



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach QSKH-RL
(Endgültige Rechenregeln, Veröffentlichungsversion)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Erfassungsjahr 2020

Stand: 20.04.2021

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL. Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

20.04.2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
54030: Präoperative Verweildauer	5
54050: Sturzprophylaxe.....	16
54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung	22
54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur..	31
54040: Wundhämatome/Nachblutungen	39
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur .	45
54046: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	52
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	61
Anhang II: Listen	62
Anhang III: Vorberechnungen	63
Anhang IV: Funktionen	64
Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren	74

Einleitung

Ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gewendeten, Teil des normalerweise sehr stabilen Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. Diese Brüche sind meist unfallbedingt. Je nach Lage des Bruchs wird zwischen einer Schenkelhalsfraktur und einer sog. pertrochantären Fraktur unterschieden.

Schenkelhalsfrakturen sind Brüche zwischen dem Hüftkopf und dem großen Rollhügel (Trochanter major) des Oberschenkelknochens. Eine pertrochantäre Femurfraktur ist ein Bruch, der schräg durch die Trochanterregion des Oberschenkelknochens unterhalb des Schenkelhalses und oberhalb des kleinen Rollhügels (Trochanter minor) verläuft.

Aufgrund der im Alter abnehmenden Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zum Knochenschwund (Osteoporose) und gleichzeitig zunehmender Bewegungsunsicherheit sind die hüftgelenknahen Femurfrakturen eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen. Hier kann bereits ein kleiner, z. B. durch Gangunsicherheit verursachter Sturz, zu einem Bruch führen. Von den jährlich etwa 120.000 Brüchen entfallen ca. 80 % auf Menschen, die 70 Jahre und älter sind. Angesichts der demographischen Entwicklung ist hier also von zunehmenden Fallzahlen auszugehen.

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unterscheidet man grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden (osteosynthetischen) und hüftkopfersetzenden (endoprothetischen) Methoden. Das Ziel ist in jedem Fall eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung der Mobilität und körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Gerade auch für ältere Menschen ist die schnelle Genesung sehr wichtig, weil sonst infolge der Erkrankung nicht selten ein Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit eintritt. Die Indikatoren dieses Leistungsbereichs fokussieren überwiegend auf Komplikationen im Zusammenhang mit der operativen Versorgung der Femurfraktur sowie auf die Sterblichkeit. Weitere Indikatoren beziehen sich auf Wartezeiten bis zur Operation und die erreichte Gehfähigkeit der Patientinnen und Patienten bei der Entlassung.

Mit Einführung des Leistungsbereiches Hüftendoprothesenversorgung (HEP) in der externen stationären Qualitätssicherung, werden die endoprothetisch versorgten Femurfrakturen nicht mehr im Leistungsbereich 17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, sondern im Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung abgebildet.

Der Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) enthält ab 2015 somit ausschließlich die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

54030: Präoperative Verweildauer

Qualitätsziel

Kurze präoperative Verweildauer

Hintergrund

Im Rahmen einer orientierenden Recherche in der Verfahrenspflege 2017 wurden weitere Literaturquellen hinzugefügt.

Laut Barmer Krankenhausreport 2017 ist der Oberschenkelhalsbruch mit 15 % die häufigste Hauptdiagnose der multimorbiden Patientengruppe von über 70-Jährigen mit geriatrischer Früh-Komplexbehandlung (RWI et al. 2017). Aufgrund der demografischen Entwicklung ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung dieser Gruppe wichtiger denn je und politisch relevant.

Internationale Studien zur Abhängigkeit des Outcomes vom Zeitpunkt der Operation differenzieren teilweise bei hüftgelenknahen Femurfrakturen nicht zwischen Schenkelhalsfrakturen (subcapital, cervical oder femoral neck fracture) und pertrochantären Frakturen ((inter)trochanteric fracture), sondern sprechen allgemein von „hip fracture“ bzw. „fracture of the proximal femur“. Im QS-Verfahren "Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung" werden Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Frakturen ebenfalls gemeinsam betrachtet.

Eine verzögerte operative Behandlung der hüftgelenknahen 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 einer prospektiv randomisierten Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Entstehung von Femurkopfnekrosen osteosynthetisch versorgter medialer Schenkelhalsfrakturen von der Länge des Intervalls zwischen Unfall- und Operationszeitpunkt sowie vom primären Dislokationsgrad der Fraktur abhängig ist (Bonnaire et al. 1995, Kuner et al. 1995). Die DGU weist in der Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ darauf hin, dass es bei osteosynthetisch versorgten Schenkelhalsfrakturen Hinweise darauf gibt, dass eine frühzeitige Operation innerhalb von 6-24 Stunden das Hüftkopfnekrosenrisiko halbiert (Bonnaire et al. 2015).

In einer retrospektiven kanadischen Kohortenstudie untersuchten Pincus et al. (2017) den Zusammenhang zwischen der präoperativen Verweildauer bei Erwachsenen, die sich einer Hüftoperation unterziehen mussten und der 30-Tages-Mortalität. Sie konnten zeigen, dass eine präoperative Verweildauer von mehr als 24 Stunden einen Wendepunkt darstellte und danach das Auftreten von Komplikationen und die Wahrscheinlichkeit zu versterben anstieg. So stellten sie zwischen den Patientinnen und Patienten, die früh (innerhalb von 24 Stunden) und verzögert (später als 24 Stunden) operiert wurden, eine Risikodifferenz hinsichtlich einzelner Outcomes fest. Bei der Komplikation Myokardinfarkt bestand eine Risikodifferenz zwischen den beiden Gruppen von 0.39 %, bei Lungenembolie 0.51 % und Pneumonie 0.95 % zuungunsten der spät operierten Patientinnen und Patienten. Die Risikodifferenz zwischen den früh und den verzögert operierten Patientinnen und Patienten lag hinsichtlich der Mortalität bei 0.79 %.

Bezüglich des Einflusses des Operationszeitpunktes auf die Sterblichkeit sind einige internationale Studienergebnisse widersprüchlich. Orosz et al. (2004), Moran et al. (2005), Majumdar et al. (2006), Rae et al. (2007),

und Schulze Raestrup et al. (2008) fanden z. B. bei jeweils unterschiedlich großen Patientenkollektiven keine signifikanten Unterschiede zwischen der Letalität nach früher oder später Versorgung einer Hüftgelenksfraktur. Andere Untersucher wie Zuckerman (1995), Dorotka et al. (2003), Doruk et al. (2004), Gdalevich et al. (2004), McGuire et al. (2004), Weller et al. (2005), Petersen et al. (2006), Novack et al. (2007), Radcliff et al. (2008) weisen auf niedrigere Letalitätsraten bei früh versorgten Hüftgelenksfrakturen hin. Elliott et al. (2003) konstruierten mit Hilfe eines logistischen Regressionsmodells einen Score zur Vorhersage der Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten mit Hüftgelenksfraktur. Prädiktoren waren neben der verspäteten Versorgung (> 24 h) das Alter, das männliche Geschlecht, der ASA-Score, der ADL-Index und der mentale Status der Patientin oder des Patienten. Nach Weller et al. (2005) spielt auch die Art der operierenden Institution eine Rolle; nach Versorgung in einem Lehrkrankenhaus war die 1-Jahres-Sterblichkeit geringer als in einem städtischen Krankenhaus.

In Großbritannien empfiehlt das NICE (National Institute for Health and Care Excellence) in der Leitlinie „Hip fracture: management“ eine Operation bei Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen am Tag der Aufnahme oder am Tag danach: „Perform surgery on the day of, or the day after admission“. Zudem sollten Komorbiditäten geprüft und, wenn möglich, sofort behandelt werden, so dass sich die Operation nicht verzögert. Hierzu zählen beispielsweise: Anämie, Einnahme von die Gerinnung beeinflussende Medikamente, Volumenmangel, Elektrolytverschiebungen, ungenügend eingestellter Diabetes, Herz-Kreislauf-Beschwerden, korrigierbare Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz durch Ischämie, Infekte wie etwa einen Bronchialkatarrh oder eine Lungenentzündung, akute Verschlechterung einer COPD (NCGC 2017).

In Australien/Neuseeland empfiehlt die ANZHFR (Australian and New Zealand Hip Fracture Registry Steering Group) in der Leitlinie „Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care“, dass die chirurgische Versorgung der Femurfraktur am selben Tag oder einen Tag nach der Patientenvorstellung beim aufnehmenden Krankenhaus erfolgt: „Perform surgery on the day of, or the day after presentation to hospital with a hip fracture“. Ferner wird erklärt, dass der korrekte Operationszeitpunkt - aus ethischer Sicht - nicht anhand randomisierter, kontrollierter Studien festgelegt werden kann. Traditionell würden Hüftfraktur-Patienten nicht immer als eine vorrangige Gruppe beim Zugang zur Operation betrachtet, und die Verletzung selbst ist selten lebensbedrohlich. Ältere Menschen mit einer Hüftfraktur haben jedoch häufig mehrere Komorbiditäten, eine begrenzte physiologische Reserve und neigen zu einer Zunahme von Komplikationen bei längerer Bettruhe. Es sollte daher die Zielverfolgung des korrekten Operationszeitpunktes nicht isoliert von den weiteren Versorgungsmaßnahmen bei dieser Patientenpopulation betrachtet werden. Empfohlen wird ein übergreifender Qualitätsstandard, indem die zeitnahe Operation mit weiteren Empfehlungen zur Versorgung dieser Patientenpopulation einhergehen (ANZHFR 2014).

Die Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) empfiehlt in der Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ (Stand: 10/2015), dass Patientinnen und Patienten mit Schenkelhalsfraktur so schnell wie möglich innerhalb von 24 h operiert werden sollen, wenn der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt (Bonnaire 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).

Im schottischen Nationalstandard „Scottish Standards of Care for Hip Fracture Patients“ wird vorgegeben, dass die chirurgische Versorgung der Femurfraktur innerhalb von 36 Stunden nach Aufnahme erfolgt: „Patients undergo surgical repair of their hip fracture within 36 hours of admission“. Für die Qualitätsaudits bedeutet es,

dass keine Toleranzbereiche für Patientinnen und Patienten festgelegt werden, deren Operationszeitpunkt möglicherweise wegen medizinischer Gründe verzögert war. Des Weiteren müssen Patientinnen und Patienten mit einer Femurfraktur innerhalb von vier Stunden nach Aufnahmezeitpunkt von der Notaufnahme auf die stationäre chirurgische Station verlegt werden. Zuvor sollten Vitalzeichenkontrollen, Schmerzlinderungen, Delir-Screening, Anämie-Kontrollen und bei Bedarf Bluts substitution, EKG, Flüssigkeitszufuhr sowie Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe erfolgen. Weitere Vorgaben in den ersten 24 Stunden nach Aufnahme sind beispielsweise Kognitives Assessment, Sturzassessment, Flüssigkeits- und Ernährungsassessment sowie die Risikoeinschätzung zur Dekubitusgefahr (NHS Scotland/SHFA 2018).

Die Gründe für Verzögerungen, die von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung in ihren Berichten zum Strukturierten Dialog dargestellt werden, können in patientenbezogene Ursachen einerseits und strukturelle/prozessbezogene Ursachen andererseits, unterteilt werden. So berichten Smektala et al. von Analysen der externen Qualitätssicherungsdaten aus Westfalen-Lippe, die zeigen, dass Schenkelhalsfrakturen in ca. 50 % der Fälle bereits am Aufnahmetag versorgt werden und dass in der Region erhebliche Versorgungsunterschiede bestehen (Smektala et al. 2008, Smektala et al. 2001).

Sund und Liski (2005) weisen darauf hin, dass die Patientenki entel und die Rahmenbedingungen der Versorgung wesentliche Einflussfaktoren für den Zeitraum bis zur operativen Versorgung darstellen. Laut Charalambous et al. (2003) können z. B. internistische und anästhesiologische Probleme, aber auch Wartezeiten bei der Diagnostik oder fehlende Operationskapazitäten Gründe für eine längere präoperative Verweildauer sein.

Es bleibt jedoch die Frage bestehen, inwieweit eine Verzögerung der Operation bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Vorerkrankungen tatsächlich zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes beiträgt. Eine Studie des National Health Service Scotland (SHFA) fand heraus, dass nur bei ca. der Hälfte der Patientinnen und Patienten, deren Operation wegen größerer Auffälligkeiten verschoben wurde, diese dann auch vor der verzögert stattgefundenen Operation behoben werden konnten. Bei 9 % der Patientinnen und Patienten entwickelten sich während der OP-Verzögerung noch weitere Auffälligkeiten, von denen vermutet wurde, dass sie mit der Verzögerung in Zusammenhang standen (NHS Scotland/SHFA 2008).

