
80-89 Jahre	3.887	40,6	4.326	42,8
90 Jahre und älter	1.985	20,7	1.986	19,6
mittleres Alter (Jahre)		79,6		79,9
Median (Jahre)		82,0		83,0

3. Geschlecht

	2019		2018	
	n	%	n	%
männlich	3.058	31,9	3.174	31,4
weiblich	6.521	68,1	6.932	68,6
unbestimmt	0	0,0	1	0,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten
4. Mobilität vor dem Frakturereignis

	2019		2018	
	n	%	n	%
Gehstrecke				
- unbegrenzt	3.000	31,3	3.063	30,3
- Gehen am Stück bis 500m	2.534	26,5	2.785	27,6
- auf Stationsebene mobil (50m)	2.405	25,1	2.415	23,9
- im Zimmer mobil	1.204	12,6	1.342	13,3
- immobil	436	4,6	502	5,0
Gehhilfen				
- keine	4.448	46,4	4.657	46,1
- Unterarmgehstützen	1.295	13,5	1.501	14,9
- Rollator/Gehbock	3.220	33,6	3.325	32,9
- Rollstuhl	395	4,1	405	4,0
- bettlägerig	221	2,3	219	2,2

5. Liegezeiten

	2019		2018	
	n	%	n	%
mittlere Verweildauer (Tage)		13,1		13,3
Median (Tage)		11,0		12,0

6. ASA Score

	2019		2018	
	n	%	n	%
ASA 1	438	4,6	426	4,2
ASA 2	2.461	25,7	2.739	27,1
ASA 3	5.903	61,6	6.138	60,7
ASA 4	777	8,1	795	7,9
ASA 5	0	0,0	9	0,1

7. Durchführung Osteosynthese am Hüftgelenk / hüftgelenknah vor Datum des Eingriffs?

	2019		2018	
	n	%	n	%
vorab Osteosynthese	248	2,6		

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten

8. Coxarthrose

	2019		2018	
	n	%	n	%
vorbestehend	3.809	39,8	3.866	38,3

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten
9. Frakturereignis

	2019		2018	
	n	%	n	%
Das Frakturereignis				
- war Grund für die akut-stationäre Aufnahme	9.394	98,1	9.910	98,1
- ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	185	1,9	197	1,9

10. Frakturlokalisation (nach Erhebungsbogen)

	2019		2018	
	n	%	n	%
medial	1.122	11,7	1.081	10,7
lateral	255	2,7	301	3,0
perthrochantär	7.817	81,6	8.361	82,7
sonstige	385	4,0	364	3,6

11. Frakturlokalisation (nach Entlassungsdiagnose ICD 10)

	2019		2018	
	n	%	n	%
Schenkelhalsfraktur	1.377	14,4	1.399	13,8
perthrochantäre Fraktur	8.144	85,0	8.657	85,7

12. Frakturtyp nach Garden (bei medialer SHF)

	2019		2018	
	n	%	n	%
Abduktionsfraktur	319	28,4	278	25,7
unverschoben	446	39,8	468	43,3
verschoben	305	27,2	289	26,7
komplett verschoben	52	4,6	46	4,3

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten
13. Antithrombotische Dauertherapie bei Aufnahme

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patient mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen				
- nein	5.721	59,7	6.106	60,4
- ja	3.858	40,3	4.001	39,6
Art der Medikation:				
• Vitamin-K-Antagonisten	587	15,2	713	17,8
• Thrombozytenaggregationshemmer	2.072	53,7	2.243	56,1
• DOAK/NOAK	1.204	31,2	1.039	26,0
• sonstige	98	2,5	126	3,1

14. Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)

	2019		2018	
	n	%	n	%
aseptische Eingriffe	9.497	99,1	10.034	99,3
bedingt aseptische Eingriffe	44	0,5	57	0,6
kontaminierte Eingriffe	10	0,1	4	0,0
septische Eingriffe	28	0,3	12	0,1

15. Pflegegrad bei Aufnahme

	2019		2018	
	n	%	n	%
kein Pflegegrad	4.740	49,5	4.833	47,8
Pflegegrad 1	363	3,8	368	3,6
Pflegegrad 2	1.207	12,6	1.080	10,7
Pflegegrad 3	1.213	12,7	973	9,6
Pflegegrad 4	577	6,0	503	5,0
Pflegegrad 5	103	1,1	86	0,9
nicht bekannt	1.376	14,4	2.264	22,4