Die Autoren der australischen Leitlinie empfehlen, die Operation innerhalb eines bestimmten Zeitraums immer mit dem entsprechend qualifizierten Team zusammen zu betrachten. Diese Frage muss in regionalen und ländlichen Gebieten besonders berücksichtigt werden, da der Zugang zu einem Krankenhaus und einem klinischen Team, das über das erforderliche Fachwissen zur Durchführung des Verfahrens verfügt, Herausforderungen bieten kann, die in größeren Ballungsgebieten nicht auftreten (ANZHFR 2014).

In den beiden Leitlinien „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ und „Pertrochantäre Oberschenkel fraktur“ 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).

Im Klinischen Pfad des Bundesministeriums für Gesundheit in Österreich (2016) für die Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten, wird das Blutungsrisiko für mediale

Schenkelhalsfrakturen als geringer angegeben als für per- oder subtrochantäre Frakturen. Weiterhin wird das Blutungsrisiko bei Osteosynthesen als geringer angegeben als bei Endoprothesenimplantationen, so dass geschlussfolgert wird, dass eine Operation auch bereits vor Abklingen der gerinnungshemmenden Wirkung durchgeführt werden kann (Kozek et al. 2016).

Für die externe Qualitätssicherung in Deutschland wurde von der Bundesfachgruppe konsentiert, dass für die Gruppe der neuen/direkten oralen Antikoagulantien hinsichtlich des perioperativen Blutungsrisikos bisher nur wenige Erfahrungen vorliegen, so dass Empfehlungen zum präoperativen Zeitintervall nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert werden können (Schlitt et al. 2013, Maegele et al. 2016, Nagler et al. 2011). Für diese Patientengruppe gilt in diesem QI eine präoperative Verweildauer von 48 Stunden. Perspektivisch wird jedoch angestrebt, auch für diese Patientenklientel eine präoperative Verweildauer von maximal 24 Stunden anzusetzen, wenn die Studienlage sowie die Entwicklung von Antidots weiter fortgeschritten ist.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
11:B	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	OSTEOSYN
18:B	Patient wurde mit anti-thrombotischer Dauertherapie aufgenommen	M	0 = nein 1 = ja	ANTITHROMBMITTELJN
19.3:B	DOAK/NOAK	K	1 = ja	ARTMEDDOAKNOAK
31.1:B	primäre Implantatfehl- lage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
31.2:B	sekundäre Implantat- dislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
43:B	Entlassungsdiag- nose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Auf- nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Praeoperative Verweil- dauer in Minuten	-	AbstandInMinFraktur(AUFNDA- TUM;AUFNZEIT;OPDATUM;OP- ZEIT;FRAKTURDATUM;ZEIT- PUNKTFRAKTUR)	praeopminutenMin1

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54030
Bezeichnung	Präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 15,00 %
Referenzbereich 2019	≤ 15,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>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</p> <p>ODER</p> <p>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</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetischen Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehlage oder Implantatdislokation</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	17/1:B
Zähler (Formel)	praeopminutenMin1 %>% fn_Schwellenwert_praeopminuten
Nenner (Formel)	alter %>=% 18 & !(ENTLDIAG %any_like% 'T84.14%' & OSTEOSYN %==% 1 & !IMPLANTATFEHLAGE %==% 1 & !IMPLANTATDSLOKATION %==% 1)
Verwendete Funktionen	fn_Schwellenwert_praeopminuten
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen

Eingeschränkt vergleichbar

Literatur

- ANZHFR [Australian and New Zealand Hip Fracture Registry], Steering Group (2014): Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care. Improving Outcomes in Hip Fracture Management of Adults. [Stand:] September 2014. Sydney: ANZHFR. ISBN: 978-0-7334-3451-8. URL: <https://anzhfr.org/wp-content/uploads/2016/07/ANZ-Guideline-for-Hip-Fracture-Care.pdf> (abgerufen am: 22.01.2019).
- Bonnaire, F; Kuner, EH; Lorz, W (1995): Schenkelhalsfrakturen beim Erwachsenen: gelenkerhaltende Operationen. II. Die Bedeutung des Operationszeitpunkts und des Implantats für die Genese der aseptischen Hüftkopfnekrose. Unfallchirurg 98(5): 259-264.
- Bonnaire, F; Weber, A; Stürmer, KM; Dresing, K; Frosch, K-H; Kuderna, H; et al. (2015): AWMF-Registernummer 012-001. S2e-Leitlinie: Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen [Langfassung]. Letztes Bearbeitungsdatum: 09.10.2015. Berlin [u. a.]: DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001I_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Charalambous, CP; Yarwood, S; Paschalides, C; Siddique, I; Hirst, P; Paul, A (2003): Factors delaying surgical treatment of hip fractures in elderly patients. Annals of the Royal College of Surgeons of England 85(2): 117-119. DOI: 10.1308/003588403321219911.
- Dorotka, R; Schoechnner, H; Buchinger, W (2003): Auswirkungen von in der Nacht durchgeführten Stabilisierungsoperationen bei hüftnahen Femurfrakturen auf Mortalitätsrate und Komplikationen. Unfallchirurg 106(4): 287-293. DOI: 10.1007/s00113-002-0549-6.
- Doruk, H; Mas, MR; Yıldız, C; Sonmez, A; Kırdemir, V (2004): The effect of the timing of hip fracture surgery on the activity of daily living and mortality in elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics 39(2): 179-185. DOI: 10.1016/j.archger.2004.03.004.
- Dresing, K; Stürmer, KM; Bonnaire, F; Frosch, K-H; Kuderna, H; Kübke, R; et al. (2015): AWMF-Registernummer 012-002. S2e-Leitlinie: Pertrochantäre Oberschenkelhalsfraktur [Langfassung]. Letztes Bearbeitungsdatum: 10.02.2015. Berlin [u. a.]: DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-002I_S2e_Pertrochantäre_Oberschenkelhalsfraktur_2015-07.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Elliott, J; Beringer, T; Kee, F; Marsh, D; Willis, C; Stevenson, M (2003): Predicting survival after treatment for fracture of the proximal femur and the effect of delays to surgery. JCE – Journal of Clinical Epidemiology 56(8): 788-795. DOI: 10.1016/S0895-4356(03)00129-X.
- Gdalevich, M; Cohen, D; Yosef, D; Tauber, C (2004): Morbidity and mortality after hip fracture: the impact of operative delay. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery 124(5): 334-340. DOI: 10.1007/s00402-004-0662-9.
- Hack, J; Bücking, B; Eschbach, D; Ruchholtz, S (2017): Hüftendoprothetik nach Trauma. Was sind die „Big Points“? Trauma und Berufskrankheit 19(Suppl. 2): 192-197. DOI: 10.1007/s1003.

- Kozek, S; Gütl, M; Illievich, U; Pachucki, A; Kwasny, O; Giurea, A; et al. (2016): Klinischer Pfad: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen. Inklusiv Ergänzungen 1 und 2. [Stand:] März 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit [Österreich]. URL: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/1/2/CH1333/CMS1409145967287/klinischer_pfad_hueftnahe_frakturen.pdf (abgerufen am: 13.10.2017).
- Kuner, EH; Lorz, W; Bonnaire, F (1995): Schenkelhalsfrakturen beim Erwachsenen: gelenkerhaltende Operationen. I. Ergebnisse der AO-Sammelstudie mit 328 Patienten. *Unfallchirurg* 98(5): 251-258.
- Maegele, M; Grottko, O; Schöch, H; Sakowitz, O; Spannagl, M; Koscielny, J (2016): Direkte orale Antikoagulationen in der traumatologischen Notaufnahme. Perioperative Behandlung und Umgang in Blutungssituationen. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(35-36): 575-582, Zusatzmaterialien: I-III. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0575.
- Majumdar, SR; Beaupre, LA; Johnston, DW; Dick, DA; Cinats, JG; Jiang, HX (2006): Lack of association between mortality and timing of surgical fixation in elderly patients with hip fracture: results of a retrospective population-based cohort study. *Medical Care* 44(6): 552-559. DOI: 10.1097/01.mlr.0000215812.13720.2e.
- McGuire, KJ; Bernstein, J; Polsky, D; Silber, JH (2004): The 2004 Marshall Urist award: Delays Until Surgery after Hip Fracture Increases Mortality. *Clinical Orthopaedics and Related Research* (428): 294-301. DOI: 10.1097/01.blo.0000146743.28925.1c.
- Moran, CG; Wenn, RT; Sikand, M; Taylor, AM (2005): Early Mortality After Hip Fracture: Is Delay Before Surgery Important? *JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: American Volume* 87-A(3): 483-489. DOI: 10.2106/jbjs.d.01796.
- Nagler, M; Erne, R; Babst, R; Korte, W; Wuillemin, WA (2011): Periinterventionelles Management der Antikoagulation und Antiaggregation. *Swiss Medical Forum* 11(23-24): 407-412. DOI: 10.4414/smf.2011.07539.
- NCGC [National Clinical Guideline Centre] (2017): NICE Clinical Guideline CG124. The management of hip fracture in adults. *Methods, Evidence & Guidance [Full Guideline]*. Last updated: May 2017. NCGC. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-183081997> (abgerufen am: 09.01.2019).
- NHS Scotland [NHS National Services Scotland], SHFA [Scottish Hip Fracture Audit & Advisory Group] (2018): *Scottish Standards of Care for Hip Fracture Patients 2018*. Edinburgh: NHS Scotland. URL: https://www.shfa.scot.nhs.uk/_docs/2018/Scottish-standards-of-care-for-hip-fracture-patients-2018.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- NHS Scotland [NHS National Services Scotland], SHFA [Scottish Hip Fracture Audit], (2008): *Clinical Decision-Making: Is the Patient Fit for Theatre? A Report from the Scottish Hip Fracture Audit*. Edinburgh: SHFA. URL: http://www.shfa.scot.nhs.uk/_docs/Theatre_Delay_Report.pdf (abgerufen am: 20.10.2017).
- Novack, V; Jotkowitz, A; Etzion, O; Porath, A (2007): Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. *International Journal for Quality in Health Care* 19(3): 170-176. DOI: 10.1093/intqhc/mzm003.

- Orosz, GM; Magaziner, J; Hannan, EL; Morrison, RS; Koval, K; Gilbert, M; et al. (2004): Association of Timing of Surgery for Hip Fracture and Patient Outcomes. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 291(14): 1738-1743. DOI: 10.1001/jama.291.14.1738.
- Petersen, MB; Jørgensen, HL; Hansen, K; Duus, BR (2006): Factors affecting postoperative mortality of patients with displaced femoral neck fracture. *Injury* 37(8): 705-711. DOI: 10.1016/j.injury.2006.02.046.
- Pincus, D; Ravi, B; Wasserstein, D; Huang, A; Paterson, JM; Nathens, AB; et al. (2017): Association Between Wait Time and 30-Day Mortality in Adults Undergoing Hip Fracture Surgery. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 318(20): 1994-2003. DOI: 10.1001/jama.2017.17606.
- Radcliff, TA; Henderson, WG; Stoner, TJ; Khuri, SF; Dohm, M; Hutt, E (2008): Patient Risk Factors, Operative Care, and Outcomes Among Older Community-Dwelling Male Veterans with Hip Fracture. *JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: American Volume* 90-A(1): 34-42. DOI: 10.2106/jbjs.g.00065.
- Rae, HC; Harris, IA; McEvoy, L; Todorova, T (2007): Delay to Surgery and Mortality After Hip Fracture. *ANZ Journal of Surgery* 77(10): 889-891. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2007.04267.x.
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung; Augurzky, B; Hentschker, C; Pilny, A; Wübker, A (2017): Krankenhausreport 2017. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 4). Siegburg: Asgard. ISBN: 978-3-946199-11-3. URL: <https://www.barmer.de/blob/124290/ff9429ae5b958c69aef00cfbd0049033/data/dl-report.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).
- Schlitt, A; Jámbor, C; Spannagl, M; Gogarten, W; Schilling, T; Zwißler, B (2013): Perioperativer Umgang mit Antikoagulanzen und Thrombozytenaggregationshemmern. *Deutsches Ärzteblatt International* 110(31-32): 525-532. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0525.
- Schulze Raestrup, U; Grams, A; Smektala, R (2008): Leitlinienkonforme Versorgung. Hüftgelenknahe Fraktur: Auswertung der QS-Daten NRW 2003 bis 2005. *Unfallchirurg* 111(2): 65-70. DOI: 10.1007/s00113-008-1405-0.
- Smektala, R; Wenning, M; Eckernkamp, A (2001): Die Schenkelhalsfraktur des jüngeren Patienten. Widerspruch zwischen Leitlinie und Versorgungswirklichkeit – Ergebnisse externer Qualitätssicherung bei 1747 Verläufen. *Unfallchirurg* 104(9): 820-826. DOI: 10.1007/s001130170052.
- Smektala, R; Grams, A; Pientka, L; Schulze Raestrup, U (2008): Leitlinie oder Landrecht bei der Versorgung der Schenkelhalsfraktur? Eine Analyse der Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen. *Deutsches Ärzteblatt* 105(16): 295-302. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0295.
- Sund, R; Liski, A (2005): Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. *Quality & Safety in Health Care* 14(5): 371-377. DOI: 10.1136/qshc.2004.012831.
- Weller, I; Wai, EK; Jaglal, S; Kreder, HJ (2005): The effect of hospital type and surgical delay on mortality after surgery for hip fracture. *JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: British Volume* 87-B(3): 361-366. DOI: 10.1302/0301-620x.87b3.15300.

Zuckerman, JD; Skovron, ML; Koval, KJ; Aharonoff, G; Frankel, VH (1995): Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: American Volume 77-A(10): 1551-1556.

54050: 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

Hintergrund

Dieser Prozessindikator wurde für das QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung im Jahr 2012 entwickelt und als wichtiger Aspekt der Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenversorgung und Prädiktor für die Patientensicherheit – da eventuell Spätkomplikationen vermieden werden können – gewürdigt (AQUA 2012). Die Bundesfachgruppe hat in ihrer Sitzung am 21./22. September 2016 konsentiert, für den Qualitätsindikator eine Population ab 65 Jahre zu betrachten.

Mit einer systematischen Recherche nach evidenzbasierten Leitlinien und systematischen Reviews hat das IQTIG den Hintergrund dieses Qualitätsindikators zum Erfassungsjahr 2016 aktualisiert (plus Addendum 2019). Details zur Literaturrecherche werden im Recherchebericht dargestellt (IQTIG 2019), welcher unter verfahrensupport (at) iqtig.org angefordert werden kann.

Da der Indikator explizit für die klinische, operative Hüftgelenksversorgung verwendet wird, fokussierte auch die Recherche in ihrer Fragestellung auf die Bedeutung einer multimodalen Sturzprophylaxe bei Patientinnen und Patienten nach einer Hüftgelenksoperation (im Vergleich zu nur einer bzw. keiner Sturzprophylaxemaßnahme). Ausgehend von den inhaltlichen und methodischen Einschlusskriterien konnten insgesamt drei Leitlinien und ein systematisches Review identifiziert werden, in denen Empfehlungen bzw. Beurteilungen bzgl. dieser Fragestellung ausgesprochen wurden. In der Gesamtheit weisen zwei der drei Leitlinien eine hohe methodische Qualität (AAOS 2014, Schoberer et al. 2012) und eine Leitlinie (Bonnaire et al. 2015) eine sehr geringe methodische Qualität auf. Der systematische Review wurde ebenfalls als methodisch qualitativ hoch bewertet (Smith et al. 2015). Zusammenfassend ist die Qualität der Evidenz bzgl. dieser Fragestellung daher als mäßig anzusehen. In der qualitativ bestbewerteten Leitlinie (Medizinische Universität Graz/Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz 2018) wurde aufgrund des signifikanten Effekts bei der Sturzreduktion, eine starke Empfehlung passend zum Qualitätsziel des QI ausgesprochen, trotz niedrigem Vertrauen in die Gesamtheit der Evidenz.

Die österreichische evidenz- und konsensbasierte Leitlinie „Sturzprophylaxe für ältere Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen“ (Medizinische Universität Graz/Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz 2018) empfiehlt, multifaktorielle Maßnahmen basierend auf den individuellen Risikofaktoren zu planen. Aufgenommen als Expertentipp „sollte jede Patientin und jeder Patient bei der Aufnahme in ein Krankenhaus hinsichtlich Sturzrisikofaktoren beobachtet und befragt und demnach als sturzgefährdet behandelt werden. Eine ausführliche Anamnese kann eine Grundlage zur Ermittlung von Risikofaktoren sein, wobei Patientinnen und Patienten mit einer positiven Sturzanamnese (mindestens 1 Sturz im vergangenen halben Jahr) ein besonders hohes Sturzrisiko haben. Als weiterer Expertentipp wird erwähnt, dass „während des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Sturzrisiko auf Risikofaktoren hin zu beobachten und in regelmäßigen Abständen neu einzuschätzen sind“.

Die amerikanische AAOS Leitlinie „Management of Hip Fractures in the Elderly“ zur Versorgung von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahre mit einer hüftgelenknahe Femurfraktur empfiehlt bei Patientinnen und Patienten

ten mit leichten bis mittleren demenziellen Einschränkungen den Einsatz eines interdisziplinären Versorgungsprogramms inklusive Rehabilitationsansätze („care program“), um die funktionellen Einschränkungen zu verbessern. Diese Empfehlung wird mit starker Evidenz belegt und mit starkem Empfehlungsgrad ausgewiesen. Als Hauptbestandteile der untersuchten Studien werden unter anderem ein geriatrisches Assessment, Rehabilitationsprogramme, Entlassungsmanagement, Sicherung der ambulanten Versorgung und die Behandlung der Sturzgefahr im Sinne des Patientenrisikos benannt. Des Weiteren wird die postoperative Gabe von Calcium und/oder Vitamin D mit moderater Evidenz empfohlen, um die Gefahr von Stürzen und Sturzfolgen zu minimieren (AAOS 2014).

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.

Der Cochrane Review „Enhanced Rehabilitation and Care Models for Adults with Dementia Following Hip Fracture Surgery“ untersucht das Auftreten von Sterbefällen, Sturzereignissen und Wiederaufnahmen und vergleicht die Auftrittswahrscheinlichkeiten bei einem interdisziplinären Versorgungs- und Rehabilitationsprogramm gegenüber einer konventionellen rehabilitativen Versorgung. Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten ab 65 Jahre, die an Demenz leiden und aufgrund einer hüftgelenknahe Femurfraktur operativ versorgt wurden. Im Ergebnis konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Interventionsansätzen festgestellt werden. Lediglich die Häufigkeit eines wiederkehrenden Sturzes war bei einer geringen Qualität der Evidenz (eine Studie) in der ‚Enhanced Interdisciplinary Rehabilitation Care Model‘-Gruppe gegenüber der ‚Conventional Rehabilitation and Care Model‘-Gruppe geringer (Smith et al. 2015).

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.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
37:B	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	K	0 = nein 1 = ja	ERFASSGSTURZRISIKO
38:B	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	K	0 = nein 1 = ja	PRAEVMASSNAHMEN
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54050
Bezeichnung	Sturzprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2019	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	In Anlehnung an das dänische Indikatorenprojekt (DrHoftebrud 2017) und den Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2012) wird der Referenzbereich für 2018 auf ≥ 85 % und ab 2019 auf ≥ 90 % gesetzt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	17/1:B
Zähler (Formel)	ERFASSGSTURZRISIKO %==% 1 & PRAEVMASNAHMEN %==% 1
Nenner (Formel)	alter %>=% 65 & !(ERFASSGSTURZRISIKO %==% 1 & PRAEVMASNAHMEN %==% 0 & ENTLGRUND %==% "07")
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

Literatur

- AAOS [American Academy of Orthopaedic Surgeons] (2014): Management of Hip Fractures in the Elderly. Evidence-based Clinical Practice Guideline [Full Guideline]. [Stand:] 05.09.2014. Rosemont, US-IL: AAOS. URL: http://www.aaos.org/research/guidelines/HipFxGuideline_rev.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2012): Hüftendoprothesenversorgung [Abschlussbericht]. Stand: 16.03.2012. Göttingen: AQUA. Signatur: 1-SQG-002. URL: https://sqg.de/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Endoprothetik/Abschlussbericht_Hueftendoprothesenversorgung.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Bonnaire, F; Weber, A; Stürmer, KM; Dresing, K; Frosch, K-H; Kuderna, H; et al. (2015): AWMF-Registernummer 012-001. S2e-Leitlinie: Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen [Langfassung]. Letztes Bearbeitungsdatum: 09.10.2015. Berlin [u. a.]: DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001I_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-00-015082-1.
- DrHoftebrud [Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud] (2017): Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud. National årsrapport 2017. 1. december 2015 – 30. november 2016. Version 3. [Stand:] 15.05.2017. Kopenhagen, DK: Danske Regioner. URL: https://www.sundhed.dk/content/cms/62/4662_hofte-fraktur-%C3%A5rsrapport_2017.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Gillespie, LD; Gillespie, WJ; Robertson, MC; Lamb, SE; Cumming, RG; Rowe, BH (2003): Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database of Systematic Reviews (4). Art. No.: CD000340. DOI: 10.1002/14651858.CD000340.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Aktualisierung des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004). Recherchebericht zur wissenschaftlichen Evidenz. Recherchebericht vom 28. Februar 2017. Inklusiv Addendum vom 13.02.2019. [Stand:] 13.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: verfahrensupport@iqtig.org.
- Medizinische Universität Graz; Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz (2018): Evidenzbasierte Leitlinie. Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen [Langversion]. 3. aktualisierte und methodisch adaptierte Auflage. [Stand:] Mai 2019. Graz: Medizinische Universität Graz [u. a.].
- Schoberer, D; Finding, ET; Uhl, C; Schaffer, S; Semlitsch, B; Haas, W; et al. (2012): Sturzprophylaxe für ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. Evidence-based Leitlinie [Langversion]. 2., aktualisierte Auflage. Graz: Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz. URL: http://www.klinikum-graz.at/cms/dokumente/10316056_9299465/113ad535/Leitlinie%202012%20Endversion.pdf (abgerufen am: 02.08.2017).

Smith, TO; Hameed, YA; Cross, JL; Henderson, C; Sahota, O; Fox, C (2015): Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture surgery [Full PDF]. Cochrane Database of Systematic Reviews (6). Art. No.: CD010569. DOI: 10.1002/14651858.CD010569.pub2.

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel

Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Hintergrund

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).

Die Gehfähigkeit bei Entlassung stellt eine Grundvoraussetzung für die Wiederaufnahme eines selbst bestimmten Lebens nach dem stationären Aufenthalt dar. Die Gehfähigkeit lässt die Prognose zu, welche Funktionen nach dem Eingriff wiedererlangt werden können (Boonen et al. 2004). Postoperative Mobilität und Gehfähigkeit korrelieren zudem mit der postoperativen Letalität (Fox et al. 1998). Andress et al. (2005) stellten in einer prospektiven Untersuchung allerdings fest, dass Mobilität und Selbstständigkeit trotz operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur insgesamt erheblich abnahmen. Nur 50 bis 60 % der Patientinnen und Patienten erreichten nach dem Eingriff ihre Gehfähigkeit vor dem Trauma wieder.