Bayern gesamt

Basisstatistik » Operation
1. Zeitpunkt der Operation

	2019		2018	
	n	%	n	%
<= 24 Stunden nach Aufnahme	7.800	81,4	8.244	81,6
25 - 48 Stunden nach Aufnahme	1.275	13,3	1.322	13,1
> 48 Stunden nach Aufnahme	504	5,3	541	5,4

2. Operationsverfahren (nach Erhebungsbogen)

	2019		2018	
	n	%	n	%
DHS, Winkelplatte	1.100	11,5	1.168	11,6
intramedulläre Stabilisierung	7.897	82,4	8.361	82,7
Verschraubung	400	4,2	419	4,1
sonstige	182	1,9	159	1,6

3. Operationsdauer (Schnitt-Nahtzeit)

	2019		2018	
	n	%	n	%
mittlere OP-Dauer (Minuten)		47,9		48,2
Median (Minuten)		42,0		43,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Verlauf
1. Komplikationen Übersicht

	2019		2018	
	n	%	n	%
ohne Komplikation	8.080	84,4	8.401	83,1
eingriffsspezifische Komplikationen	246	2,6	277	2,7
allgemeine Komplikationen	1.158	12,1	1.354	13,4
Reintervention erforderlich	162	1,7	164	1,6

2. eingriffsspezifische Komplikationen

	2019		2018	
	n	%	n	%
spezifische Komplikationen gesamt	222	2,3	246	2,4
- prim. Implantatfehl lage	13	0,1	24	0,2
- sek. Implantatdislokation	34	0,4	37	0,4
- Wundhämatom/Nachblutung	79	0,8	68	0,7
- Gefäßläsion	2	0,0	1	0,0
- Nervenschaden	4	0,0	5	0,0
- Fraktur	16	0,2	18	0,2
- Wunddehiszenz	21	0,2	18	0,2
- sek. Nekrose der Wundränder	3	0,0	3	0,0
- sonstige	62	0,6	85	0,8
Wundinfektion insgesamt	50	0,5	56	0,6
CDC-Klassifikation:				
- oberflächliche Infektion A1	18	0,2	16	0,2
- tiefe Infektion A2	31	0,3	39	0,4
- Räume/Organe A3	1	0,0	1	0,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Verlauf
3. allgemeine Komplikationen

	2019		2018	
	n	%	n	%
Pneumonie	254	2,7	297	2,9
kardiovaskuläre Komplikation	303	3,2	284	2,8
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	15	0,2	22	0,2
Lungenembolie	29	0,3	27	0,3
Harnwegsinfektion	183	1,9	268	2,7
Schlaganfall	38	0,4	49	0,5
akute gastrointestinale Blutung	43	0,4	53	0,5
akute Niereninsuffizienz	175	1,8	214	2,1
sonstige	413	4,3	561	5,6

4. Präventionsmaßnahmen bei Pat. ab 50 Jahren
verstorbene Patienten nicht berücksichtigt

	2019		2018	
	n	%	n	%
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren	8.316	91,1	8.736	90,7
Maßnahmen zur Sturzprohylaxe ergriffen	8.303	91,0	8.817	91,5

Bayern gesamt

Basisstatistik » Verlauf
5. Mobilität bei Entlassung
verstorbene Patienten nicht berücksichtigt

	2019		2018	
	n	%	n	%
Gehstrecke				
- unbegrenzt	220	2,4	242	2,5
- Gehen am Stück bis 500m	1.326	14,5	1.452	15,1
- auf Stationsebene mobil (50m)	5.147	56,4	5.370	55,7
- im Zimmer mobil	1.880	20,6	1.983	20,6
- immobil	551	6,0	589	6,1
Gehhilfen				
- keine	100	1,1	112	1,2
- Unterarmgehstützen	3.458	37,9	3.643	37,8
- Rollator/Gehbock	4.723	51,8	4.971	51,6
- Rollstuhl	598	6,6	668	6,9
- bettlägerig	245	2,7	242	2,5

6. Entlassungsgrund

	2019		2018	
	n	%	n	%
Patient verstorben	455	4,7	471	4,7
Entlassung nach Hause	4.866	50,8	4.985	49,3
externe Verlegung	4.230	44,2	4.618	45,7
Sonstige Entlassgründe	28	0,3	33	0,3
nachstationäre Behandlung geplant	138	1,4	135	1,3
Entlassung in eine Reha-Einrichtung	2.715	28,3	2.999	29,7

7. Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

	2019		2018	
	n	%	n	%
Komplexbehandlung (OPS 8-550.-)	710	7,4		

Bayern gesamt

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren stellen die Ergebnisse im Hinblick auf das Qualitätsziel dar und geben damit einen **Hinweis auf die erreichte Qualität** zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Eine **rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators (rot markiert)** liegt vor, wenn das Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt. Von einer rechnerischen Auffälligkeit kann nicht unmittelbar auf einen Qualitätsmangel geschlossen werden. Es bedarf einer detaillierten Analyse, um die Gründe für die rechnerische Abweichung zu eruieren und Mängel in der Struktur- und Prozessqualität auszuschließen. Dies erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken.

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Bayern gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur						
54030	1.420	-	9.562	14,85%	14,15 - 15,58	≤ 15,00%
Sturzprophylaxe						
54050	8.003	-	8.292	96,51%	96,10 - 96,89	≥ 90,00%
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung						
54033	1.240	1.267,06	7.603	0,98	0,93 - 1,03	≤ 2,17
Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur						
54029	180	-	9.579	1,88%	1,63 - 2,17	≤ 6,06%
Allgemeine postoperative Komplikationen						
54042	877	915,64	9.579	0,96	0,90 - 1,02	≤ 2,15
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen						
54046	455	478,92	9.579	0,95	0,87 - 1,04	-

Bayern gesamt

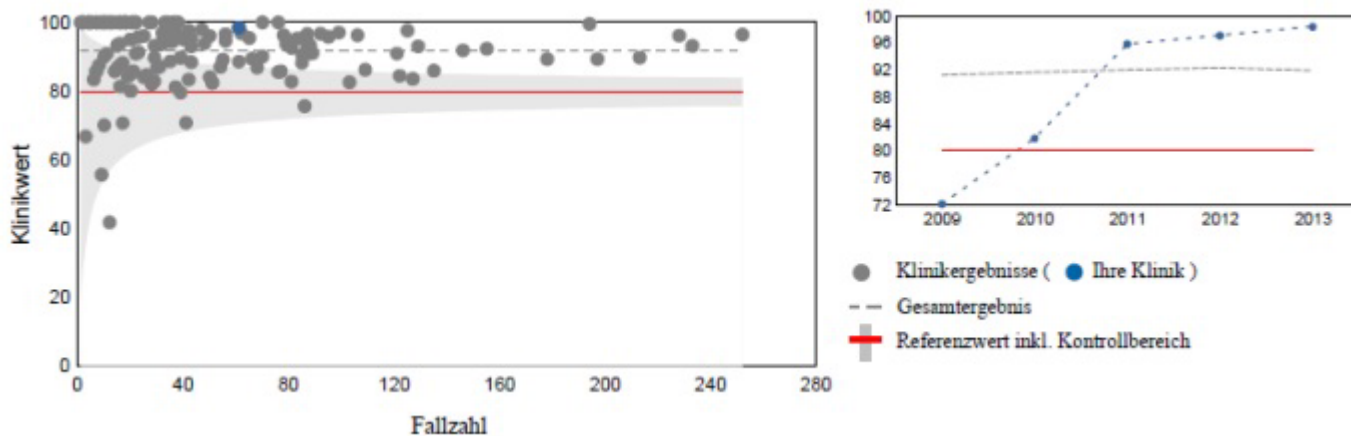
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die Einzeldarstellung der Qualitätsindikatoren ermöglicht eine detaillierte Analyse der Klinikergebnisse. Die Klinikwerte werden tabellarisch und graphisch im Vergleich zum Gesamtkollektiv dargestellt. Zusätzlich wird der Verlauf der letzten fünf Jahre gezeigt. Der Klinikwert wird rot dargestellt, wenn er außerhalb des Referenzbereichs liegt. Weicht der Klinikwert signifikant vom Referenzwert im Sinne einer besonders guten Qualität ab, so ist er grün dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator werden die für eine klinikinterne Fallanalyse notwendigen Vorgangsnummern ausgewiesen.

Hinweise zu den Tabellen:

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2010	45	-	55	81,8	69,0 - 91,0	>= 80,0
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	>= 80,0
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	>= 80,0
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	>= 80,0

Die Spalte Ereignisse weist die Anzahl der beobachteten bzw. erwarteten Ereignisse bezogen auf die zugrunde liegende Fallzahl aus. Im Falle von ratenbasierten Kennzahlen und Sentinel-Events werden nur die beobachteten Ereignisse angegeben. Handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator, so werden zusätzlich die Anzahl der zu erwartenden Ereignisse auf Grundlage des Risikoadjustierungsmodells berechnet. In diesem Fall wird der Klinikwert als Standardisierte Ereignis-Ratio (SER) durch Division der beobachteten durch die zu erwartenden Rate berechnet. Bei dem Vertrauensbereich handelt es sich um ein 95 % Konfidenzintervall um den Klinikwert. Der Referenzwert resultiert in der Regel auf der Grundlage bundesweit erhobener Daten und wird vom Institut nach § 137 SGB V vorgegeben. Alternativ kann die Festlegung der Referenzwerte (Modul Schlaganfall und Anästhesie) durch die entsprechenden Fachgruppen erfolgen.