Erste Priorität in der postoperativen Rehabilitation sollte in der Wiederherstellung der Gehfähigkeit und der Tätigkeiten des täglichen Lebens bestehen. Sie sollte postoperativ so früh wie möglich (innerhalb von 48 h postoperativ) trainiert werden. Gleichgewicht und Gang sind wesentliche Komponenten der Mobilität (Boonen et al. 2004). Art und Umfang geeigneter Schulungsprogramme sind in der Diskussion (van Balen et al. 2002, Sherrington et al. 2003, Tinetti et al. 1990). Ältere gebrechliche Patientinnen und Patienten profitieren von einem multidisziplinären Rehabilitationskonzept (Handoll et al. 2009, Cameron et al. 2000, Crotty et al. 2002, SIGN 2009).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
11:B	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	OSTEOSYN
12:B	vorbestehende Coxarthrose	M	0 = nein 1 = ja	COXARTHROSE
17:B	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	K	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU
20:B	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	M	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKE
21:B	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	M	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEN
22:B	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	M	0 = nein, liegt nicht vor 1 = ja, Pflegegrad 1 2 = ja, Pflegegrad 2 3 = ja, Pflegegrad 3 4 = ja, Pflegegrad 4 5 = ja, Pflegegrad 5 9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	PFLEGEGRAD
23:B	Einstufung nach ASA-Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	ASA

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	
39:B	Gehstrecke bei Entlassung	K	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKEENTL
40:B	Gehhilfen bei Entlassung	K	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEENTL
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54033
Bezeichnung	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)
Referenzbereich 2020	≤ 2,16 (95. Perzentil)
Referenzbereich 2019	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das IQTIG und die Bundesfachgruppe empfehlen, dass Patientinnen und Patienten für die dem Krankenhaus keine Informationen zum Pflegegrad vorliegen, durch die Risikoadjustierung normativ so behandelt werden sollen wie Patientinnen und 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. Diese Regelung wird in der Rechenregel fn_M17N1Score_54033 implementiert. Patientinnen und Patienten, bei denen keine Information zum Pflegegrad bekannt ist, werden in der Risikoadjustierung somit die gleichen Wahrscheinlichkeitswerte wie Patientinnen und Patienten ohne Pflegegrad zugeschrieben.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden</p> <p>O (observed)</p> <p>Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</p> <p>E (expected)</p> <p>Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033</p>
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	17/1:B
Zähler (Formel)	O_54033
Nenner (Formel)	E_54033

Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54033
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54033
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	GEHHILFEENTL %in% c(3,4) GEHSTRECKEENTL %in% c(4,5)
	Nenner	alter %>=% 18 & GEHHILFEN %in% c(0,1,2) & GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) & ENTLGRUND %!=% "07"
	Darstellung	-
	Grafik	-
		E (expected)
Art des Wertes		Kalkulatorische Kennzahl
ID		E_54033
Bezug zu QS-Ergebnissen		54033
Bezug zum Verfahren		DeQS
Sortierung		-
Rechenregel		Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
Operator		Mittelwert
Teildatensatzbezug		17/1:B
Zähler		fn_M17N1Score_54033
Nenner		alter %>=% 18 & GEHHILFEN %in% c(0,1,2) & GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) & ENTLGRUND %!=% "07"
Darstellung		-
Grafik		-
Verwendete Funktionen		fn_M17N1Score_54033
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 5,750 % (Odds: 0,061)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-2,796745533713061	0,050	-56,148	-	-
Geschlecht - männlich	0,087636313278508	0,030	2,922	1,092	1,029 - 1,158
Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82	0,060959205632031	0,004	13,749	1,063	1,054 - 1,072
Alter unter 78 Jahre	-0,128388872392619	0,062	-2,082	0,880	0,779 - 0,992
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich	0,348494564483412	0,054	6,461	1,417	1,275 - 1,575
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m)	1,298309077041909	0,062	20,895	3,663	3,243 - 4,138
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Unterarmgehstützen/Gehstock	0,184837308710711	0,135	1,368	1,203	0,923 - 1,568
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Rollator/Gehbock	0,284095280116908	0,117	2,436	1,329	1,057 - 1,670
ASA-Klassifikation 3	0,406741820246645	0,035	11,533	1,502	1,402 - 1,609
ASA-Klassifikation 4 oder 5	0,716579113436398	0,059	12,075	2,047	1,823 - 2,300
Pflegegrad 1	0,154582093255501	0,070	2,194	1,167	1,017 - 1,340
Pflegegrad 2	0,392824431886177	0,040	9,874	1,481	1,370 - 1,601
Pflegegrad 3	0,694324507485907	0,041	16,894	2,002	1,847 - 2,170
Pflegegrad 4	0,974265347602479	0,056	17,444	2,649	2,375 - 2,956
Pflegegrad 5	1,118222209944884	0,144	7,740	3,059	2,305 - 4,061
Mediale Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben	-0,391924802552725	0,064	-6,122	0,676	0,596 - 0,766
vorbestehende Koxarthrose	0,135726361417563	0,027	5,015	1,145	1,086 - 1,208
vorausgegangene Osteosynthese	-0,180947434925209	0,088	-2,048	0,834	0,702 - 0,992
Interaktion: Alter und Alter unter 78 Jahren - Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 wenn Alter unter 78 Jahren	-0,028180059616840	0,005	-5,859	0,972	0,963 - 0,981
Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehen am Stück bis 500m	-0,413439188199732	0,149	-2,768	0,661	0,494 - 0,886

Referenzwahrscheinlichkeit: 5,750 % (Odds: 0,061)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
möglich mit Unterarmgehstützen/Gehstock					
Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehstrecke 50m mit Unterarmgehstützen/Gehstock	-0,571728910556496	0,150	-3,802	0,565	0,420 - 0,758
Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehen am Stück bis 500m möglich mit Rollator/Gehbock	-0,183206564485977	0,127	-1,437	0,833	0,649 - 1,069
Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehstrecke 50m mit Rollator/Gehbock	-0,384153552026334	0,127	-3,025	0,681	0,531 - 0,873
Interaktion: Alter und Gehstrecke - Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 wenn Gehen am Stück bis 500m möglich	-0,031795538698681	0,004	-7,848	0,969	0,961 - 0,976
Interaktion: Alter und Gehstrecke - Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 wenn Gehstrecke 50m	-0,037734943531815	0,004	-9,724	0,963	0,956 - 0,970

Literatur

- Andress, H-J; Grubwinkler, M; Forkl, H; Schinkel, C; Lob, G (2005): Veränderung der Lebenssituation des alten Patienten nach koxaler Femurfraktur. Zentralblatt für Chirurgie 130(2): 142-147. DOI: 10.1055/s-2005-836369.
- Boonen, S; Autier, P; Barette, M; Vanderschueren, D; Lips, P; Haentjens, P (2004): Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study. Osteoporosis International 15(2): 87-94. DOI: 10.1007/s00198-003-1515-z.
- Cameron, I; Crotty, M; Currie, C; Finnegan, T; Gillespie, L; Gillespie, W; et al. (2000): Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technol Assess 4(2). DOI: 10.3310/hta4020.
- Crotty, M; Whitehead, CH; Gray, S; Finucane, PM (2002): Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 16(4): 406-413. DOI: 10.1191/0269215502cr518oa.
- Fox, KM; Hawkes, WG; Hebel, JR; Felsenthal, G; Clark, M; Zimmerman, SI; et al. (1998): Mobility After Hip Fracture Predicts Health Outcomes. Journal of the American Geriatrics Society 46(2): 169-173. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb02534.x.
- Handoll, HHG; Cameron, ID; Mak, JCS; Finnegan, TP (2009): Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures [Full PDF]. Cochrane Database of Systematic Reviews (4). Art. No.: CD007125. DOI: 10.1002/14651858.CD007125.pub2.
- Sherrington, C; Lord, SR; Herbert, RD (2003): A randomised trial of weight-bearing versus non-weight-bearing exercise for improving physical ability in inpatients after hip fracture. Journal of Physiotherapy 49(1): 15-22. DOI: 10.1016/S0004-9514(14)60184-7.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2009): SIGN National Clinical Guideline 111. Management of hip fracture in older people [Full Guideline]. [Stand:] June 2009. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-47-6. URL: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign111.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).
- Specht-Leible, N; Schultz, U; Kraus, B; Meeder, PJ; Quentmeier, A; Ewerbeck, V; et al. (2003): Case-Management und funktionelle Ergebnisse nach proximaler Femurfraktur im höheren Lebensalter. Unfallchirurg 106(3): 207-214. DOI: 10.1007/s00113-002-0545-x.
- Tinetti, ME; Baker, DL; Gottschalk, M; Williams, CS; Pollack, D; Garrett, P; et al. (1990): Home-Based Multicomponent Rehabilitation Program for Older Persons After Hip Fracture: A Randomized trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 80(8): 916-922. DOI: 10.1016/S0003-9993(99)90083-7.
- van Balen, R; Steyerberg, EW; Cools, HJ; Polder, JJ; Habbema, JD (2002): Early discharge of hip fracture patients from hospital: transfer of costs from hospital to nursing home. Acta Orthopaedica Scandinavica 73(5): 491-495. DOI: 10.1080/000164702321022749.

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel

Selten spezifische Komplikationen

Hintergrund

Bei der osteosynthetischen Versorgung von hüftgelenknahen 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.

Blutungskomplikationen nach Versorgung von Schenkelhalsfrakturen bedeuten u. U. für die Patientin oder den Patienten vermehrte Schmerzen durch Schwellung, erhöhte Infektionsgefahr und ggf. der Notwendigkeit eines Revisionseingriffs. In dem vorliegenden Qualitätsindikator werden diejenigen Blutungskomplikationen berücksichtigt, die zu operativen Revisionseingriffen führen. In der aktualisierten Leitlinie des Scottish Intercollegiate Network (SIGN) wird darauf hingewiesen, dass alle Formen der pharmakologischen Prophylaxe zur Antikoagulation mit einem erhöhten Risiko für Nachblutungen - besonders für Wundhämatome – einhergehen (SIGN 2014). Es wird jedoch ein Vergleich der veröffentlichten Evidenz zur Nachblutung als schwierig interpretiert, da keine einheitliche Definition der Schwere der Blutung existiert. Das SIGN verweist auf eine Metaanalyse von Muntz et al. (2004) zum Blutungsrisiko bei großen orthopädisch chirurgischen Eingriffen (Hüft-, Knieendoprothese oder chirurgische Versorgung einer Hüftfraktur). Es wurden die Risiken für eine Nachblutung bei der Gabe von Warfarin, unfraktioniertem Heparin und Pentasaccharide gegenüber der Gabe von niedermolekularem Heparin untersucht. Es lag eine signifikante Reduktion des Risikos bei Warfarin (RR=Relatives Risiko 0,59), ein höheres Risiko bei unfraktioniertem Heparin (RR 1,52) und ein höheres Risiko bei Pentasaccharide (Fondaparinux) (RR 1,52) gegenüber dem niedermolekularen Heparin vor.

Gefäßläsionen als Komplikation der operativen Versorgung von Schenkelhalsfrakturen sind seltene Ereignisse, die jedoch eine erhebliche Beeinträchtigung der Patientin oder des Patienten, z. B. durch Gefäßrekonstruktionsoperationen und ggf. dauerhafte antikoagulative Therapie, nach sich ziehen können. In der Literatur werden diese Ereignisse in der Regel als Fallberichte publiziert. 122 dieser Fallberichte wurden innerhalb eines Reviews von Lazarides et al. (1991) analysiert. Bei 27 (21 %) dieser Fälle traten Gefäßverletzungen im Rahmen der Versorgung von hüftgelenknahen Frakturen und bei sechs anderen Hüftoperationen auf.

Nervenschäden als intra- oder postoperative Komplikation können für die Patientin oder den Patienten eine erhebliche Beeinträchtigung mit Minderung oder Verlust von Kraft oder Kontrolle der betroffenen Extremität bedeuten. Sie sind dem Unfallmechanismus selbst oder dem operativen Eingriff anzulasten. Es werden komplette und inkomplette Nervenschäden unterschieden. Unmittelbar können N. femoralis und N. ischiadicus betroffen sein. Auch N. peroneus- und N. pudendus-Schäden werden als „case reports“ im Zusammenhang mit prä- und intraoperativer Extensionsbehandlung berichtet (Vermeiren et al. 1995, Lyon et al. 1993).

Eine Implantatfehlage oder -dislokation als intra- oder postoperative Komplikation bedeutet für die Patientin oder den Patienten eine erhebliche Beeinträchtigung. Häufig wird ein Revisionseingriff notwendig. Bei primär osteosynthetischer Versorgung wird häufig ein Verfahrenswechsel zur Endoprothese vorgenommen. Revisions-eingriffe verlängern den stationären Aufenthalt und erhöhen die Letalität (Lu-Yao et al. 1994, Palmer et al.

2000, Keating et al. 1993). In der internationalen Literatur liegen Daten zu Implantatversagen oder Fehlimplantation (Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch) – nur auf den Zeitraum des stationären Aufenthaltes bezogen – nicht vor. Evaluationsstudien liegen in unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiträumen von drei bis vier Monaten (Rödén et al. 2003) bis zu zwei Jahren vor.