Der Funnelplot (*) auf der linken Seite zeigt auf der Y-Achse den Klinikwert und auf der X-Achse die Fallzahl. Das resultierende Streudiagramm ermöglicht die Interpretation aller Klinikergebnisse in Abhängigkeit von der Fallzahl. Sofern ein Referenzwert für den Qualitätsindikator festgelegt wurde, ist er als rote Linie dargestellt. Diese ist von einem hellgrauen trichterförmigen Kontrollbereich (**) umschlossen, welcher dem Vertrauensbereich um den Referenzwert entspricht. Handelt es sich bei den Klinikwerten um SER's, so läßt sich kein Kontrollbereich konstruieren. Da die Berechnung des Vertrauensbereiches in der Tabelle auf dem einzelnen Klinikwert und nicht auf dem Referenzwert beruht, kann es vereinzelt zu einer diskrepanten Darstellung der Signifikanz in der Tabelle gegenüber der Graphik kommen. Die Graphik dient der orientierenden Betrachtung, im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 SGB V werden nach bundesweiten vorgaben die Zahlen der Tabelle veröffentlicht.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt die Gesamtergebnisse im Zeitverlauf (blaue Linie). Referenzwerte erscheinen wieder als rote Linie.

* N. Lack und U. Gerhardinger, „Qualitätsvergleiche mit Funnelplots - Plädoyer für eine einheitliche Methodik“. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(8): 536-541.

** M. Hart and R. Hart, "Statistical Process Control for Health Care", 2002; Wadsworth

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

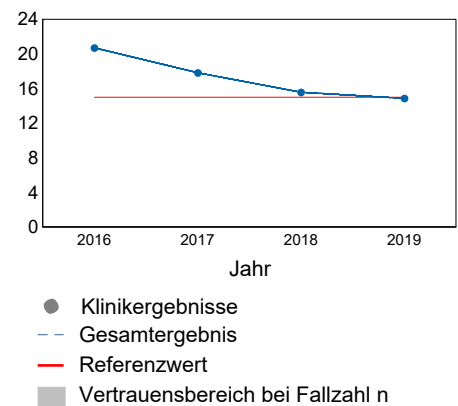
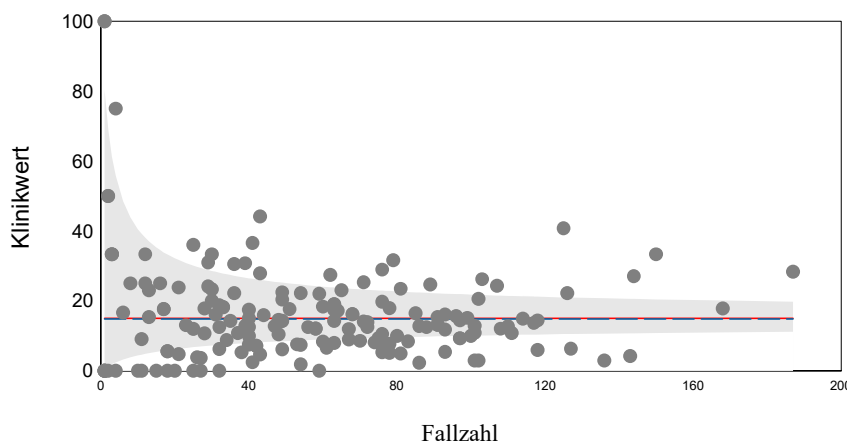
Indikator: 54030

Ziel: Kurze präoperative Verweildauer

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2016	2.032	-	9.836	20,66	19,87 - 21,47	<= 15,00
2017	1.790	-	10.065	17,78	17,05 - 18,54	<= 15,00
2018	1.571	-	10.107	15,54	14,85 - 16,26	<= 15,00
2019	1.420	-	9.562	14,85	14,15 - 15,58	<= 15,00

Das Ergebnis ist unauffällig.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und 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 nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patientinnen und 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.

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen 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 Implantatfehl- oder Implantatdislokation.

Eine verzögerte operative Behandlung der hüftgelenknahe Femurfraktur kann mit höheren Komplikationsraten, z. B. hinsichtlich Thrombose, Lungenembolie oder Dekubitus einhergehen (Charalambous et al. 2003). Auch Hack et al. (2017) verweisen darauf, dass eine möglichst schnelle Versorgung gewährleistet werden sollte, um Komplikationen wie Thrombosen/Embolien, Pneumonien und Dekubitalulzera zu vermeiden, die durch Immobilität begünstigt werden. In den beiden Leitlinien „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ und „Pertrochantäre Oberschenkelfraktur“ der DGU wird empfohlen, dass die Betreuungsverhältnisse zunächst zu klären sind und ggf. die zuständige Betreuungsperson informiert werden muss. Bei dringendem Handlungsbedarf sollte gemeinsam mit der Anästhesie über eine Geschäftsführung ohne Auftrag entschieden werden, z. B. zur Behandlung einer urteilsunfähigen Patientin bzw. eines urteilsunfähigen Patienten. Hinsichtlich der präoperativen Einnahme von Antikoagulantien wird empfohlen, bei Patientinnen und Patienten mit die Gerinnung beeinflussenden Medikamenten, eine grundlegende Regelung krankenhausintern einzuführen und jede Situation individuell und interdisziplinär zu beurteilen. Verschiebungen der Operation aufgrund evidenter Risiken sind jedoch eine Ausnahme (Bonnaire et al. 2015, Dresing et al. 2015). Die Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) empfiehlt in der Leitlinie „Pertrochantäre Oberschenkelfraktur“ (Stand: 02/2015), dass auch Patientinnen und Patienten mit pertrochantärer Oberschenkelfraktur so schnell wie möglich innerhalb von 24 h operiert werden sollen, wenn der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt (Dresing et al. 2015).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Sturzprophylaxe

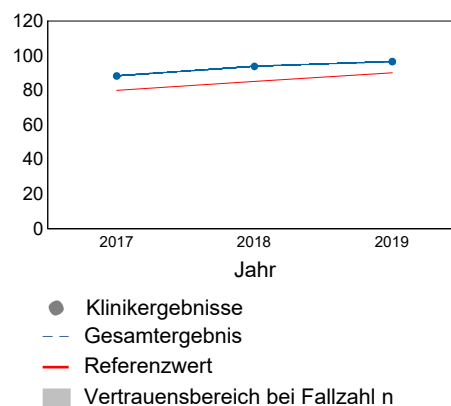
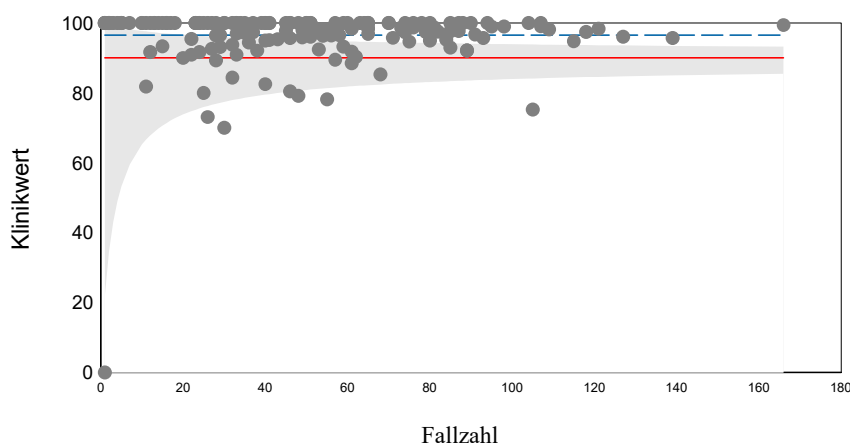
Indikator: 54050

Ziel: Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	7.775	-	8.820	88,15	87,46 - 88,81	>= 80,00
2018	8.315	-	8.869	93,75	93,23 - 94,24	>= 85,00
2019	8.003	-	8.292	96,51	96,10 - 96,89	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



- Ereignis:** Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden.
- Fallzahl:** 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.