Eine anatomiegerechte Reposition und stabile Fixation von dislozierten Schenkelhalsfrakturen ist die Voraussetzung für die Knochenheilung (Garden 1974). Die Implantatdislokation beschreibt eine Änderung der Lage von primär „regelrecht implantierten“ Osteosynthesematerialien innerhalb der Knochensubstanz. Probleme mit der Vergleichbarkeit und Trennschärfe der Terminologie sind für das Problem Frakturdislokation/Repositionsverlust/Pseudarthrosenbildung nach Osteosynthese von Schenkelhalsfrakturen aus der Literatur bekannt: „early displacement“, „re-displacement“, „early dislocation of the fracture“ und „pseudo-arthritis“ werden im Cochrane Review synonym für „non-union“ gebraucht. Die „non-union“-Rate für osteosynthetische Versorgung liegt in einer Metaanalyse bei 225/786 (28,6 %) Patientinnen und Patienten aus elf gepoolten Studien (Masson et al. 2003). Parker und Blundell (1998) gebrauchen die Termini „fracture displacement“ und „failure of the fracture to unite“ synonym für „non-union“. Lu-Yao et al. (1994) beschreiben in ihrer Metaanalyse Raten von 9 bis 27 % (Median 16 %) für „loss of fixation or reduction after internal fixation“ als Frühkomplikation bzw. Frühversagen der osteosynthetischen Versorgung von Schenkelhalsfrakturen. Ein exakter Zeitrahmen wird nicht benannt.

Der Terminus „Fraktur“ als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation beschreibt ein klar definiertes Ereignis. Eine innerhalb der Frakturversorgung zusätzlich aufgetretene Fraktur bedeutet für die Patientin oder den Patienten u. U. eine erhebliche Beeinträchtigung durch Verlängerung der Operationszeit des Primäreingriffs (bei intraoperativer Fraktur) und dadurch entstehende Risikoerhöhung für Blutverlust und Wundinfektion. Gegebenenfalls wird ein Revisionseingriff mit Verfahrenswechsel (von primär osteosynthetischer Versorgung zur Endprothese) notwendig. Revisionseingriffe verlängern den stationären Aufenthalt und erhöhen die Sterblichkeit (Palmer et al. 2000). Palmer et al. haben bei sieben von 780 mit kanülierten Schrauben behandelten Patientinnen und Patienten Frakturen unterhalb der Schrauben festgestellt. Zwei von 1.300 Patientinnen und Patienten mit Gleitschraubenversorgung wiesen eine Fraktur unterhalb der Schenkelhalschraube auf. Die Nachuntersuchung erfolgte hier zwei Monate postoperativ sowie fakultativ bis ein Jahr postoperativ (Palmer et al. 2000). Perimplantat-Frakturen sind selten. Masson et al. (2003) haben aus gepoolten Daten aus drei randomisierten kontrollierten Studien eine Inzidenz neu aufgetretenen Frakturen bei osteosynthetischer Versorgung von 0,2 % (1/490 Patientinnen und Patienten) errechnet.

Infektionen sind gefürchtete Komplikationen nach operativer Versorgung von hüftgelenknahe Femurfrakturen und gehen mit einer erhöhten postoperativen Sterblichkeit einher (Poulsen et al. 1995). Die Implantation von Fremdmaterial erhöht das Risiko einer Wundinfektion, u. a. weil Bakterien – v. a. Staphylokokken – eine hohe Affinität zu Kunststoffoberflächen haben (SIGN 2014). Postoperative Wundinfektionen können, z. B. durch erforderliche Reoperation einschließlich Prothesenentfernung bzw. längere Krankenhausaufenthalte mit antibiotischer Therapie, erhebliche Kosten verursachen. Faktoren, welche postoperative Infektionen begünstigen, sind z. B. lange Operationsdauer, hohes Alter der Patientin oder des Patienten und präoperative Infekte. Diesem Umstand wird bei Berechnung von Wundinfektionsraten gemäß CDC (Centers for Disease Control) Rechnung getragen, indem man die Patientinnen und Patienten in Risikoklassen einteilt (Culver et al. 1991).

Ein Vergleich von Infektionsraten der Literatur ist schwierig, da unterschiedliche Beobachtungszeiträume, aber auch unterschiedliche Klassifizierungen der Infektionen verwendet wurden (Lu-Yao et al. 1994, Luthje et al. 2000, Smektala et al. 2000, Edwards et al. 2008). Der Cochrane Review von Masson et al. (2003) sieht anhand gepoolter Daten aus zehn Studien für die oberflächlichen Wundinfektionen keine Unterschiede des relativen

Risikos bezüglich der Operationsverfahren Endoprothese vs. Osteosynthese. Das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ 2015) berichtet für den Zeitraum 2010 bis 2014 bei Osteosynthesen von einer Wundinfektionsrate bei stationären Patientinnen und Patienten zwischen 0,87 % bzw. 1,16 % (geschlossene vs. offene Reposition).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31.1:B	primäre Implantatfehl- lage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
31.2:B	sekundäre Implantat- dislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
31.3:B	OP- oder interventi- onsbedürftige/-s Nach- blutung/Wundhäma- tom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
31.4:B	OP- oder interventi- onsbedürftige Gefäßlä- sion	K	1 = ja	GEFAESSLAESION
31.5:B	bei Entlassung persis- tierender motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENSCHADEN
31.6:B	Fraktur	K	1 = ja	FRAKTUR
31.7:B	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDEHISZE
31.8:B	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
33:B	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächli- che Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wund- infektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsge- biet	POSTOPCDC
EF*	Patientenalter am Auf- nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54029
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 5,44 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2019	≤ 6,06 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
Teildatensatzbezug	17/1:B
Zähler (Formel)	$\text{IMPLANTATFEHLLAGE} \% == \% 1 \mid$ $\text{IMPLANTATDSLOKATION} \% == \% 1 \mid$ $\text{GEFAESSLAESION} \% == \% 1 \mid$ $\text{NERVENSCHADEN} \% == \% 1 \mid$ $\text{FRAKTUR} \% == \% 1 \mid$ $\text{HAEMATBLUTUN} \% == \% 1 \mid$ $\text{POSTOPCDC} \% \text{in} \% c(2,3) \mid$ $\text{WUNDDEHISZE} \% == \% 1 \mid$ $\text{NEKROSEWUND} \% == \% 1$
Nenner (Formel)	$\text{alter} \% > = \% 18$
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

Literatur

- Culver, DH; Horan, TC; Gaynes, RP; Martone, WJ; Jarvis, WR; Emori, TG; et al. (1991): Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. *American Journal of Medicine* 91(Suppl. 3B): 152S-157S. DOI: 10.1016/0002-9343(91)90361-Z.
- Edwards, C; Counsell, A; Boulton, C; Moran, CG (2008): Early infection after hip fracture surgery. Risk Factors, Costs and Outcomes. *JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: British Volume* 90-B(6): 770-777. DOI: 10.1302/0301-620x.90b6.20194.
- Garden, RS (1974): Reduction and Fixation of Subcapital Fractures of the Femur. *Orthopedic Clinics of North America* 5(4): 683-712.
- Keating, JF; Robinson, CM; Court-Brown, CM; McQueen, MM; Christie, J (1993): The effect of complications after hip fracture on rehabilitation. *JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: British Volume* 75-B(6): 976. URL: <http://bjj.boneandjoint.org.uk/content/jbjsbr/75-B/6/976.full.pdf> (abgerufen am: 21.08.2017).
- Lazarides, MK; Arvanitis, DP; Dayantas, JN (1991): Iatrogenic arterial trauma associated with hip joint surgery: An overview. *European Journal of Vascular Surgery* 5(5): 549-556. DOI: 10.1016/S0950-821X(05)80343-3.
- Lu-Yao, GL; Keller, RB; Littenberg, B; Wennberg, JE (1994): Outcomes after displaced fractures of the femoral neck. A meta-analysis of one hundred and six published reports. *JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: American Volume* 76-A(1): 15-25.
- Luthje, P; Nurmi, I; Aho, H; Honkanen, P; Jokipii, P; Kataja, M; et al. (2000): Single-Dose Antibiotic Prophylaxis in Osteosynthesis for Hip Fractures. A clinical multicentre study in Finland. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae* 89(2): 125-130.
- Lyon, T; Koval, KJ; Kummer, F; Zuckerman, JD (1993): Pudendal Nerve Palsy Induced by Fracture Table. *Orthopaedic Review* 22(5): 521-525.
- Masson, M; Parker, MJ; Schoelzel, S (2003): Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No.: CD001708. DOI: 10.1002/14651858.CD001708.
- Muntz, J; Scott, DA; Lloyd, A; Egger, M (2004): Major bleeding rates after prophylaxis against venous thromboembolism: Systematic review, meta-analysis, and cost implications. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20(4): 405-414. DOI: 10.1017/S026646230400128X.
- NRZ [Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen] (2015): KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Referenzdaten. Berechnungszeitraum: Januar 2010 bis Dezember 2014. Erstellungsdatum: 06.05.2015. Berlin: NRZ. URL: http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/op/Referenzdaten_2010-2014 (abgerufen am: 21.08.2017).

Palmer, SJ; Parker, MJ; Hollingworth, W (2000): The cost and implications of reoperation after surgery for fracture of the hip. JB&JS – Journal of Bone & Joint Surgery: British Volume 82-B(6): 864-866. URL: <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/pdf/10.1302/0301-620X.82B6.0820864> (abgerufen am: 22.01.2019).

Parker, MJ; Blundell, C (1998): Choice of implant for internal fixation of femoral neck fractures: Meta-analysis of 25 randomised trials including 4,925 patients. Acta Orthopaedica Scandinavica 69(2): 138-143. DOI: 10.3109/17453679809117614.

Poulsen, KB; Wachmann, CH; Bremmelgaard, A; Sørensen, AI; Raahave, D; Petersen, JV (1995): Survival of patients with surgical wound infection: A case-control study of common surgical interventions. BJS – British Journal of Surgery 82(2): 208-209. DOI: 10.1002/bjs.1800820222.

Rödén, M; Schön, M; Fredin, H (2003): Treatment of displaced femoral neck fractures: A randomized minimum 5-year follow-up study of screws and bipolar hemiprotheses in 100 patients. Acta Orthopaedica Scandinavica 74(1): 42-44. DOI: 10.1080/00016470310013635.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2014): SIGN National Clinical Guideline 104. Antibiotic prophylaxis in surgery [Full Guideline]. Updated: April 2014. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-34-6. URL: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign104.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).

Smektala, R; Wenning, M; Luka, M; Ekkernkamp, A (2000): Bilanz der Tracerdiagnose "Oberschenkelhalsfraktur". Ein Bericht über 5 Jahre externe Qualitätssicherung. Zentralblatt für Chirurgie 125(Suppl. 2): 211-217.

Vermeiren, J; Brabants, K; Van Hoye, M (1995): Paralysis of the peroneal nerve following hip fracture treatment. Acta Orthopædica Belgica 61(2): 122-125. URL: <http://www.actaorthopaedica.be/acta/download/1995-2/7597887.pdf> (abgerufen am: 21.08.2017).

54040: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel

Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Hintergrund

Blutungskomplikationen nach Versorgung von Schenkelhalsfrakturen bedeuten u. U. für die Patientin oder den Patienten vermehrte Schmerzen durch Schwellung, erhöhte Infektionsgefahr und ggf. der Notwendigkeit eines Revisionseingriffs. In dem vorliegenden Qualitätsindikator werden diejenigen Blutungskomplikationen berücksichtigt, die zu operativen Revisionseingriffen führen. In der aktualisierten Leitlinie des Scottish Intercollegiate Network (SIGN) wird darauf hingewiesen, dass alle Formen der pharmakologischen Prophylaxe zur Antikoagulation mit einem erhöhten Risiko für Nachblutungen - besonders für Wundhämatome – einhergehen (SIGN 2014). Es wird jedoch ein Vergleich der veröffentlichten Evidenz zur Nachblutung als schwierig interpretiert, da keine einheitliche Definition der Schwere der Blutung existiert. Das SIGN verweist auf eine Metaanalyse von Muntz et al. (2004) zum Blutungsrisiko bei großen orthopädisch chirurgischen Eingriffen (Hüft-, Knieendoprothese oder chirurgische Versorgung einer Hüftfraktur). Es wurden die Risiken für eine Nachblutung bei der Gabe von Warfarin, unfraktioniertem Heparin und Pentasaccharide gegenüber der Gabe von niedermolekularem Heparin untersucht. Es lag eine signifikante Reduktion des Risikos bei Warfarin (RR=Relatives Risiko 0,59), ein höheres Risiko bei unfraktioniertem Heparin (RR 1,52) und ein höheres Risiko bei Pentasaccharide (Fondaparinux) (RR 1,52) gegenüber dem niedermolekularen Heparin vor.