Die S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU) empfiehlt für die postoperative Versorgung die Einleitung einer adäquaten Sturzprophylaxe bei alten Menschen. Die Leitlinie verweist im Kapitel „Prävention“ indirekt auf die Ausführungen zur Sturzprophylaxe. Die Leitlinienkommission der DGU und ÖGU empfiehlt als präventive Maßnahme die Abschätzung des Sturz- und Frakturrisikos bei alten Menschen. Des Weiteren sollten Menschen mit einem erhöhten Risiko eine multimodale Vorbeugung erhalten, um das Risiko eines Sturzes zu reduzieren (Bonnaire et al. 2015). Der wissenschaftliche Beleg (Gillespie et al. 2003) bezieht sich nur allgemein auf alte Personen. In der Publikation wird keine Aussage zur gewünschten Subgruppe getroffen. Die Erkenntnisse aus der QI-spezifischen Recherche sind konsistent zu den Empfehlungen des deutschen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ des DNQP (DNQP 2013), der sich auf alle Personen, die sich kurz- oder langfristig in pflegerischer Betreuung befinden, bezieht.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

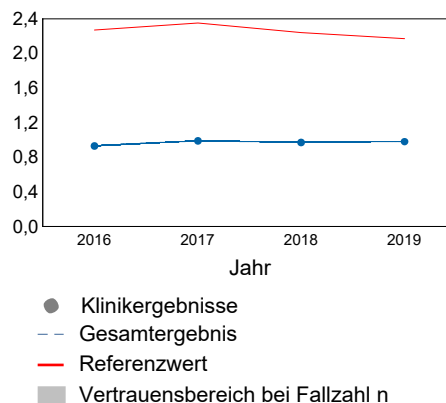
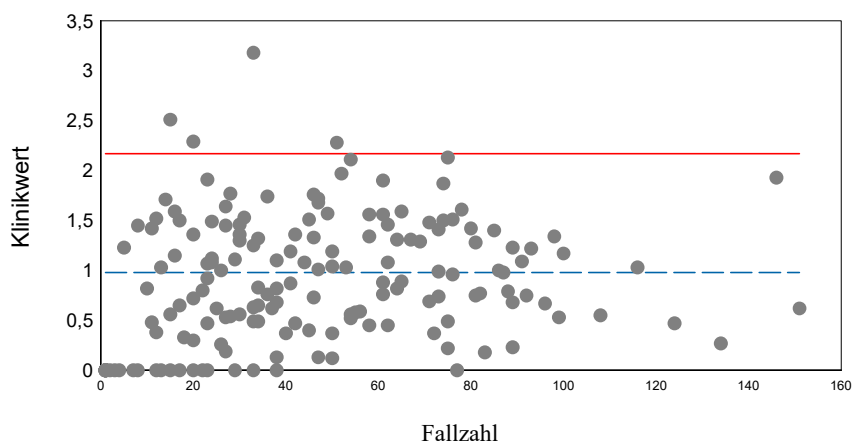
Indikator: 54033

Ziel: Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2016	1.248	1.338,52	7.890	0,93	0,89 - 0,98	<= 2,27
2017	1.296	1.314,75	8.004	0,99	0,94 - 1,04	<= 2,35
2018	1.283	1.320,34	7.932	0,97	0,92 - 1,02	<= 2,24
2019	1.240	1.267,06	7.603	0,98	0,93 - 1,03	<= 2,17

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren.

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

Proximale Femurfrakturen bedeuten für den älteren Menschen ein einschneidendes Ereignis mit der Gefahr des Verlustes oder der erheblichen Einschränkung der Gehfähigkeit und Mobilität (Boonen et al. 2004, Specht-Leible et al. 2003). 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.

Für einen dem Patientenkollektiv angemessenen Krankenhausvergleich wird eine Risikoadjustierung mittels logistischer Regression unter Berücksichtigung der folgenden Faktoren vorgenommen:

- Altersrisiko
- Geschlecht
- ASA-Klassifikation
- präoperative Wundkontaminationsklassifikation
- vorbestehende Koxarthrose
- Pflegegrad
- Frakturlokalisierung
- Gehstrecke
- Gehhilfe

Das IQTIG und die Bundesfachgruppe empfehlen, dass Patienten für die dem Krankenhaus keine Informationen zum Pflegegrad vorlagen, durch die Risikoadjustierung normativ so behandelt werden sollen wie Patienten ohne Pflegegrad. Dies führt zu einer gewollten Unterschätzung des empirischen Risikos für diese Patientengruppe und resultiert auf aggregierter Bundesebene zu Werten O/E > 1 für das zurückliegende Erfassungsjahr. Patienten, bei denen keine Information zum Pflegegrad bekannt ist, werden in der Risikoadjustierung somit die gleichen Wahrscheinlichkeitswerte wie Patienten ohne Pflegegrad zugeschrieben.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