Die Definition einer „Blutungskomplikation“ erfolgt in verschiedenen Untersuchungen nicht einheitlich. Sie ist international am ehesten vergleichbar mit „major bleeding“ [1] und in dieser Definitionsanwendung reliabel (Graafsma et al. 1997). Zu Blutungskomplikationen als operationstechnischem oder verfahrenstechnischem Problem wird quantitativ weder in Cochrane Reviews noch in Leitlinien Stellung genommen.

In einer Metaanalyse von vier Studien (Turpie et al. 2002) wurden 63 von 3.621 (1,7 %) major bleedings unter Enoxaparin gesehen, von denen acht revidiert wurden. Eine niederländische Metaanalyse (Strebel et al. 2002) untersuchte den Einfluss des Zeitpunktes der Gabe eines niedermolekularen Heparins auf Thrombose und Blutungsraten. Von 1.926 Patientinnen und Patienten mit präoperativer Prophylaxe hatten 1,4 % eine Blutungskomplikation. Bei 925 Patientinnen und Patienten mit einem perioperativen (weniger als 12 h prä- oder postoperativ) Prophylaxeregime lag die Rate an Blutungskomplikationen bei 6,3 %, bei postoperativer Gabe (694 Patientinnen und Patienten) bei 2,5 %.

[1] major bleeding (defined as intracranial or retroperitoneal bleeding) or overt bleeding (defined as visible or symptomatic bleeding) with a decrease of hemoglobin concentration by more than 2 g/dL (20 g/L) or the requirement for transfusion of two or more units of erythrocytes

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	vorbestehende Ko- xarthrose	M	0 = nein 1 = ja	COXARTHROSE
16:B	Frakturlokalisation	M	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	FRAKTURLOKAL
19.1:B	Vitamin-K-Antagonis- ten	K	1 = ja	ARTMEDVITKANT
19.2:B	Thrombozytenaggrega- tionshemmer	K	1 = ja	ARTMEDTHROMBAGGHEMM
19.3:B	DOAK/NOAK	K	1 = ja	ARTMEDDOAKNOAK
22:B	Liegt bei dem Patien- ten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	M	0 = nein, liegt nicht vor 1 = ja, Pflegegrad 1 2 = ja, Pflegegrad 2 3 = ja, Pflegegrad 3 4 = ja, Pflegegrad 4 5 = ja, Pflegegrad 5 9 = Information ist dem Kranken- haus nicht bekannt	PFLEGEGRAD
23:B	Einstufung nach ASA- Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeiner- krankung 3 = Patient mit schwerer Allgemei- nerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemei- nerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	ASA
24:B	Wundkontaminations- klassifikation	M	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	PRAEOPCDC
31.3:B	OP- oder interventi- onsbedürftige/-s Nach- blutung/Wundhäma- tom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
EF*	Patientenalter am Auf- nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54040	
Bezeichnung	Wundhämatome/Nachblutungen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)	
Referenzbereich 2020	Nicht definiert	
Referenzbereich 2019	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet	
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	Im Erfassungsjahr 2019 und ab dem Erfassungsjahr 2021 ist dieser Qualitätsindikator gestrichen, da er in den Qualitätsindikator 54029 integriert wurde.	
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Auf Grund der niedrigen Prävalenz interventionsbedürftiger Nachblutungen/Wundhämatome wurden als Datengrundlage für die Berechnung des Regressionsmodelles zum Qualitätsindikator 54040 die QS-Daten aller osteosynthetisch versorgten Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahe Femurfraktur aus den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 verwendet. Werden mehrere Medikamente zur antithrombotischen Dauertherapie verwendet, so geht in QI 54040 nur das Medikament mit dem höchsten Risiko gemäß log. Regression in die Risikoadjustierung ein.	
Rechenregeln	<p>Zähler Patientinnen und Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom</p> <p>Nenner Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54040</p>	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	17/1:B	
Zähler (Formel)	O_54040	
Nenner (Formel)	E_54040	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54040
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54040

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	HAEMATBLUTUN %==% 1
	Nenner	alter %>=% 18
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54040
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54040
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54040
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	fn_M17N1Score_54040
	Nenner	alter %>=% 18
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_M17N1Score_54040	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,195 % (Odds: 0,002)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-6,240405665249757	0,385	-16,220	-	-
ASA-Klassifikation 2	0,885733608035831	0,389	2,277	2,425	1,131 - 5,198
ASA-Klassifikation 3	1,244661710932583	0,386	3,228	3,472	1,631 - 7,392
ASA-Klassifikation 4 oder 5	1,472457633102361	0,398	3,700	4,360	1,999 - 9,512
Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC 3	1,714013083321594	0,515	3,326	5,551	2,022 - 15,242
Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC 4	0,984310524871962	0,587	1,676	2,676	0,846 - 8,461
Frakturlokalisierung - medial	-0,505993694645454	0,148	-3,422	0,603	0,451 - 0,806
Frakturlokalisierung - lateral	-0,779868093572069	0,304	-2,562	0,458	0,252 - 0,833
Frakturlokalisierung - sonstige	0,477170193213678	0,143	3,329	1,612	1,217 - 2,134
Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK	0,698108113750741	0,087	7,980	2,010	1,693 - 2,386
Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten	0,747709817545728	0,115	6,528	2,112	1,687 - 2,644
Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer	0,177510857635112	0,086	2,067	1,194	1,009 - 1,413
vorbestehende Koxarthrose	0,128034675591386	0,069	1,863	1,137	0,993 - 1,300
Pflegegrad - 4 oder 5	-0,399409988676750	0,140	-2,857	0,671	0,510 - 0,882

Literatur

- Graafsma, YP; Prins, MH; Lensing, AW; de Haan, RJ; Huisman, MV; Buller, HR (1997): Bleeding Classification in Clinical Trials: Observer Variability and Clinical Relevance. *Thrombosis and Haemostasis* 78(4): 1189-1192.
- Muntz, J; Scott, DA; Lloyd, A; Egger, M (2004): Major bleeding rates after prophylaxis against venous thromboembolism: Systematic review, meta-analysis, and cost implications. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20(4): 405-414. DOI: 10.1017/S026646230400128X.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2014): SIGN National Clinical Guideline 122. Prevention and management of venous thromboembolism Updated: October 2014. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-68-1. URL: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign122.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).
- Strebel, N; Prins, M; Agnelli, G; Büller, HR (2002): Preoperative or Postoperative Start of Prophylaxis for Venous Thromboembolism With Low-Molecular-Weight Heparin in Elective Hip Surgery? *Archives of Internal Medicine* 162(13): 1451-1456. DOI: 10.1001/archinte.162.13.1451.
- Turpie, AG; Bauer, KA; Eriksson, BI; Lassen, MR (2002): Fondaparinux vs Enoxaparin for the Prevention of Venous Thromboembolism in Major Orthopedic Surgery: A Meta-analysis of 4 Randomized Double-blind Studies. *Archives of Internal Medicine* 162(16): 1833-1840. DOI: 10.1001/archinte.162.16.1833.

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
----------------------	----------------------------------

Hintergrund

Lungenembolien entstehen meist in Folge u. U. asymptomatischer tiefer Beinvenenthrombosen. Klinisch asymptomatische tiefe Beinvenenthrombosen werden häufig nur durch apparative Unterstützung wie beispielsweise Ultraschalluntersuchung, Phlebografie oder Fibrinogentest erkannt.

Symptomatische tiefe Beinvenenthrombosen bedürfen einer spezifischen Behandlung, die den Krankenhausaufenthalt verlängern kann. Spätfolge einer symptomatischen tiefen Beinvenenthrombose kann das sog. postthrombotische Syndrom sein, das Symptome von Schwellneigung bis zu chronischen Beinulzerationen aufweist und bei bis zu 30 % aller Patientinnen und Patienten mit symptomatischer tiefer Beinvenenthrombose auftritt. Rezidivthrombosen sind nicht selten (SIGN 2014). Das Risiko asymptomatischer und symptomatischer tiefer Beinvenenthrombosen und thromboembolischer Komplikationen ist nach Frakturen und/oder Operationen der Hüfte ohne Prophylaxemaßnahmen besonders hoch.

Ein Qualitätsziel im Rahmen der Behandlung der Hochrisikogruppe „Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahe Fraktur“ sollte es sein, die Rate an thromboembolischen Komplikationen durch geeignete medikamentöse und physikalische Maßnahmen so gering wie möglich zu halten. Die Wirksamkeit der medikamentösen Thromboseprophylaxe ist besonders für die Gabe von Heparinen (unfraktioniertes Heparin und niedermolekulares Heparin) gut belegt (SIGN 2014).

Eine schwedische Fallstudie sah bei 24,3 % von 225 über 65-jährigen Patientinnen und Patienten eine bis zu 48 Stunden andauernde postoperative Verwirrtheit (Dupplis und Wikblad 2000).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
11:B	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	OSTEOSYN
12:B	vorbestehende Koxarthrose	M	0 = nein 1 = ja	COXARTHROSE
16:B	Frakturlokalisierung	M	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	FRAKTURLOKAL
17:B	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	K	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU
19.1:B	Vitamin-K-Antagonisten	K	1 = ja	ARTMEDVITKANT
19.2:B	Thrombozytenaggregationshemmer	K	1 = ja	ARTMEDTHROMBAGGHEMM
19.3:B	DOAK/NOAK	K	1 = ja	ARTMEDDOAKNOAK
19.4:B	sonstige	K	1 = ja	ARTMEDSONST
20:B	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	M	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKE
23:B	Einstufung nach ASA-Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	ASA

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	
36.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
36.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
36.3:B	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
36.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
36.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
36.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	TIA
36.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
36.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54042	
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)	
Referenzbereich 2020	≤ 2,26 (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2019	≤ 2,15 (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-	
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln	<p>Zähler Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat</p> <p>Nenner Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042</p>	
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose - Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall - akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz 	
Teildatensatzbezug	17/1:B	
Zähler (Formel)	O_54042	
Nenner (Formel)	E_54042	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54042

	Bezug zu QS-Ergebnissen	54042
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	PNEUMONIE %==%1 KARDVASKKOMP %==% 1 THROMBOSEN%==% 1 LUNGEMBOLIE %==% 1 HARNWEGSINF %==% 1 TIA %==% 1 GASTROBLUTUNG %==% 1 NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1
	Nenner	alter %>=% 18
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54042
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54042
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	fn_M17N1Score_54042
	Nenner	alter %>=% 18
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_M17N1Score_54042	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 1,818 % (Odds: 0,019)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-3,989016252768878	0,193	-20,682	-	-
Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 83	0,024491755112847	0,002	13,916	1,025	1,021 - 1,028
Geschlecht - weiblich	-0,381159587453496	0,021	-17,811	0,683	0,655 - 0,712
ASA-Klassifikation 2	0,941719789975125	0,193	4,868	2,564	1,755 - 3,747
ASA-Klassifikation 3	1,581772256699946	0,193	8,216	4,864	3,335 - 7,093
ASA-Klassifikation 4	2,368641366643400	0,194	12,201	10,683	7,302 - 15,629
ASA-Klassifikation 5	2,945552402259145	0,280	10,505	19,021	10,979 - 32,954
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich	0,210922175741243	0,035	6,099	1,235	1,154 - 1,321
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m)	0,352715727252611	0,035	10,190	1,423	1,330 - 1,523
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil	0,522356277409946	0,038	13,910	1,686	1,566 - 1,815
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil	0,469131034755913	0,048	9,866	1,599	1,456 - 1,755
Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten	0,435906956143126	0,039	11,311	1,546	1,434 - 1,668
Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer	0,144385481840452	0,025	5,809	1,155	1,100 - 1,213
Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK	0,352903403169915	0,027	13,011	1,423	1,350 - 1,501
Antithrombotische Dauertherapie - sonstige	0,362866467055566	0,079	4,601	1,437	1,232 - 1,678
Vorbestehende Koxarthrose	0,138383222438506	0,020	6,798	1,148	1,104 - 1,195
Fraktur - mediale Abduktionsfraktur	-0,731622063917960	0,138	-5,306	0,481	0,367 - 0,630
Fraktur - medial, unverschoben	-0,508232141435368	0,099	-5,128	0,602	0,495 - 0,731
Fraktur - medial, verschoben oder komplett verschoben	-0,877057918227915	0,183	-4,788	0,416	0,291 - 0,596
Frakturlokalisierung - lateral	-0,192851350943088	0,102	-1,895	0,825	0,675 - 1,007
Vorausgegangene Osteosynthese	-0,427760436837393	0,111	-3,843	0,652	0,524 - 0,811

Literatur

Duppils, GS; Wikblad, K (2000): Acute Confusional States in Patients Undergoing Hip Surgery. *Gerontology* 46(1): 36-43. DOI: 10.1159/000022131.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2014): SIGN National Clinical Guideline 122. Prevention and management of venous thromboembolism Updated: October 2014. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-68-1. URL: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign122.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).

54046: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel

Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Hintergrund

Die proximale Femurfraktur ist eine Verletzung, die überwiegend im hohen Lebensalter auftritt und mit einer erhöhten Letalität verglichen mit gleichaltrigen Personen ohne dieses Trauma vergesellschaftet ist. Zur Krankenhausletalität bei proximaler Femurfraktur finden sich Angaben in nicht randomisierten Einzelstudien von 2,7 bis 11 % (Lawrence et al. 2002, Gerber et al. 1993, Wissing et al. 1996, Richmond et al. 2003).

Diese erhöhte Sterblichkeit (20-35 %) besteht über das erste postoperative Jahr (Elliott et al. 2003, Woolf und Pfleger 2003, Braithwaite et al. 2003, Fransen et al. 2002). In einer Studie von 417.657 Patientinnen und Patienten mit großen Operationen („major surgery“) lagen bei Patientinnen und Patienten mit Komplikationen im Mittel 6,5 Begleiterkrankungen vor. Um den Faktor 3,52 war das Risiko bei Mangelernährung erhöht. Weitere relevante Komorbiditäten sind maligne Tumoren, AIDS, chronische Lungenerkrankungen, Herzinsuffizienz, KHK, AVK, chronische Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienzen und Demenz (Iezzoni et al. 1994, Roche et al. 2005).

Die Einschätzung des präoperativen Risikos kann anhand des ASA-Scores erfolgen. Patientinnen und Patienten im Alter von 65 bis 84 Jahren mit einer ASA-3-Einschätzung weisen eine deutlich höhere standardisierte 1-Jahres-Letalitätsrate auf als Patientinnen und Patienten mit ASA 1 und 2 (Richmond et al. 2003). Ca. 2/3 aller proximalen Femurfrakturen betreffen Frauen (Lofthus et al. 2001, Sanders et al. 1999). Männer weisen jedoch eine höhere Letalität auf (Trombetti et al. 2002, Fransen et al. 2002). Hohes Lebensalter korreliert eng mit Komorbiditäten, Komplikationsraten und Letalitätsraten (Iezzoni et al. 1994). Eine operative Versorgung später als 24 Stunden nach stationärer Aufnahme ist mit höherem Thromboserisiko, höherem Risiko zur Lungenembolie und möglicherweise einer erhöhten Letalität vergesellschaftet (Bonnaire et al. 2015).

Dorotka et al. (2003) untersuchten den Einfluss des Operationszeitpunktes auf die Letalität. Eine operative Versorgung innerhalb der ersten 24 Stunden zeigte nach sechs Monaten eine Sterblichkeitsrate von 13,9 % gegenüber 33,3 % bei späterer Versorgung. Weitere Studien stützen diese Aussage (Casaletto und Gatt 2004, Elliott et al. 2003, Gdalevich et al. 2004, Michel et al. 2002).

Das Risiko, ein Dekubitalulkus zu entwickeln, steigt bei verzögerter operativer Versorgung (Bonnaire et al. 2015). Freeman et al. (2002) sehen eine Verbesserung von Prozessmanagement und einzelner Outcome-Parameter durch Implementierung eines externen Qualitätsmanagements in Form eines Audits. Parker et al. (2000) fanden einen Zusammenhang von verbessertem Prozessmanagement in der Versorgung proximaler Femurfrakturen und konnten eine Reduktion der 30-Tage-Letalität von 22 % auf 7 % erreichen.

International findet der Qualitätsindikator „Letalität nach Hüftfraktur“ Anwendung in der stationären Qualitätssicherung. So ist der Indikator „Hip Fracture Mortality“ (AHRQ/HHS.gov 2017) Bestandteil des AHRQ-Indikator-Sets 2017.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
11:B	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	OSTEOSYN
16:B	Frakturlokalisierung	M	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	FRAKTURLOKAL
17:B	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	K	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU
19.1:B	Vitamin-K-Antagonisten	K	1 = ja	ARTMEDVITKANT
19.2:B	Thrombozytenaggregationshemmer	K	1 = ja	ARTMEDTHROMBAGGHEMM
19.3:B	DOAK/NOAK	K	1 = ja	ARTMEDDOAKNOAK
19.4:B	sonstige	K	1 = ja	ARTMEDSONST
20:B	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	M	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKE
21:B	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	M	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEN
23:B	Einstufung nach ASA-Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	ASA

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54046	
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)	
Referenzbereich 2020	Nicht definiert	
Referenzbereich 2019	Nicht definiert	
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	Im Erfassungsjahr 2019 wird der Qualitätsindikator als Transparenzkennzahl geführt.	
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln	<p>Zähler Verstorbene Patientinnen und Patienten</p> <p>Nenner Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an Todesfällen</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54046</p>	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	17/1:B	
Zähler (Formel)	O_54046	
Nenner (Formel)	E_54046	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54046
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54046
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Rate an Todesfällen
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	ENTLGRUND %==% "07"

	Nenner	alter %>=% 18
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54046
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54046
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54046
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	fn_M17N1Score_54046
	Nenner	alter %>=% 18
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_M17N1Score_54046	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,274 % (Odds: 0,003)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-5,898173668671194	0,520	-11,342	-	-
Geschlecht - weiblich	-0,630642338428114	0,028	-22,179	0,532	0,503 - 0,563
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich	0,515465946988573	0,060	8,595	1,674	1,489 - 1,883
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m)	0,854323902626942	0,058	14,691	2,350	2,097 - 2,633
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil	1,178945490619980	0,060	19,697	3,251	2,891 - 3,656
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil	0,968216781216910	0,083	11,666	2,633	2,238 - 3,098
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - bettlägerig	0,295748380290020	0,086	3,441	1,344	1,136 - 1,591
ASA-Klassifikation 2	1,193240246178707	0,505	2,363	3,298	1,226 - 8,872
ASA-Klassifikation 3	2,316889287249301	0,503	4,611	10,144	3,788 - 27,162
ASA-Klassifikation 4 oder 5	3,648231919110792	0,503	7,251	38,407	14,327 - 102,959
Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten	0,380029727358757	0,050	7,610	1,462	1,326 - 1,613
Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer	-0,063483721359105	0,034	-1,850	0,938	0,877 - 1,004
Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK	0,211736585038731	0,036	5,890	1,236	1,152 - 1,326
Antithrombotische Dauertherapie - sonstige	0,449387423871097	0,096	4,678	1,567	1,298 - 1,892
Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 83	0,041032065444987	0,003	15,676	1,042	1,037 - 1,047
Vorausgegangene Osteosynthese	-0,406987248610079	0,156	-2,610	0,666	0,490 - 0,904
Fraktur - mediale Abduktionsfraktur	-0,495807076416788	0,245	-2,024	0,609	0,377 - 0,984
Fraktur - medial und unverschoben	-0,341282579530625	0,199	-1,712	0,711	0,481 - 1,051
Fraktur - medial und verschoben/komplett verschoben	-0,616150357464846	0,317	-1,946	0,540	0,290 - 1,004
Frakturlokalisierung - pertrochantär oder sonstige	0,194749537925449	0,138	1,407	1,215	0,926 - 1,594

Literatur

- AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]; HHS.gov [U.S. Department of Health and Human Services] (2017): Inpatient Quality Indicator 19 (IQI 19) Hip Fracture Mortality Rate. AHRQ Quality Indicators™ (AHRQ QI™) ICD-10-CM/PCS Specification. Version 7.0. [Stand:] July 2017. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V70/TechSpecs/IQI_19_Hip_Fracture_Mortality_Rate.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Bonnaire, F; Weber, A; Stürmer, KM; Dresing, K; Frosch, K-H; Kuderna, H; et al. (2015): AWMF-Registernummer 012-001. S2e-Leitlinie: Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen [Langfassung]. Letztes Bearbeitungsdatum: 09.10.2015. Berlin [u. a.]: DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001I_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Braithwaite, RS; Col, NF; Wong, JB (2003): Estimating Hip Fracture Morbidity, Mortality and Costs. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(3): 364-370. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51110.x.
- Casaletto, JA; Gatt, R (2004): Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery. *Injury* 35(2): 114-120. DOI: 10.1016/S0020-1383(03)00210-9.
- Dorotka, R; Schoechnner, H; Buchinger, W (2003): Auswirkungen von in der Nacht durchgeführten Stabilisierungsoperationen bei hüftnahen Femurfrakturen auf Mortalitätsrate und Komplikationen. *Unfallchirurg* 106(4): 287-293. DOI: 10.1007/s00113-002-0549-6.
- Elliott, J; Beringer, T; Kee, F; Marsh, D; Willis, C; Stevenson, M (2003): Predicting survival after treatment for fracture of the proximal femur and the effect of delays to surgery. *JCE – Journal of Clinical Epidemiology* 56(8): 788-795. DOI: 10.1016/S0895-4356(03)00129-X.
- Fransen, M; Woodward, M; Norton, R; Robinson, E; Butler, M; Campbell, AJ (2002): Excess Mortality or Institutionalization After Hip Fracture: Men Are at Greater Risk Than Women. *Journal of the American Geriatrics Society* 50(4): 685-690. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50163.x.
- Freeman, C; Todd, C; Camilleri-Ferrante, C; Laxton, C; Murrell, P; Palmer, CR; et al. (2002): Quality improvement for patients with hip fracture: experience from a multi-site audit. *Quality and Safety in Health Care* 11(3): 239-245. DOI: 10.1136/qhc.11.3.239.
- Gdalevich, M; Cohen, D; Yosef, D; Tauber, C (2004): Morbidity and mortality after hip fracture: the impact of operative delay. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery* 124(5): 334-340. DOI: 10.1007/s00402-004-0662-9.
- Gerber, C; Strehle, J; Ganz, R (1993): The treatment of fractures of the femoral neck. *Clinical Orthopaedics and Related Research* (292): 77-86.
- Iezzoni, LI; Daley, J; Heeren, T; Foley, SM; Fisher, ES; Duncan, C; et al. (1994): Identifying Complications of Care Using Administrative Data. *Medical Care* 32(7): 700-715.

- Lawrence, VA; Hilsenbeck, SG; Noveck, H; Poses, RM; Carson, JL (2002): Medical Complications and Outcomes After Hip Fracture Repair. *Archives of Internal Medicine* 162(18): 2053-2057. DOI: 10.1001/archinte.162.18.2053.
- Lofthus, CM; Osnes, EK; Falch, JA; Kaastad, TS; Kristiansen, IS; Nordsletten, L; et al. (2001): Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 29(5): 413-418. DOI: 10.1016/S8756-3282(01)00603-2.
- Michel, J-P; Klopfenstein, C; Hoffmeyer, P; Stern, R; Grab, B (2002): Hip fracture surgery: Is the pre-operative American Society of Anesthesiologists (ASA) score a predictor of functional outcome? *Aging Clinical and Experimental Research* 14(5): 389-394. DOI: 10.1007/bf03324467.
- Parker, MJ; Pryor, GA; Myles, J (2000): 11-year results in 2,846 patients of the Peterborough Hip Fracture Project: reduced morbidity, mortality and hospital stay. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 71(1): 34-38. DOI: 10.1080/00016470052943865.
- Richmond, J; Aharonoff, GB; Zuckerman, JD; Koval, KJ (2003): Mortality Risk After Hip Fracture. *Journal of Orthopaedic Trauma* 17(1): 53-56.
- Roche, JJW; Wenn, RT; Sahota, O; Moran, CG (2005): Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ – British Medical Journal* 331(7529): 1374. DOI: 10.1136/bmj.38643.663843.55.
- Sanders, KM; Seeman, E; Ugoni, AM; Pasco, JA; Martin, TJ; Skoric, B; et al. (1999): Age- and Gender-Specific Rate of Fractures in Australia: A Population-Based Study. *Osteoporosis International* 10(3): 240-247. DOI: 10.1007/s001980050222.
- Trombetti, A; Herrmann, F; Hoffmeyer, P; Schurch, MA; Bonjour, JP; Rizzoli, R (2002): Survival and Potential Years of Life Lost After Hip Fracture in Men and Age-matched Women. *Osteoporosis International* 13(9): 731-737. DOI: 10.1007/s001980200100.
- Wissing, H; Peterson, T; Doht, A (1996): Risiko und Prognose hüftgelenknahe Frakturen. *Unfallchirurgie* 22(2): 74-84. DOI: 10.1007/bf02627487.
- Woolf, AD; Pfleger, B (2003): Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* 81(9): 646-656. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Woolf0903.pdf?ua=1> (abgerufen am: 22.08.2017).