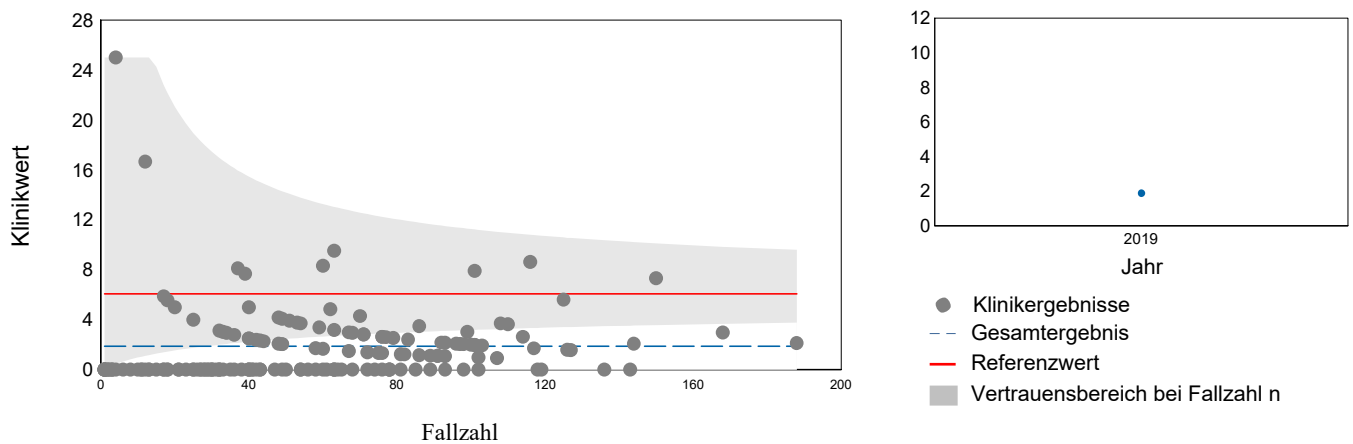
Indikator: 54029

Ziel: Selten spezifische Komplikationen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	180	-	9.579	1,88	1,63 - 2,17	<= 6,06

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit mindestens einer der folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: primäre Implantatfehlage, sekundäre Implantatdislokation, OP-, oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden, Fraktur, reoperationspflichtige Wunddehiszenz, reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion.

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.

Bei der osteosynthetischen Versorgung von hüftgelenksnahen Frakturen des Femurs können neben den allgemeinen Operations- und Komplikationsrisiken auch spezifische Komplikationen auftreten. Für die Patientin oder den Patienten können sich daraus erhebliche Beeinträchtigungen entwickeln. Darüber hinaus kann durch diese Komplikationen ein weiterer operativer Eingriff notwendig werden.

Bayern gesamt

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

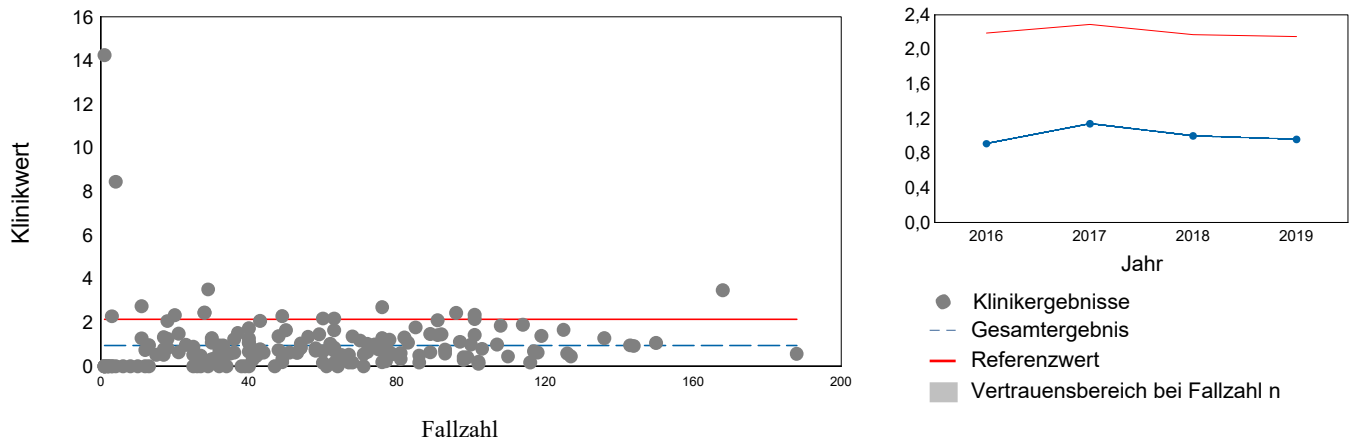
Indikator: 54042

Ziel: Selten allgemeine Komplikationen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2016	601	663,91	9.836	0,91	0,84 - 0,98	<= 2,19
2017	1.061	927,36	10.065	1,14	1,08 - 1,21	<= 2,29
2018	979	974,70	10.107	1,00	0,95 - 1,07	<= 2,17
2019	877	915,64	9.579	0,96	0,90 - 1,02	<= 2,15

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine der folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen auftrat: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz.

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.

Neben der Behandlungsqualität beeinflussen individuelle Risikofaktoren die Ergebnisse der Behandlung. Für einen dem Patientenkollektiv angemessenen Krankenhausvergleich wird eine Risikoadjustierung mittels logistischer Regression unter Berücksichtigung der folgenden Faktoren vorgenommen:

- Geschlecht
- Alter
- ASA-Klassifikation
- Frakturlokalisierung
- vorbestehende Koxarthrose
- Gehstrecke
- Antithrombotische Dauertherapie

Bayern gesamt

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

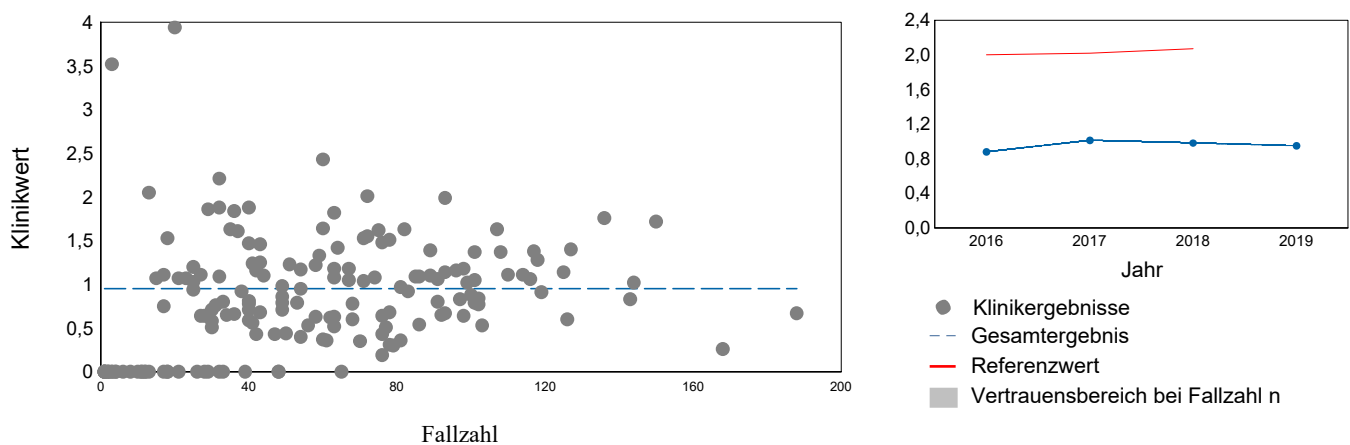
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Kennzahl: 54046

Ziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2016	450	508,97	9.836	0,88	0,81 - 0,97	<= 2,00
2017	479	474,96	10.065	1,01	0,92 - 1,10	<= 2,02
2018	471	479,61	10.107	0,98	0,90 - 1,07	<= 2,07
2019	455	478,92	9.579	0,95	0,87 - 1,04	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Verstorbene Patientinnen und Patienten.

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.

Neben der Behandlungsqualität beeinflussen Patienten individuelle Risikofaktoren die Ergebnisse der Behandlung. Für einen dem Patientenkollektiv angemessenen Krankenhausvergleich wird eine Risikoadjustierung mittels logistischer Regression unter Berücksichtigung der folgenden Faktoren vorgenommen:

- Geschlecht
- Alter
- ASA-Klassifikation
- Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC
- Antithrombotische Dauertherapie
- vorbestehende Koxarthrose
- Frakturlokalisierung
- Gehilfen
- Gehstrecke

Bayern gesamt

Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern

Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware

In den individuellen Klinikstatistiken werden zu diesen Punkten zusätzlich die Vorgangsnummern zu den Fällen, die für eine Einzelfallanalyse von Interesse sein können ausgewiesen.

1. Frakturereignis während akut-stationärem Aufenthalt (Inhouse-Sturz)

	2019		2018	
	n	%	n	%
	185		197	

2. Op.-Dauer über 180 min

	2019		2018	
	n	%	n	%
	40		43	

Bayern gesamt

Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern

Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware

3. postoperative Liegezeit über 28 Tage

	2019		2018	
	n	%	n	%
	239		265	