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M17N1Score_54033	float	Score zur logistischen Regression - ID 54033	<pre> # Funktion fn_M17N1Score_54033 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -2.796745533713061 # Geschlecht - männlich log_odds <- log_odds + (ifelse(GESCHLECHT == 1L, 1, ifelse(GESCHLECHT == 8L, 0.5, 0))) * 0.087636313278508 # Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 log_odds <- log_odds + ((alter - 82)) * 0.060959205632031 # Alter unter 78 Jahre log_odds <- log_odds + (alter %<=% 77) * -0.128388872392619 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 2) * 0.348494564483412 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 3) * 1.298309077041909 # Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Unterarmgehstützen/Gehstock log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 1) * 0.184837308710711 # Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> Rollator/Gehbock log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 2) * 0.284095280116908 # ASA-Klassifikation 3 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 3) * 0.406741820246645 # ASA-Klassifikation 4 oder 5 log_odds <- log_odds + (ASA %in% c(4,5)) * 0.716579113436398 # Pflegegrad 1 log_odds <- log_odds + (PFLEGEGRAD %==% 1) * 0.154582093255501 # Pflegegrad 2 log_odds <- log_odds + (PFLEGEGRAD %==% 2) * 0.392824431886177 # Pflegegrad 3 log_odds <- log_odds + (PFLEGEGRAD %==% 3) * 0.694324507485907 # Pflegegrad 4 log_odds <- log_odds + (PFLEGEGRAD %==% 4) * 0.974265347602479 # Pflegegrad 5 log_odds <- log_odds + (PFLEGEGRAD %==% 5) * 1.118222209944884 # Mediale Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %in% c(1,2)) * -0.391924802552725 # vorbestehende Koxarthrose log_odds <- log_odds + (COXARTHROSE %==% 1) * 0.135726361417563 # vorausgegangene Osteosynthese </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> log_odds <- log_odds + (OSTEOSYN %==% 1) * -0.180947434925209 # Interaktion: Alter und Alter unter 78 Jahren - Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 wenn Alter unter 78 Jahren log_odds <- log_odds + ((alter - 82) * (alter %<=% 77)) * -0.028180059616840 # Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehen am Stück bis 500m möglich mit Unterarmgehstützen/Gehstock log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 1 & GEHSTRECKE %==% 2) * -0.413439188199732 # Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehstrecke 50m mit Unterarmgehstützen/Gehstock log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 1 & GEHSTRECKE %==% 3) * -0.571728910556496 # Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehen am Stück bis 500m möglich mit Rollator/Gehbock log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 2 & GEHSTRECKE %==% 2) * -0.183206564485977 # Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - Gehstrecke 50m mit Rollator/Gehbock log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 2 & GEHSTRECKE %==% 3) * -0.384153552026334 # Interaktion: Alter und Gehstrecke - Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 wenn Gehen am Stück bis 500m möglich log_odds <- log_odds + ((alter - 82) * (GEHSTRECKE %==% 2)) * -0.031795538698681 # Interaktion: Alter und Gehstrecke - Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 82 wenn Gehstrecke 50m log_odds <- log_odds + ((alter - 82) * (GEHSTRECKE %==% 3)) * -0.037734943531815 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M17N1Score_54040	float	Score zur logistischen Regression - ID 54040	<pre> # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 # Funktion fn_M17N1Score_54040 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.240405665249757 # ASA-Klassifikation 2 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 2) * 0.885733608035831 # ASA-Klassifikation 3 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 3) * 1.244661710932583 # ASA-Klassifikation 4 oder 5 log_odds <- log_odds + (ASA %in% c(4,5)) * 1.472457633102361 # Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC 3 log_odds <- log_odds + (PRAEOPCDC %==% 3) * 1.714013083321594 # Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC 4 log_odds <- log_odds + (PRAEOPCDC %==% 4) * 0.984310524871962 # Frakturlokalisierung - medial log_odds <- log_odds + (FRAKTURLOKAL %==% 1) * -0.505993694645454 # Frakturlokalisierung - lateral log_odds <- log_odds + (FRAKTURLOKAL %==% 2) * -0.779868093572069 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> # Frakturlokalisierung - sonstige log_odds <- log_odds + (FRAKTURLOKAL %==% 9) * 0.477170193213678 # Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK log_odds <- log_odds + (ARTMEDDOAKNOAK %==% 1) * 0.698108113750741 # Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K- Antagonisten log_odds <- log_odds + (ARTMEDVITKANT %==% 1) * 0.747709817545728 # Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer log_odds <- log_odds + (ARTMEDTHROMBAGGHEMM %==% 1) * 0.177510857635112 # vorbestehende Koxarthrose log_odds <- log_odds + (COXARTHROSE %==% 1) * 0.128034675591386 # Pflegegrad - 4 oder 5 log_odds <- log_odds + (PFLEGEGRAD %in% c(4,5)) * -0.399409988676750 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 </pre>
fn_M17N1Score_54042	float	Score zur logistischen Regression - ID 54042	<pre> # Funktion fn_M17N1Score_54042 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -3.989016252768878 # Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 83 log_odds <- log_odds + ((alter - 83)) * 0.024491755112847 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> # Geschlecht - weiblich log_odds <- log_odds + (ifelse(GESCHLECHT == 2L, 1, ifelse(GESCHLECHT == 1L, 0, 0.5))) * -0.381159587453496 # ASA-Klassifikation 2 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 2) * 0.941719789975125 # ASA-Klassifikation 3 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 3) * 1.581772256699946 # ASA-Klassifikation 4 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 4) * 2.368641366643400 # ASA-Klassifikation 5 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 5) * 2.945552402259145 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 2) * 0.210922175741243 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 3) * 0.352715727252611 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 4) * 0.522356277409946 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 5) * 0.469131034755913 # Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> Antagonisten log_odds <- log_odds + (ARTMEDVITKANT %==% 1) * 0.435906956143126 # Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer log_odds <- log_odds + (ARTMEDTHROMBAGGHEMM %==% 1) * 0.144385481840452 # Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK log_odds <- log_odds + (ARTMEDDOAKNOAK %==% 1) * 0.352903403169915 # Antithrombotische Dauertherapie - sonstige log_odds <- log_odds + (ARTMEDSONST %==% 1) * 0.362866467055566 # Vorbestehende Koxarthrose log_odds <- log_odds + (COXARTHROSE %==% 1) * 0.138383222438506 # Fraktur - mediale Abduktionsfraktur log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %==% 1) * -0.731622063917960 # Fraktur - medial, unverschoben log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %==% 2) * -0.508232141435368 # Fraktur - medial, verschoben oder komplett verschoben log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %in% c(3,4)) * -0.877057918227915 # Frakturlokalisierung - lateral log_odds <- log_odds + (FRAKTURLOKAL %==% 2) * -0.192851350943088 # Vorausgegangene Osteosynthese log_odds <- log_odds + (OSTEOSYN %==% 1) * -0.427760436837393 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M17N1Score_54046	float	Score zur logistischen Regression - ID 54046	<pre> # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 # Funktion fn_M17N1Score_54046 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -5.898173668671194 # Geschlecht - weiblich log_odds <- log_odds + (ifelse(GESCHLECHT == 2L, 1, ifelse(GESCHLECHT == 1L, 0, 0.5))) * -0.630642338428114 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 2) * 0.515465946988573 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 3) * 0.854323902626942 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 4) * 1.178945490619980 # Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil log_odds <- log_odds + (GEHSTRECKE %==% 5) * 0.968216781216910 # Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - bettlägerig log_odds <- log_odds + (GEHHILFEN %==% 4) * 0.295748380290020 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> # ASA-Klassifikation 2 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 2) * 1.193240246178707 # ASA-Klassifikation 3 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 3) * 2.316889287249301 # ASA-Klassifikation 4 oder 5 log_odds <- log_odds + (ASA %in% c(4,5)) * 3.648231919110792 # Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K- Antagonisten log_odds <- log_odds + (ARTMEDVITKANT %==% 1) * 0.380029727358757 # Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer log_odds <- log_odds + (ARTMEDTHROMBAGGHEMM %==% 1) * -0.063483721359105 # Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK log_odds <- log_odds + (ARTMEDDOAKNOAK %==% 1) * 0.211736585038731 # Antithrombotische Dauertherapie - sonstige log_odds <- log_odds + (ARTMEDSONST %==% 1) * 0.449387423871097 # Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Medianalter 83 log_odds <- log_odds + ((alter - 83)) * 0.041032065444987 # Vorausgegangene Osteosynthese log_odds <- log_odds + (OSTEOSYN %==% 1) * -0.406987248610079 # Fraktur - mediale Abduktionsfraktur log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %==% 1) * -0.495807076416788 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> # Fraktur - medial und unverschoben log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %==% 2) * -0.341282579530625 # Fraktur - medial und verschoben/komplett verschoben log_odds <- log_odds + (FEMURFRAKTU %in% c(3,4)) * -0.616150357464846 # Frakturlokalisierung - pertrochantär oder sonstige log_odds <- log_odds + (FRAKTURLOKAL %in% c(3,9)) * 0.194749537925449 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 </pre>
fn_Schwellenwert_praeopminuten	integer	Schwellenwert für kritische präoperative Verweildauer in Abhängigkeit von Medikation bei antithrombotischer Dauertherapie	<pre> ifelse(ANTIHROMBMITTELJN %==% 1 & ARTMEDDOAKNOAK %==% 1, 2880, 1440) </pre>

Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren

Da Fälle mit einer Aufnahme in 2019 und einer Entlassung in 2020 in den Datensatz 2020 eingehen (d. h. Überliegerfälle sind im Datensatz 2020 enthalten), gehen für das Erfassungsjahr 2020 tendenziell etwas mehr Fälle in die Auswertung ein als im EJ 2019. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patientengrundgesamtheit die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Vergleich zu 2019 relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des EJ 2020 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es für das Erfassungsjahr 2020 leider zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien mit den Vorjahresergebnissen kommen. Soweit möglich wurden die Standorte aus dem Jahr 2019 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen auf die Standorte 2020 gemappt. Die sich dabei ergebenden Herausforderungen wurden bereits seit 2019 in den G-BA-Gremien und in den regelmäßigen Verfahrensteilnehmerveranstaltungen vom IQTIG dargestellt. Nach Abschluss der Überführung der alten auf die neuen Standortnummern muss entsprechend darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Standorte der Leistungserbringer aus den Vorjahren gemappt werden konnten.

Liegen bei einem Qualitätsindikator weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2020

Indikator		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
54030	Präoperative Verweildauer	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
54050	Sturzprophylaxe	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Die Risikoadjustierung wurde anhand der Daten des Erfassungsjahres 2019 aktualisiert. Die Risikoadjustierung der Rechenregeln des Jahres 2020 kann zur besseren

Indikator		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
					Vergleichbarkeit auf die Berechnung der Ergebnisse des Jahres 2019 übertragen werden.
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Ab dem Erfassungsjahr 2019 werden auch Wundhämatome und Nachblutungen in diesem QI mit ausgewertet.
54040 (NEU)	Wundhämatome/Nachblutungen	-	-	Im Vorjahr nicht berechnet	Die Ereignisse „Wundhämatome und Nachblutungen“ werden ab dem Erfassungsjahr 2019 in dem aggregierten Indikator zu „Spezifische(n) Komplikationen“ erfasst. Es soll eine Doppelbewertung der Outcome-Fälle im Strukturierten Dialog vermieden werden. Der QI ist im Erfassungsjahr 2019 und folgend ab dem Erfassungsjahr 2021 gestrichen.
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Die Risikoadjustierung wurde anhand der Daten des Erfassungsjahres 2019 aktualisiert. Die Risikoadjustierung der Rechenregeln des Jahres 2020 kann zur besseren Vergleichbarkeit auf die Berechnung der Ergebnisse des Jahres 2019 übertragen werden.
54046	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Die Risikoadjustierung wurde anhand der Daten des Erfassungsjahres 2019 aktualisiert. Die Risikoadjustierung der Rechenregeln des Jahres 2020 kann zur besseren Vergleichbarkeit auf die Berechnung der Ergebnisse des Jahres 2019 übertragen werden. Der QI wird ab dem Erfassungsjahr 2019 und folgend ab dem Erfassungsjahr 2021 als Transparenzkennzahl geführt.

2019 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine