

**Inhalt**

Hüftgelenknahe Femurfraktur .....	2
Präoperative Verweildauer .....	3
44186 .....	6
65962 .....	7
Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur .....	8
44222 .....	12
68001 .....	13
Perioperative Antibiotikaprophylaxe .....	14
44337 .....	16
66110 .....	17
Gefähigkeit bei Entlassung .....	18
72658 .....	20
72710 .....	22
Gefäßläsion oder Nervenschaden .....	24
73797 .....	25
73806 .....	26
Implantatfehl-lage, Implantatdislokation oder Fraktur .....	27
73802 .....	29
73810 .....	30
Endoprothesenluxation .....	31
44256 .....	33
66041 .....	34
Postoperative Wundinfektion .....	35
44257 .....	37
66043 .....	38
Wundhämatome / Nachblutungen .....	39
44329 .....	40
66159 .....	41
Allgemeine postoperative Komplikationen .....	42
66551 .....	44
66570 .....	45
Reinterventionen wegen Komplikation .....	46
44334 .....	47
66106 .....	48
Letalität .....	49
44359 .....	52
44360 .....	54
44362 .....	56
44363 .....	58
66148 .....	60
66150 .....	62
66153 .....	64
66155 .....	66

**Hüftgelenknahe Femurfraktur**

<b>Einleitung</b> <b>Leistungsbereich</b>	
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Historie	<a href="#">QI-Historie\QI-Historie-17n1-HÜFT-FRAK.doc</a>
Einleitung	<p>Hüftgelenknahe Oberschenkelfrakturen sind häufige Verletzungen im höheren und hohen Lebensalter. Untersuchungen zu den Folgen einer hüftgelenknahe Fraktur zeigen, dass ein hohes Letalitätsrisiko von ca. 20 bis 25% in den ersten sechs Monaten nach Operation besteht. Unabhängig vom Lebensalter stellen die hüftgelenknahen Oberschenkelfrakturen eine Bedrohung der Selbständigkeit im Alltag dar.</p> <p>Ein wichtiger Risikofaktor für eine hüftgelenknahe Femurfraktur ist eine verminderte Knochendichte (Osteoporose), von der insbesondere ältere Frauen betroffen sind. Schon bei bereits geringer Krafteinwirkung, zum Beispiel bei seitlichem Fall auf die Hüfte, kann es zu einer Fraktur kommen Die Häufigkeit dieser Verletzung wird in Deutschland mit 110 bis 130 Fällen pro 100.000 Einwohnern angenommen. Aufgrund der demografischen Altersentwicklung wird von einer jährlichen Fallzunahme von 3 bis 5% ausgegangen (Beck &amp; Rüter 2000).</p> <p>Je nach Lokalisation der hüftgelenknahe Fraktur wird zwischen Schenkelhalsfraktur und petrochantärer Fraktur unterschieden. Als Schenkelhals wird der Bereich zwischen Hüftkopf und Oberschenkelknochen bezeichnet. Die Schenkelhalsfraktur wird nach Lage und Verschiebungsgrad des Bruches unterteilt. Die petrochantäre Fraktur verläuft schräg in der Trochanterregion unterhalb des Schenkelhalses. In der BQS-Bundesauswertung werden die Qualitätsindikatoren für die Krankheitsbilder Schenkelhalsfraktur und petrochantäre Fraktur getrennt dargestellt.</p> <p>Eine optimale Therapie der hüftgelenknahe Femurfraktur berücksichtigt einerseits anatomische und andererseits individuelle medizinische und nicht zuletzt soziale Gegebenheiten. Ziel der Therapie ist die schnelle Wiederherstellung der Mobilität und Belastbarkeit des Patienten, um die Rückkehr auf das präoperative Aktivitätsniveau zu erreichen.</p> <p>Literatur: Beck A, Rüter A. Therapiekonzepte bei Schenkelhalsfrakturen. Teil 1. Chirurg 2000; 71 (2): 240-248.</p>

**Präoperative Verweildauer**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Eine verzögerte operative Behandlung der hüftgelenknahe Femurfraktur kann mit höheren Komplikationsraten, z. B. bei Thrombose, Lungenembolie oder Dekubitus einhergehen. Gründe für eine Verzögerung können z. B. internistische Probleme aber auch Wartezeiten bei der Diagnostik oder fehlende Operationskapazitäten sein (Charalambous et al. 2003). Die internationalen Studien zur Abhängigkeit des Outcomes vom Zeitpunkt der Operation differenzieren in der Regel bei hüftgelenknahe Femurfrakturen nicht nach 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“.</p> <p>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 (Kuner et al. 1995, Bonnaire et al. 1995).</p> <p>Eine Analyse der externen Qualitätssicherungsdaten aus Westfalen-Lippe der Jahre 1993-1998 zeigte, dass die Osteosynthese der Schenkelhalsfraktur bei jüngeren Patienten in nur knapp 50% der Fälle bereits am Aufnahmetag erfolgte (Smektala et al. 2001).</p> <p>Die Studienergebnisse sind widersprüchlich bezüglich des Einflusses des Operationszeitpunkts auf die Sterblichkeit. Orosz et al. (2004), Moran et al. (2005) und Majumdar et al. (2006) fanden z. B. bei jeweils großen Patientenkollektiven keinen signifikanten Unterschied zwischen der Letalität nach früher oder später Versorgung einer Hüftgelenksfraktur.</p> <p>Andere Untersucher wie z.B. Dorotka et al. (2003,1), Doruk et al. (2004), Gdalevich et al. (2004) McGuire et al. (2004), Weller et al. (2005) und Petersen et al. (2006) weisen auf niedrigere Letalitätsraten bei frühversorgten Hüftgelenksfrakturen hin. Elliot et al. (2003) konstruierten mit Hilfe eines logistischen Regressionsmodells einen Score zur Vorhersage der Sterblichkeit von Patienten mit Hüftgelenksfraktur. Prädiktoren waren neben der verspäteten Versorgung (&gt; 24 h) das Alter, das männliche Geschlecht, der ASA-Score, der ADL-Index und der mentale Status 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. Bottle und Aylin (2006) ermittelten anhand britischer Krankenhausdaten der Jahre 2001 bis 2004 eine Odds Ratio für Tod bei mehr als einem Tag Verzögerung von 1,27. Bergeron et al. stellte zwar einen längeren stationären Aufenthalt bei später als 48 Stunden versorgten Patienten fest, jedoch keine erhöhte Mortalität (Bergeron et al. 2006).</p> <p>Sund und Liski weisen darauf hin, dass die Patientenklientel und die Rahmenbedingungen der Versorgung wesentliche Einflussfaktoren auf den Zeitraum bis zur operativen Versorgung haben (Sund &amp; Liski 2006).</p> <p>In der Leitlinie des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN 2002) wird die Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad C (Klassifikation nach SIGN) abgeleitet, Patienten mit Schenkelhalsfraktur so schnell wie möglich zu Zeiten der allgemeinen Tagesarbeitszeit einschließlich der Wochenenden (innerhalb von 24 Stunden) zu operieren, wenn es ihr Allgemeinzustand erlaubt. Dorotka et al. (2003,2) zeigten, dass bei gleicher Erfahrung des Operateurteams sich die Letalität von nachts operierten Patienten mit Hüftgelenksfraktur nicht unterscheidet von der Letalität nach Eingriffen während der regulären Tagesdienstzeiten.</p> <p>In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (Stürmer 1999) wird bei osteosynthetischer Versorgung eine „Sofortoperation“ empfohlen und bei endoprothetischer Versorgung eine „dringliche Frühversorgung“.</p> <p>Die australische Leitlinie (Chilov et al. 2003) stellt aus einer Zusammenschau der Literatur fest,</p>

	<p>dass bei hüftgelenknaher Femurfraktur eine „unangemessene“ Verzögerung zu einer Erhöhung der Komplikationsrate führt. Sie empfiehlt deshalb eine Versorgung innerhalb von 24 bis 36 Stunden.</p> <p>Allerdings können in der Praxis nicht alle Patienten - beispielsweise aufgrund eines schlechten Allgemeinzustandes - einer sofortigen Operation zugeführt werden. Um den Einfluss des Allgemeinzustandes adäquat zu berücksichtigen, wurde bei diesem Qualitätsindikator eine Stratifizierung der Patienten nach den Risikoklassen ASA 1 und 2 vorgenommen.</p> <p>Nachdem der Qualitätsindikator sich bis 2004 nur auf die Versorgung von ASA-1- und ASA-2-Patienten innerhalb von 24 Stunden bezog, hat die Fachgruppe beschlossen, ab 2005 die Kennzahlen auf alle Patienten zu beziehen, da der Anspruch besteht, dass alle Patienten zeitnah chirurgisch versorgt werden. Dem heterogenen Casemix wurde dadurch Rechnung getragen, dass die Versorgung innerhalb von 48 Stunden gefordert wird. Der Referenzbereich wurde darüber hinaus angepasst.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Bergeron E, Lavoie A, Moore L, Bamvita JM, Ratte S, Gravel C, Clas D. Is the delay to surgery for isolated hip fracture predictive of outcome in efficient systems? J Trauma 2006 Apr; 60 (4): 753-7.</p> <p>Bonnaire F, Kuner EH, Lorz W. [Femoral neck fractures in adults: joint sparing operations. II. The significance of surgical timing and implant for development of aseptic femur head necrosis]. Unfallchirurg 1995; 98 (5): 259-264.</p> <p>Bottle A, Aylin P. Mortality associated with delay in operation after hip fracture: observational study. BMJ 2006 Apr; 332 (7547): 947-51.</p> <p>Charalambous CP, Yarwood S, Paschalides C, Siddique I, Hirst P, Paul A. Factors delaying surgical treatment of hip fractures in elderly patients. Ann R Coll Surg Engl 2003 Mar; 85 (2): 117-9.</p> <p>Chilov MN, Cameron ID, March LM. Evidence-based guidelines for fixing broken hips: an update. Med J Aust 2003; 179 (9): 489-493.</p> <p>Dorotka R, Schoechnner H, Buchinger W. The influence of immediate surgical treatment of proximal femoral fractures on mortality and quality of life. Operation within six hours of the fracture versus later than six hours. J Bone Joint Surg Br 2003 Nov; 85 (8): 1107-13.</p> <p>Dorotka R, Schoechnner H, Buchinger W. Influence of nocturnal surgery on mortality and complications in patients with hip fractures. Unfallchirurg 2003 Apr; 106 (4): 287-93.</p> <p>Doruk H, Mas MR, Yildiz C, Sonmez A, Kyrdemir V. The effect of the timing of hip fracture surgery on the activity of daily living and mortality in elderly. Arch Gerontol Geriatr 2004 Sep-Oct; 39 (2): 179-85.</p> <p>Elliott J, Beringer T, Kee F, Marsh D, Willis C, Stevenson M. Predicting survival after treatment for fracture of the proximal femur and the effect of delays to surgery. J Clin Epidemiol 2003 Aug; 56 (8): 788-95.</p> <p>Gdalevich M, Cohen D, Yosef D, Tauber C. Morbidity and mortality after hip fracture: the impact of operative delay. Arch Orthop Trauma Surg 2004 Jun; 124 (5): 334-40.</p> <p>Kuner EH, Lorz W, Bonnaire F. Schenkelhalsfrakturen beim Erwachsenen: gelenkerhaltende Operationen – I. Ergebnisse der AO-Sammelstudie mit 328 Patienten. Der Unfallchirurg 1995; 98: 251-258.</p> <p>Majumdar SR, Beaupre LA, Johnston DW, Dick DA, Cinats JG, Jiang HX. Lack of association between mortality and timing of surgical fixation in elderly patients with hip fracture: results of a retrospective population-based cohort study. Med Care 2006 Jun; 44 (6): 552-9.</p> <p>McGuire KJ, Bernstein J, Polsky D, Silber JH. The 2004 Marshall Urist award: delays until surgery after hip fracture increases mortality Clin Orthop Relat Res 2004 Nov; 428: 294-301.</p> <p>Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important J Bone Joint Surg Am 2005 Mar; 87 (3): 483-9.</p> <p>Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL, Morrison RS, Koval K, Gilbert M, McLaughlin M, Halm</p>

	<p>EA, Wang JJ, Litke A, Silberzweig SB, Siu AL. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. JAMA 2004 Apr; 291 (14): 1738-43.</p> <p>Petersen MB, Jorgensen HL, Hansen K, Duus BR. Factors affecting postoperative mortality of patients with displaced femoral neck fracture. Injury 2006 Aug; 37 (8): 705-11.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. SIGN Publication 56. Oktober 2002. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Smektala R, Wenning M, Ekkernkamp A. Die Schenkelhalsfraktur des jüngeren Patienten: Widerspruch zwischen Leitlinie und Versorgungswirklichkeit – Ergebnisse externer Qualitätssicherung bei 1747 Verläufen. Der Unfallchirurg 2001; 104 (9): 820-826.</p> <p>Stürmer KM. Leitlinien Unfallchirurgie. Stürmer KM (Hrsg.). 2. unveränderte Auflage, Stuttgart. Georg Thieme Verlag; 1999.</p> <p>Sund R, Liski A. Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. Qual Saf Health Care 2005 Oct; 14 (5): 371-7.</p> <p>Weller I, Wai EK, Jaglal S, Kreder HJ. The effect of hospital type and surgical delay on mortality after surgery for hip fracture. J Bone Joint Surg Br 2005 Mar; 87 (3): 361-6.</p>
--	--

44186

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	44186												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur												
Referenzbereich 2006	<= 15%												
Referenzbereich 2005	<= 15%												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Seit 2005 ist die Kennzahl erstmals bezogen auf die Versorgung aller Patienten innerhalb von 48 Stunden. Orientierend an den Ergebnissen der letzten Bundesauswertungen ist der Referenzbereich auf <= 15% gesetzt worden. D. h. ein Krankenhaus ist dann auffällig, wenn es mehr als 15% seiner Patienten später als 48 Stunden nach Aufnahme chirurgisch versorgt.												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit OP nach Aufnahme innerhalb von > 48 Stunden  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 864 1442 1039"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>OP nach Aufnahme innerhalb von</td> <td>1 = &lt; 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = &gt; 48 Stunden</td> <td>OPAUFINNER</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	13	OP nach Aufnahme innerhalb von	1 = < 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = > 48 Stunden	OPAUFINNER	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
13	OP nach Aufnahme innerhalb von	1 = < 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = > 48 Stunden	OPAUFINNER										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												

65962

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	65962																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich für diese Qualitätskennzahl ist derzeit nicht definiert.																
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich für diese Qualitätskennzahl ist derzeit nicht definiert.																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Ein fester Referenzbereich für eine zeitgerechte Versorgung pertrochantärer Frakturen konnte auf Grund der derzeitigen Literaturlage nicht festgelegt werden. Die Notwendigkeit einer Frühoperation zum Kopferhalt stellt sich bei der pertrochantären Fraktur nicht.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit OP nach Aufnahme innerhalb von > 48 Stunden  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 835 1442 1043"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>OP nach Aufnahme innerhalb von</td> <td>1 = &lt; 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = &gt; 48 Stunden</td> <td>OPAUFINNER</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	13	OP nach Aufnahme innerhalb von	1 = < 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = > 48 Stunden	OPAUFINNER	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG				
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
13	OP nach Aufnahme innerhalb von	1 = < 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = > 48 Stunden	OPAUFINNER														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																

**Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur
Qualitätsziel	Möglichst oft osteosynthetische Versorgung bei Garden I und II und bei Patienten < 65 Jahre, möglichst oft endoprothetische Versorgung bei Garden III und IV und bei Patienten > 80 Jahre
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Eine optimale Therapie der hüftgelenknahe Femurfraktur berücksichtigt anatomische und sich daraus ableitende prognostische Gegebenheiten. Die Schenkelhalsfraktur lässt sich nach verschiedenen Kriterien einteilen. Klinisch gebräuchlich sind Einteilungen nach der Lokalisation: laterale Frakturen (4% der Fälle), intermediäre Frakturen (10%) und mediale Frakturen, die 86% aller Schenkelhalsfrakturen ausmachen. Weiter kann nach dem Unfallmechanismus (Abduktions-, Adduktions- und Abscherfrakturen) sowie dem Grad der Dislokation unterschieden werden (Beck &amp; Rüter 2000a).</p> <p>Gebräuchliche Einteilungen der <b>medialen Schenkelhalsfraktur</b>, die sich am Verlauf der Frakturlinien und am Grad der Dislokation der Fragmente orientieren, sind die Einteilung nach Pauwels, die im a. p. Strahlengang aus einem Winkel der Frakturlinie mit der Horizontalen abgeleitet wird und die Garden-Klassifizierung. Anhand der Garden-Einteilung lässt sich die Gefährdung des Hüftkopfes bezüglich einer Hüftkopfnekrose einschätzen.</p> <p>Die Garden-Einteilung umfasst vier Kategorien, die auch als verschiedene Stadien ein- und desselben Unfallmechanismus aufgefasst werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Garden I: inkomplette, impaktierte, valgisierende Fraktur (12% aller medialen SHF),</li> <li>➤ Garden II: vollständige, unverschobene, aber nicht impaktierte Fraktur (20%),</li> <li>➤ Garden III: vollständige Fraktur mit teilweiser Dislokation, aber medial noch bestehendem Knochenkontakt (48%) und</li> <li>➤ Garden IV: komplett disloziert, das Kopffragment ist ohne Kontakt zum Schenkelhals (20%).</li> </ul> <p><b>Undislozierte mediale Schenkelhalsfrakturen:</b></p> <p>Internationaler Konsens besteht für die undislozierten medialen Schenkelhalsfrakturen Garden I- bzw. Garden II. Diese Frakturen sind bis auf wenige Ausnahmen, bei denen eine konservative Behandlung gerechtfertigt ist (siehe z. B. Helbig et al. 2005), osteosynthetisch zu versorgen. Eine Sekundärdislokation der Fraktur wird damit vermieden und der Patient mobilisierbar (SIGN 2002, evidence level 3, Empfehlungsgrad D).</p> <p><b>Dislozierte Schenkelhalsfrakturen / osteosynthetische Versorgung:</b></p> <p>Im Vergleich zu Gelenkersatzverfahren sind osteosynthetische Verfahren in der Regel gekennzeichnet durch kürzere Operationszeiten, geringeren Blutverlust und eine geringere Rate tiefer Wundinfektionen.</p> <p>Bei dislozierten Frakturen bergen osteosynthetische Verfahren jedoch ein höheres Risiko der Notwendigkeit eines Revisionseingriffs innerhalb der ersten 2 Jahre aufgrund von Frakturheilungsstörungen in Form einer Pseudarthrosebildung oder einer Hüftkopfnekrose) (Masson et al. 2003, Healy &amp; Iorio 2004).</p> <p>Eine Metaanalyse von 106 Publikationen berichtete 1994 über Reoperationsraten von über 30% innerhalb von 2 Jahren postoperativ (Lu-Yao et al. 1994). Weitere Studien bestätigen diese Aussage (Rogmark et al. 2002, Puolakka et al. 2001, Tidermark et al. 2003a, Heikkinen et al. 2002, Parker et al. 2000, Metaanalyse bei Bhandari et al. 2003).</p> <p>Wählt man bei dislozierter Schenkelhalsfraktur eine osteosynthetische Versorgung, so sprechen sich de Lucas et al. (2005) in einem aktuellen Review für den Gammanagel als Methode der Wahl aus.</p> <p>Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2003, welche die Daten aus 28 randomisierten Studien und von 5.547 Patienten mit osteosynthetischer Stabilisierung von Schenkelhalsfrakturen (disloziert und nicht disloziert) untersuchte, konnte keine Überlegenheit eines bestimmten Osteosynthese-Verfahrens (Parker et al. 2003) oder eines bestimmten Repositionsmanövers</p>



	<p>identifizieren (Parker &amp; Dynan 2000).</p> <p><b>Dislozierte Schenkelhalsfrakturen / endoprothetische Versorgung:</b>          Um das Ziel möglichst schneller Wiederherstellung von Mobilität und Belastbarkeit der Patienten zu erreichen, haben sich endoprothetische Verfahren (Hüft-TEP: Totalendoprothese und Hemiprothese) zu Standardverfahren in der Behandlung dislozierter Schenkelhalsfrakturen etabliert. Die „Frakturheilungsversagern“ sind hier seltener (Lu-Yao et al. 1994) und Lebensqualität der Patienten allgemein höher (Tidermark 2003b) als bei der osteosynthetischen Behandlung.</p> <p>Für ältere Patienten, die körperlich „fit“ sind, errechneten Keating et al. (2005), dass die endoprothetische Versorgung deutlich effektiver und kostengünstiger sei. Zum gleichen Ergebnis kommen Johansson et al. (2006). Aber auch für ältere multimorbide Patienten mit dislozierter Schenkelhalsfraktur erscheint die Hüft-TEP die geeignete Möglichkeit zur frühen Mobilisierung zu sein (Schmidt et al. 2005).</p> <p>Bonnaire et al. sprechen sich für eine zementfreie Hüfttotalendoprothese bei jüngeren Patienten mit hohem Aktivitätsgrad aus. Ältere Patienten oder Patienten mit Koxarthrose, Pfannendysplasie o. ä. sind eher mit zementierter TEP zu versorgen (Bonnaire et al. 2005).</p> <p>Im Cochrane Review von Masson et al. 2003 finden sich allerdings keine eindeutig nachweisbaren Unterschiede der Operationsverfahren bezüglich der Letalitätsraten und der funktionellen Outcome-Parametern bei osteosynthetischer bzw. endoprothetischer Behandlung von Schenkelhalsfrakturen.</p> <p>Eine evidenzbasierte Empfehlung für bestimmte Prothesenarten oder -typen (z. B. unipolar vs. bipolar) oder Implantationsverfahren kann nicht gegeben werden (Gillespie 2002, SIGN 2002, Chilov et al. 2003, Masson et al. 2003, Parker &amp; Gurusamy 2004, Blomfeldt et al. 2005).</p> <p>In Ermangelung evidenzbasierter verbindlicher Handlungsrichtlinien haben sich in unterschiedlichen Gesundheitssystemen differierende Behandlungsstrategien für die dislozierte Schenkelhalsfraktur herausgebildet (SIGN 2002, Bosch et al. 2002, Möllenhoff et al. 2000, Kinzl et al. 2001, Beck &amp; Rüter 2000b).</p> <p>Eine Befragung amerikanischen Chirurgen zeigte, dass die Versorgung jüngerer Patienten mit Osteosynthese und älterer Patienten mit Endoprothese bevorzugt wird (Bhandari et al. 2005).</p> <p>Konsens der Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie ist es, bei nicht dislozierten Frakturen bei jüngeren Patienten (unter 65 Jahre) einen hohen Anteil osteosynthetischer Versorgung und bei dislozierten Frakturen bei älteren Patienten (über 80 Jahre) einen hohen Anteil endoprothetischer Versorgung zu fordern.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Beck A, Rüter A. Therapiekonzepte bei Schenkelhalsfrakturen. Teil 2. Chirurg 2000a; 71 (3): 347-354.</p> <p>Beck A, Rüter A. Therapiekonzepte bei Schenkelhalsfrakturen. Teil 1. Chirurg 2000b; 71 (2): 240-248.</p> <p>Bhandari M, Devereaux PJ, Swiontkowski MF, Tornetta P 3rd, Obremskey W, Koval KJ, Nork S, Sprague S, Schemitsch EH, Guyatt GH. Internal fixation compared with arthroplasty for displaced fractures of the femoral neck. A meta-analysis. J Bone Joint Surg Am 2003; 85-A (9): 1673-1681.</p> <p>Bhandari M, Devereaux PJ, Tornetta P 3rd, Swiontkowski MF, Berry DJ, Haidukewych G, Schemitsch EH, Hanson BP, Koval K, Dirschl D, Leece P, Keel M, Petrisor B, Heetveld M, Guyatt GH. Operative management of displaced femoral neck fractures in elderly patients. An international survey. J Bone Joint Surg Am 2005 Sep; 87 (9): 2122-30.</p> <p>Blomfeldt R, Tornkvist H, Ponzer S, Soderqvist A, Tidermark J. Internal fixation versus hemiarthroplasty for displaced fractures of the femoral neck in elderly patients with severe cognitive impairment. J Bone Joint Surg Br 2005 Apr; 87 (4): 523-9. Erratum in: J Bone Joint Surg Br 2005 Aug; 87 (8): 1166.</p> <p>Bonnaire F, Lein T, Hohaas T, Weber A. Prothetische Versorgung der proximalen Femurfraktur. Der Unfallchirurg 2005; 108 (5): 387-400.</p>

	<p>Bosch U, Schreiber T, Krettek C. Reduction and Fixation of Displaced Intracapsular Fractures of the Proximal Femur. <i>Clinical Orthopaedics and related Research</i> 2002; 399: 59-71.</p> <p>Chilov MN, Cameron ID, March LM. Evidence-based guidelines for fixing broken hips: an update. <i>Med J Aust</i> 2003; 179 (9): 489-493.</p> <p>De Lucas P, Seral B, Beano A, Almodovar JA, Dominguez I, Rodriguez J, Moro E. Fractures of the proximal femur. The gamma nail versus plate. <i>Osteo Trauma Care</i> 2005; 13: 18-25.</p> <p>Gillespie W. Hip fracture. <i>Clin Evid</i> 2002; (8): 1126-1148.</p> <p>Healy WL, Iorio R. Total hip arthroplasty: optimal treatment for displaced femoral neck fractures in elderly patients. <i>Clin Orthop Relat Res</i> 2004 Dec; (429): 43-8.</p> <p>Heikkinen T, Wingstrand H, Partanen J, Thorngren K-G, Jalovaara P. Hemiarthroplasty or osteosynthesis in cervical hip fractures: matched-pair analysis in 892 patients. <i>Arch Orthop Trauma Surg</i> 2002; 122: 143-147.</p> <p>Helbig L, Werner M, Schneider S, Simank HG. Die mediale Schenkelhalsfraktur Typ I nach Garden: konservative vs. operative Therapie. <i>Orthopädie</i> 2005; 34: 1040-1045.</p> <p>Johansson T, Bachrach-Lindstrom M, Aspenberg P, Jonsson D, Wahlstrom O. The total costs of a displaced femoral neck fracture: comparison of internal fixation and total hip replacement. A randomised study of 146 hips. <i>Int Orthop</i> 2006 Feb; 30 (1): 1-6.</p> <p>Keating JF, Grant A, Masson M, Scott NW, Forbes JF. Displaced intracapsular hip fractures in fit, older people: a randomised comparison of reduction and fixation, bipolar hemiarthroplasty and total hip arthroplasty. <i>Health Technol Assess</i> 2005 Oct; 9 (41): iii-iv, ix-x, 1-65.</p> <p>Kinzl L, Bischoff M, Beck A. Endoprothesenversorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur. <i>Der Chirurg</i> 2001; 72: 1266-1270.</p> <p>Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after Displaced Fractures of the Femoral Neck. <i>The Journal of Bone and joint surgery</i> 1994; 76-A (1): 15-25.</p> <p>Masson M, Parker MJ, Fleischer S. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: <i>The Cochrane Library</i>, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Möllenhoff G, Walz M, Clasbrummel B, Muhr G. Schenkelhalsbruch: Osteosynthese oder welche Endoprothese ist indiziert? <i>Der Orthopäde</i> 2000; 29 (4): 288-293.</p> <p>Parker MJ, Gurusamy K. Arthroplasties (with and without bone cement) for proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2004). In: <i>The Cochrane Library</i>, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Parker MJ, Stockton G, Gurusamy K. Internal fixation implants for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: <i>The Cochrane Library</i>, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Parker MJ, Pryor GA, Myles J. 11-year results in 2,846 patients of the Peterborough Hip Fracture Project – Reduced morbidity, mortality and hospital stay. <i>Acta Orthop Scand</i> 2000; 71 (1): 34-38.</p> <p>Parker MJ, Dynan Y. Surgical approaches and ancillary techniques for internal fixation of intracapsular proximal femoral fractures (Cochrane Review 2000). In: <i>The Cochrane Library</i>, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Puolukka TJS, Laine H-J, Tarvainen T, Aho H. Thompson Hemiarthroplasty is Superior to Ullevaal Screws in Treating Displaced Femoral Neck Fractures in Patients Over 75 Years. A Prospective Randomized Study with Two-Year Follow-Up. <i>Annales Chirurgiae et Gynaecologiae</i> 2001; 90: 225-228.</p> <p>Rogmark C, Carlsson A, Johnell O, Sernbo I. A prospective randomised trial internal fixation</p>
--	---

	<p>versus arthroplasty for displaced fractures of the neck of the femur – Functional outcome for 450 patients at two years. J Bone Joint Surg Br 2002; 84-B (2): 183-188.</p> <p>Schmidt A, Asnis S., Haidukewych GJ, Koval KJ, Thorngren K-G. Femoral Neck Fractures. AAOS Instructional Course Lectures 2005; 54: 417-445.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. SIGN Publication 56. Oktober 2002. <a href="http://www.sign.ac.uk/pdf/sign56.pdf">http://www.sign.ac.uk/pdf/sign56.pdf</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Tidermark J, Ponzer S, Svensson O, Söderqvist A, Törnkvist H. Internal fixation compared with total hip replacement for displaced femoral neck fractures in the elderly – A randomised, controlled trial. J Bone Joint Surg 2003a; 85-B (3): 380-388.</p> <p>Tidermark J. Quality of life and femoral neck fractures. Acta Orthop Scand 2003b; 74 (Suppl 309): 1-42.</p>
--	---

44222

<b>Definition Kennzahl</b>																									
ID-Kennzahl	44222																								
Ergänzung Bezeichnung QI	Patienten unter 65 J. und mit Fraktur Garden I oder II																								
Referenzbereich 2006	>=80%																								
Referenzbereich 2005	>= x% (5%-Perzentile, wegen geringer Krankenhausanzahl nicht bestimmt)																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 5%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 80% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)  Grundgesamtheit: Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05 und Frakturlokalisierung medial) und mit Fraktur Garden I oder Garden II bei Patienten < 65 Jahre																								
Erläuterung der Rechenregel	-																								
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19</td> <td>Operationsverfahren</td> <td>1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige</td> <td>OPVERFAHREN171</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Frakturlokalisierung</td> <td>1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige</td> <td>FRAKTURLOKAL</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden</td> <td>1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben</td> <td>FEMURFRAKTU</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Geburtsdatum</td> <td></td> <td>GEBDATUM</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG	10	Frakturlokalisierung	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige	FRAKTURLOKAL	11	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU	4	Geburtsdatum		GEBDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																						
19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171																						
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																						
10	Frakturlokalisierung	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige	FRAKTURLOKAL																						
11	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU																						
4	Geburtsdatum		GEBDATUM																						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																								
Teildatensatzbezug	17/1:B																								
Kommentar zur Kennzahl	-																								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																								

68001

<b>Definition Kennzahl</b>																									
ID-Kennzahl	68001																								
Ergänzung Bezeichnung QI	Patienten über 80 Jahre mit Fraktur Garden III oder IV																								
Referenzbereich 2006	>=90%																								
Referenzbereich 2005	>= 90,5% (5%-Perzentile)																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 5%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 90% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)  Grundgesamtheit: Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05 und Frakturlokalisierung medial) und mit Fraktur Garden III oder Garden IV bei Patienten > 80 Jahre																								
Erläuterung der Rechenregel	-																								
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19</td> <td>Operationsverfahren</td> <td>1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige</td> <td>OPVERFAHREN171</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Frakturlokalisierung</td> <td>1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige</td> <td>FRAKTURLOKAL</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden</td> <td>1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben</td> <td>FEMURFRAKTU</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Geburtsdatum</td> <td></td> <td>GEBDATUM</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG	10	Frakturlokalisierung	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige	FRAKTURLOKAL	11	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU	4	Geburtsdatum		GEBDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																						
19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171																						
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																						
10	Frakturlokalisierung	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige	FRAKTURLOKAL																						
11	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	FEMURFRAKTU																						
4	Geburtsdatum		GEBDATUM																						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																								
Teildatensatzbezug	17/1:B																								
Kommentar zur Kennzahl	-																								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																								

**Perioperative Antibiotikaprophylaxe**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Qualitätsziel	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Infektionen sind gefürchtete Komplikationen nach operativer Versorgung von Schenkelhalsfrakturen und gehen mit einer erhöhten peri- und postoperativen Letalität einher (Poulsen et al. 1995). Die Implantation von Fremdmaterial erhöht das Risiko einer Wundinfektion (SIGN 2000). Dieses Risiko gilt es durch schonende Operationstechniken, möglichst kurze Operationszeiten und durch eine angemessene Antibiotikaprophylaxe zu minimieren.</p> <p>Die Wirksamkeit der perioperativen Antibiotikaprophylaxe ist für die Vermeidung von Protheseninfekten in der Hüftendoprothetik (Evidenzgrad Ib nach SIGN) sowie für die osteosynthetische Versorgung von Schenkelhalsfrakturen (Evidenzgrad Ib nach SIGN) unbestritten und findet sich in den internationalen Leitlinien zur Versorgung von Schenkelhalsfrakturen ebenso, wie in internationalen Leitlinien zur Antibiotikaprophylaxe (SIGN 2000, SIGN 2002, Gillespie &amp; Walenkamp 2000, Mangram et al. 1999, Bernasconi 2000, Stürmer 1999, Gillespie 2002, Patchen Dellinger et al. 1994).</p> <p>Eine angemessene Antibiotikaprophylaxe reduziert die Rate an Wundinfektionen bei Minimierung von Neben- und Wechselwirkungen, wie z. B. negativer Beeinflussung der Darmflora mit konsekutiver Ausbildung einer Colitis (durch Clostridium difficile). Sie sollte außerdem die Ausbildung von antibiotikaresistenten Keimen nicht begünstigen. Bereits die Gabe einer Einzeldosis eines Antibiotikums („single shot“- Prophylaxe) vor Beginn der Operation geschlossener Frakturen senkt das Risiko nosokomialer oberflächlicher und tiefer Wundinfektionen und Harnwegsinfekte (Southwell-Keely et al. 2004).</p> <p>Jaeger et al. diskutieren die Empfehlungen zur Antibiotikaprophylaxe kritisch und stellen fest, dass für die osteosynthetische Versorgung geschlossener Frakturen die Evidenz umstritten sei (Jaeger et al. 2006).</p>
Literaturverzeichnis	<p>Bernasconi E, Francioli P. Empfehlungen zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe. Swiss NOSO Juni 2000; 7 (2).</p> <p>Gillespie W. Hip fracture. Clin Evid 2002; (8): 1126-1148.</p> <p>Gillespie WJ, Walenkamp G. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures (Cochrane Review 2000). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Jaeger M, Maier D, Kern WV, Sudkamp NP. Antibiotics in trauma and orthopedic surgery - a primer of evidence-based recommendations. Injury. 2006 May;37 Suppl 2:S74-80.</p> <p>Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20 (4): 250-278.</p> <p>Patchen Dellinger E, Gross PA, Barrett TL, Krause PJ, Martone WJ, McGowan JE, Sweet RL, Wenzel RP. Quality Standard for Antimicrobial Prophylaxis in Surgical Procedures. Infection Control and Hospital Epidemiology 1994; 15: 182-188.</p> <p>Poulsen KB, Wachmann CH, Bremmelgaard A, Sørensen AI, Raahave D, Petersen JV. Survival of patients with surgical wound infection: a case-control study of common surgical interventions. British Journal of Surgery 1995; 82: 208-209.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. SIGN Publication 56. Oktober 2002.  <a href="http://www.sign.ac.uk/pdf/sign56.pdf">http://www.sign.ac.uk/pdf/sign56.pdf</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p>

	<p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Antibiotic Prophylaxis in Surgery: A National Clinical Guideline. SIGN Publication 45. 2000. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/45/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/45/index.html</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Southwell-Keely JP, Russo RR, March L, Cumming R, Cameron I, Brnabic AJ. Antibiotic prophylaxis in hip fracture surgery: a metaanalysis. Clin Orthop 2004; (419): 179-184.</p> <p>Stürmer KM. Leitlinien Unfallchirurgie. Stürmer KM (Hrsg.). 2. unveränderte Auflage, Stuttgart. Georg Thieme Verlag; 1999.</p>
--	---

44337

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	44337																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur																
Referenzbereich 2006	>= 95%																
Referenzbereich 2005	>= 95%																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Da der grundsätzliche Benefit einer Antibiotikagabe bei Endoprothesen- und Osteosynthesen-Eingriffen in der Literatur nachgewiesen wurde, hat die Fachgruppe einen Referenzbereich von >= 95% festgelegt, d. h. nur in seltenen begründeten Fällen (z. B. Allergie) sollte auf eine Antibiotikagabe verzichtet werden. Da zur Art und Häufigkeit der Applikation keine evidenzbasierten Erkenntnisse bestehen, wurden keine weiteren Kennzahlen und Referenzbereiche festgelegt.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Antibiotikaprophylaxe  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Feldnamen 9.0:</th> </tr> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17</td> <td>perioperative Antibiotikaprophylaxe</td> <td>0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter</td> <td>ANTIBIOPROPH</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Feldnamen 9.0:				Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	17	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter	ANTIBIOPROPH	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Feldnamen 9.0:																	
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
17	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter	ANTIBIOPROPH														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																



66110

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	66110																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																
Referenzbereich 2006	>= 95%																
Referenzbereich 2005	>= 95%																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Da der grundsätzliche Benefit einer Antibiotikagabe bei Endoprothesen- und Osteosynthesen-Eingriffen in der Literatur nachgewiesen wurde, hat die Fachgruppe einen Referenzbereich von >= 95% festgelegt, d. h. nur in seltenen begründeten Fällen (z. B. Allergie) sollte auf eine Antibiotikagabe verzichtet werden. Da zur Art und Häufigkeit der Applikation keine evidenzbasierten Erkenntnisse bestehen, wurden keine weiteren Kennzahlen und Referenzbereiche festgelegt.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Antibiotikaprophylaxe  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Feldnamen 9.0:</th> </tr> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17</td> <td>perioperative Antibiotikaprophylaxe</td> <td>0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter</td> <td>ANTIBIOPROPH</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Feldnamen 9.0:				Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	17	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter	ANTIBIOPROPH	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Feldnamen 9.0:																	
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
17	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter	ANTIBIOPROPH														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																

**Gefähigkeit bei Entlassung**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gefähigkeit bei Entlassung
Qualitätsziel	Selten Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Schenkelhalsfrakturen bedeuten für den älteren Menschen ein einschneidendes Ereignis mit der Gefahr des Verlustes oder der erheblichen Einschränkung der Gefähigkeit und Mobilität (Specht-Leible et al. 2003, Boonen et al. 2004).</p> <p>Die Gefähigkeit bei Entlassung stellt eine Grundvoraussetzung für die Wiederaufnahme eines selbst bestimmten Lebens nach dem stationären Aufenthalt dar. Die Gefähigkeit lässt die Prognose zu, welche Funktionen nach dem Eingriff wieder erlangt werden können (Boonen et al. 2004). Postoperative Mobilität und Gefähigkeit korrelieren zudem mit der postoperativen Letalität (Fox et al. 1998). Andress et al. (2005) stellten in einer prospektiven Untersuchung allerdings fest, dass sich Mobilität und Selbstständigkeit trotz operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur insgesamt erheblich abnahmen. Nur 50 bis 60% der Patienten erreichten nach dem Eingriff ihre Gefähigkeit vor dem Trauma wieder.</p> <p>Erste Priorität in der postoperativen Rehabilitation sollte in der Wiederherstellung der Gefähigkeit 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 des bestehenden Schulungsprogramms sind in der Diskussion (van Balen et al. 2002, Sherrington et al. 2003, Tinetti et al. 1999). Ältere gebrechliche Patienten profitieren von einem multidisziplinären Rehabilitationskonzept (Cameron et al. 2003, Cameron et al. 2000, Crotty et al. 2002, (Evidenzgrad II (SIGN 2002)).</p>
Literaturverzeichnis	<p>Andress HJ, Grubwinkler M, Forkl H, Schinkel C, Lob G. Veränderung der Lebenssituation des alten Patienten nach koxaler Femurfraktur. Zentralbl Chir 2005; 130: 142-147.</p> <p>Boonen S, Autier P, Barette M, Vanderschueren D, Lips P, Haentjens P. Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study. Osteoporos Int 2004; 15 (2): 87-94.</p> <p>Cameron ID, Handoll HHG, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Cameron I, Crotty M, Currie C, Finnegan T, Gillespie L, Gillespie W, Handoll H, Kurrle S, Madhok R, Murray G, Quinn K, Torgerson D. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technol Assess 2000; 4 (2): 1-111.</p> <p>Crotty M, Whitehead CH, Gray S, Finucane PM. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2002; 16 (4): 406-413.</p> <p>Fox KM, Hawkes WG, Hebel JR, Felsenthal G, Clark M, Zimmerman SI, Kenzora JE, Magaziner J. Mobility after hip fracture predicts health outcomes. J Am Geriatr Soc 1998; 46 (2): 169-173.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. SIGN Publication 56. Oktober 2002. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Sherrington C, Lord SR, Herbert RD. A randomised trial of weight-bearing versus non-weight-bearing exercise for improving physical ability in inpatients after hip fracture. Aust J Physiother 2003; 49 (1): 15-22.</p> <p>Specht-Leible N, Schultz U, Kraus B, Meeder PJ, Quentmeier A, Ewerbeck V, Voss E, Martin M, Oster P. Case-Management und funktionelle Ergebnisse nach proximaler Femurfraktur im</p>

	<p>höheren Lebensalter. Der Unfallchirurg 2003; 106 (3): 207-214.</p> <p>Tinetti ME, Baker DI, Gottschalk M, Williams CS, Pollack D, Garrett P, Gill TM, Marottoli RA, Acampora D. Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: a randomized trial. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80 (8): 916-922.</p> <p>van Balen R, Steyerberg EW, Cools HJ, Polder JJ, Habbema JD. Early discharge of hip fracture patients from hospital: transfer of costs from hospital to nursing home. Acta Orthop Scand 2002; 73 (5): 491-495.</p>
--	--

72658

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	72658																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur																
Referenzbereich 2006	Referenzbereich ausgesetzt																
Referenzbereich 2005	>= 59,0% (5%-Perzentile)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Das Feedback der Anwender zum Datensatz 2006 zeigte, dass das Datenfeld zur Gehfähigkeit missverständlich formuliert war. Häufig wurde „ja“ eingetragen, obwohl man „nein“ meinte. Die Fachgruppe hat daher 2006 den Referenzbereich ausgesetzt. 2007 liegen die Datenfelder optimiert vor.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und folgenden Entlassungsgründen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlung regulär beendet</li> <li>- Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> <li>- Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>- Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> </ul>																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40</td> <td>Operationsbe-dingte Einschränkung des selbstständigen Gehens</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>OPBEDEINSCHRSG</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>Entlassungsgrund</td> <td>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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet,</td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	40	Operationsbe-dingte Einschränkung des selbstständigen Gehens	0 = nein 1 = ja	OPBEDEINSCHRSG	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet,	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
40	Operationsbe-dingte Einschränkung des selbstständigen Gehens	0 = nein 1 = ja	OPBEDEINSCHRSG														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet,	ENTLGRUND														

Hüftgelenknahe Femurfraktur

			<p>nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>18 = Rückverlegung</p> <p>19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p>	
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind aufgrund einer Datensatzänderung bedingt mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

72710

<b>Definition Kennzahl</b>																			
ID-Kennzahl	72710																		
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																		
Referenzbereich 2006	Referenzbereich ausgesetzt																		
Referenzbereich 2005	≥ 50,0% (5%-Perzentile)																		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Das Feedback der Anwender zum Datensatz 2006 zeigte, dass das Datenfeld zur Gehfähigkeit missverständlich formuliert war. Häufig wurde „ja“ eingetragen, obwohl man „nein“ meinte. Die Fachgruppe hat daher 2006 den Referenzbereich ausgesetzt. 2007 liegen die Datenfelder optimiert vor.																		
Referenz Bundesauswertung 2006																			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																		
Rechenregel	<p>Zähler: Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11) und folgenden Entlassungsgründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlung regulär beendet</li> <li>- Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> <li>- Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>- Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> </ul>																		
Erläuterung der Rechenregel	-																		
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Item</th> <th style="width: 35%;">Bezeichnung</th> <th style="width: 35%;">Schlüssel</th> <th style="width: 20%;">Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40</td> <td>operationsbedingte Einschränkung des selbstständigen Gehens (mit Gehhilfen)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>OPBEDEINSCHRSG</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>Entlassungsgrund</td> <td>                     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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                      09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung                      10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung                      11 = Entlassung in ein Hospiz                      12 = Interne Verlegung                      13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung                      14 = Behandlung aus sonstigen                 </td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	40	operationsbedingte Einschränkung des selbstständigen Gehens (mit Gehhilfen)	0 = nein 1 = ja	OPBEDEINSCHRSG	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																
40	operationsbedingte Einschränkung des selbstständigen Gehens (mit Gehhilfen)	0 = nein 1 = ja	OPBEDEINSCHRSG																
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen	ENTLGRUND																

			<p>Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>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</p> <p>18 = Rückverlegung</p> <p>19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p>	
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind aufgrund einer Datensatzänderung bedingt mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

**Gefäßläsion oder Nervenschaden**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gefäßläsion oder Nervenschaden
Qualitätsziel	Selten Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p><b>Gefäßläsionen</b> als Komplikation der operativen Versorgung von Schenkelhalsfrakturen sind seltene Ereignisse, die jedoch eine erhebliche Beeinträchtigung des Patienten z. B. durch Gefäßrekonstruktionsoperationen und ggf. dauerhafte antikoagulative Therapie nach sich ziehen können.</p> <p>In der Literatur werden diese Ereignisse in der Regel als Fallberichte publiziert. 122 dieser Fallberichte wurden innerhalb einem Review von Lazarides et al. (1991) analysiert. Bei 93 (74%) dieser Fälle traten Gefäßverletzungen nach Endoprothesenimplantation, bei 27 (21%) im Rahmen der Versorgung von hüftgelenknahen Frakturen und bei 6 anderen Hüftoperationen auf. In dieser Publikation wird eine Letalität von 9% und eine „Disability“ von 17% nach Arterienverletzung im Rahmen von Hüftendoprothesenimplantation berichtet. Iatrogene Gefäßläsionen wurden mit einer Rate von 0,21% (3 Fälle von 1.417 Patienten in 5 Jahren) angegeben.</p> <p><b>Nervenschäden</b> als intra- oder postoperative Komplikation können für den Patienten eine erhebliche Beeinträchtigung mit Minderung oder Verlust von Kraft oder Kontrolle der betroffenen Extremität bedeuten. Nervenschäden nach Schenkelhalsfrakturen sind offenbar selten bzw. werden selten entdeckt (Barrack &amp; Butler 2003). Sie sind dem Unfallmechanismus selbst oder dem operativen Eingriff anzulasten.</p> <p>Es werden komplette und inkomplette Nervenschäden unterschieden. Unmittelbar können N. femoralis und N. ischiadicus betroffen sein. Simmons et al. (1991) berichten über 2,3% Femoralisnervenverletzungen (10 von 440 Patienten). Sie machen die Operationstechnik (fehlplazierte Wundhaken am Azetabulum und den anterolateralen Zugangsweg) für die Nervenläsionen, die sich alle innerhalb eines Jahres spontan erholten, verantwortlich. 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).</p> <p>Ein Cochrane Review findet ein relativ erhöhtes Nervenverletzungsrisiko beim lateralen Operationszugang zur Hüfte. Aufgrund methodischer Schwächen der zitierten Studien wird zur Evidenz nicht Stellung genommen (Jolles &amp; Bogoch 2003).</p> <p>Die seltenen Komplikationen Gefäßverletzung und Nervenschaden wurden zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Barrack RL, Butler RA. Avoidance and management of neurovascular injuries in total hip arthroplasty. Instr Course Lect 2003; 52: 267-274.</p> <p>Jolles BM, Bogoch ER. Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Lazarides MK, Arvanitis DP, Dayantas JN. Iatrogenic Arterial Trauma Associated with Hip Joint Surgery: An Overview. Eur J Vasc Surg 1991; 5: 549-556.</p> <p>Lyon T, Koval KJ, Kummer F, Zuckerman JD. Pudendal nerve palsy induced by fracture table. Orthop Rev 1993; 22 (5): 521-525.</p> <p>Simmons C, Jr., Izant TH, Rothman RH, Booth RE, Jr., Balderston RA. Femoral neuropathy following total hip arthroplasty. Anatomic study, case reports, and literature review. J Arthroplasty 1991; 6 Suppl: S57-S66.</p> <p>Vermeiren J, Brabants K, Van Hoye M. Paralysis of the peroneal nerve following hip fracture treatment. Acta Orthop Belg 1995; 61 (2): 122-125.</p>



73797

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	73797																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur																
Referenzbereich 2006	<=2%																
Referenzbereich 2005	Diese Kennzahl wurde 2005 nicht ausgewertet																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Aus der Literatur ergibt sich, dass eine niedrige Gefäßläsionsrate und Nervenschädigungsrate zu erwarten ist. Im Expertenkonsens wird daher <= 2% als Referenzbereich festgelegt.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27</td> <td>Gefäßläsion</td> <td>1 = ja</td> <td>GEFAESSLAESION</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>Nervenschaden</td> <td>1 = ja</td> <td>NERVENSCHADEN</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	27	Gefäßläsion	1 = ja	GEFAESSLAESION	28	Nervenschaden	1 = ja	NERVENSCHADEN	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
27	Gefäßläsion	1 = ja	GEFAESSLAESION														
28	Nervenschaden	1 = ja	NERVENSCHADEN														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Kennzahl wurde 2006 erstmals berechnet. Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																

73806

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	73806																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																
Referenzbereich 2006	<=2%																
Referenzbereich 2005	Diese Kennzahl wurde 2005 nicht ausgewertet																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Aus der Literatur ergibt sich, dass eine niedrige Gefäßläsionsrate und Nervenschädigungsrate zu erwarten ist. Im Expertenkonsens wird daher <= 2% als Referenzbereich festgelegt.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27</td> <td>Gefäßläsion</td> <td>1 = ja</td> <td>GEFAESSLAESION</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>Nervenschaden</td> <td>1 = ja</td> <td>NERVENSCHADEN</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	27	Gefäßläsion	1 = ja	GEFAESSLAESION	28	Nervenschaden	1 = ja	NERVENSCHADEN	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
27	Gefäßläsion	1 = ja	GEFAESSLAESION														
28	Nervenschaden	1 = ja	NERVENSCHADEN														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Kennzahl wurde 2006 erstmals berechnet. Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.																

**Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur
Qualitätsziel	Selten Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p><b>Implantatfehlage, Implantatdislokation</b>                  Eine Implantatfehlage oder -dislokation als intra- oder postoperative Komplikation bedeutet für den Patienten eine erhebliche Beeinträchtigung, in der Regel mit der Notwendigkeit eines Revisionseingriffs. Entweder wird dann ein Verfahrenswechsel von der primär osteosynthetischen Versorgung zur Endoprothese vorgenommen oder es wird ein Prothesenwechsel bzw. Teilprothesenwechsel bei primär endoprothetischer Versorgung durchgeführt. Revisionseingriffe verlängern den stationären Aufenthalt und erhöhen die Letalität (Lu-Yao et al. 1994, Palmer et al. 2000, Keating et al. 1993).</p> <p>In der internationalen Literatur liegen Daten zu Implantatversagen oder Fehlimplantation (Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch) nicht auf den Zeitraum des stationären Aufenthaltes bezogen vor. Evaluationsstudien beziehen sich in der Regel auf einen Ein- oder Zweijahreszeitraum. Die kürzeste berichtete Zeitspanne postoperativ bezieht die ersten postoperativen 3 bis 4 Monate ein (Roden et al. 2003).</p> <p style="text-align: center;"><b>Implantatfehlage</b></p> <p>Eine anatomiegerechte Reposition und stabile Fixation von dislozierten Schenkelhalsfrakturen ist die Voraussetzung für die Knochenheilung (Garden &amp; Orth 1974).</p> <p style="text-align: center;"><b>Implantatdislokation/Trennschärfe der Terminologie</b></p> <p>Die Implantatdislokation beschreibt eine Änderung der Lage von primär als „regelrecht implantiert“ eingeschätzten Osteosynthesematerialien bzw. Prothesen innerhalb der Knochensubstanz.</p> <p style="text-align: center;"><i>Endoprothetische Versorgung</i></p> <p>Es gibt Hinweise, dass dieser Begriff nicht von allen Anwendern der Erhebungsinstrumente in der externen Qualitätssicherung bei Prothesenimplantationen trennscharf zum Begriff „Prothesenluxation“ (als Diskonnektion der gelenkigen Verbindung) verwendet worden ist. kann nicht . Zu Implantatdislokation und Fehllagen bei endoprothetischer Versorgung finden sich in der Literatur keine Hinweise.</p> <p style="text-align: center;"><i>Osteosynthetische Versorgung</i></p> <p>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 „pseudoarthrosis“ 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%) Patienten aus 11 gepoolten Studien (Masson et al. 2003). Parker &amp; Blundell gebrauchen die Termini „fracture displacement“ und „failure of the fracture to unite“ synonym für „non-union“(Parker &amp; Blundell 1998). Lu-Yao et al. (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.</p> <p><b>Fraktur</b></p> <p>Der Terminus „Fraktur“ als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation beschreibt ein klar definiertes Ereignis.</p> <p>Eine innerhalb der Frakturversorgung zusätzlich aufgetretene Fraktur bedeutet für 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 Endoprothese) bzw.</p>

	<p>Prothesenwechsel oder Teilprothesenwechsel (bei primär endoprothetischer Versorgung) notwendig. Revisionseingriffe verlängern den stationären Aufenthalt und erhöhen die Sterblichkeit (Palmer et al. 2000).</p> <p>Berichte über Periimplantat-Frakturen sind rar. In wie weit die Frakturen auf Implantatlockerung oder erneuten Sturz zurückzuführen sind, wird meistens nicht berichtet: Masson et al. (2003) haben aus gepoolten Daten aus 3 randomisierten kontrollierten Studien eine Inzidenz von periprothetischen Frakturen von 2,3% (11/468 Patienten) und neu aufgetretenen Frakturen bei osteosynthetischer Versorgung von 0,2% (1/490 Patienten) errechnet.</p> <p>Palmer et al. haben bei 11 von 908 mit einer Hemiprothese versorgten Schenkelhalsfrakturen eine periprothetische Fraktur festgestellt. Bei 7 von 780 mit kanülierten Schrauben behandelten Patienten kam es zu Frakturen unterhalb der Schrauben. 2 von 1.300 Patienten mit Gleitschraubenversorgung wiesen eine Fraktur unterhalb der Schenkelhalschraube auf. Die Nachuntersuchung erfolgte hier 2 Monate postoperativ sowie fakultativ bis 1 Jahr postoperativ (Palmer et al. 2000).</p> <p>Seit 2006 werden die seltenen Komplikationen der Implantatfehlage, –dislokation und der Fraktur in einem Qualitätsindikator ausgewertet.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Garden RS, Orth MCh. Reduction and Fixation of Subcapital Fractures of the Femur. Orthopedic Clinics of North America 1974; 5 (4): 683-712.</p> <p>Keating JF, Robinson CM, Court-Brown CM, McQueen MM, Christie J. The effect of complications after hip fracture on rehabilitation. J Bone Joint Surg Br 1993; 75 (6): 976.</p> <p>Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after Displaced Fractures of the Femoral Neck. The Journal of Bone and joint surgery 1994; 76-A (1): 15-25.</p> <p>Masson M, Parker MJ, Fleischer S. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Parker MJ, Blundell C. Choice of implant for internal fixation of femoral neck fractures – Meta-analysis of 25 randomised trials including 4,925 patients. Acta Orthop Scand 1998; 69 (2): 138-143.</p> <p>Palmer SJ, Parker MJ, Hollingworth W. The cost and implications of reoperation after surgery for fracture of the hip. The Journal of Bone and joint surgery 2000; 82 (6): 864-866.</p> <p>Roden M, Schon M, Fredin H. Treatment of displaced femoral neck fractures: a randomized minimum 5-year follow-up study of screws and bipolar hemiprotheses in 100 patients. Acta Orthop Scand 2003; 74 (1): 42-44.</p>

73802

<b>Definition Kennzahl</b>																					
ID-Kennzahl	73802																				
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur																				
Referenzbereich 2006	<=2%																				
Referenzbereich 2005	Diese Kennzahl wurde 2005 nicht ausgewertet																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006																					
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Implantatfehlage oder Implantatdislokation oder Fraktur  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 804 1442 1050"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23</td> <td>Implantatfehlage</td> <td>1 = ja</td> <td>IMPLANTATFEHLLA GE</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>Implantatdislokation</td> <td>1 = ja</td> <td>IMPLANTATDSLOKA TION</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>Fraktur</td> <td>1 = ja</td> <td>FRAKTUR</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	23	Implantatfehlage	1 = ja	IMPLANTATFEHLLA GE	24	Implantatdislokation	1 = ja	IMPLANTATDSLOKA TION	29	Fraktur	1 = ja	FRAKTUR	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
23	Implantatfehlage	1 = ja	IMPLANTATFEHLLA GE																		
24	Implantatdislokation	1 = ja	IMPLANTATDSLOKA TION																		
29	Fraktur	1 = ja	FRAKTUR																		
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	17/1:B																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Kennzahl wurde 2006 erstmals berechnet. Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																				

73810

<b>Definition Kennzahl</b>																					
ID-Kennzahl	73810																				
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																				
Referenzbereich 2006	<=2%																				
Referenzbereich 2005	Diese Kennzahl wurde 2005 nicht ausgewertet																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006																					
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Implantatfehlage oder Implantatdislokation oder Fraktur  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 801 1442 1048"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23</td> <td>Implantatfehlage</td> <td>1 = ja</td> <td>IMPLANTATFEHLLAGE</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>Implantatdislokation</td> <td>1 = ja</td> <td>IMPLANTATDSLOKATION</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>Fraktur</td> <td>1 = ja</td> <td>FRAKTUR</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	23	Implantatfehlage	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE	24	Implantatdislokation	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION	29	Fraktur	1 = ja	FRAKTUR	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
23	Implantatfehlage	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE																		
24	Implantatdislokation	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION																		
29	Fraktur	1 = ja	FRAKTUR																		
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	17/1:B																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Kennzahl wurde 2006 erstmals berechnet. Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																				

**Endoprothesenluxation**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Endoprothesenluxation
Qualitätsziel	Selten Endoprothesenluxation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Die frühe Luxation des Hüftgelenks, das nach Schenkelhalsfraktur mit einer Endoprothese versorgt wurde, kann eine schwerwiegende Komplikation darstellen. In den meisten Fällen tritt die Luxation in den ersten 8 postoperativen Wochen auf (Berry et al. 2004, Kohn et al. 1997, Li et al. 1999, Phillips et al. 2003). In ca. 30% der Fälle mit Hüftgelenkluxation beim Hüftgelenkersatz kommt es im Verlauf zu weiteren Luxationen. Ab der zweiten Reluxation muss eine Indikation zur Reoperation diskutiert werden (Kohn et al. 1997).</p> <p>Luxationen werden durch verschiedene patientenbedingte und operationstechnische Faktoren begünstigt. Der mentale Status (Johansson et al. 2000) und die Compliance des Patienten, die u. a. abhängig von einem Schulungsprogramm ist (Nadzadi et al. 2003), können Luxationstendenzen erheblich beeinflussen. So wird in einer randomisiert kontrollierten Studie für Patienten mit mentaler Dysfunktion eine Prothesen-Luxationsrate von 32% – gegenüber einer Rate von 12% bei Patienten mit altersentsprechender nicht-ingeschränkter mentaler Funktion – berichtet. Der Einfluss von operativem Zugangsweg, Stellung der Pfanne bei Totalendoprothesenimplantation, Prothesentyp und Prothesendesign auf die Luxationstendenz werden kontrovers diskutiert (Masson et al. 2003, Berry et al. 2004, Lu-Yao et al. 1994, Jolles &amp; Bogoch 2003, Masonis &amp; Bourne 2002, Leenders et al. 2002, Haaker et al. 2003, Clarke et al. 2003, Bystrom et al. 2003).</p> <p>Für ein Cochrane Review wurden Luxationsraten nach endoprothetischer Versorgung von Schenkelhalsfrakturen aus gepoolten Daten von 10 randomisierten kontrollierten Studien berechnet. Es wurde eine Luxationsrate von 3,7% für hemiprothetische Versorgung und von 15,8% für die totalendoprothetische Versorgung errechnet. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug mindestens ein Jahr (Masson et al. 2003).</p> <p>Die Luxationsrate stellt einen wichtigen Qualitätsparameter dar, der durch Auswahl des individuell geeigneten Versorgungsverfahrens und Implantats sowie optimierte operative Technik einerseits und postoperative Schulung und Führung des Patienten andererseits beeinflusst werden kann.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Berry DJ, von Knoch M, Schleck CD, Harmsen WS. The Cumulative Long-Term Risk of Dislocation After Primary Charnley Total Hip Arthroplasty. The Journal of Bone and joint surgery 2004; 86-A (1): 9-14.</p> <p>Bystrom S, Espehaug B, Furnes O, Havelin LI. Femoral head size is a risk factor for total hip luxation: a study of 42.987 primary hip arthroplasties from the Norwegian Arthroplasty Register. Acta Orthop Scand 2003; 74 (5): 514-524.</p> <p>Clarke MT, Lee PT, Villar RN. Dislocation after total hip replacement in relation to metal-on-metal bearing surfaces. J Bone Joint Surg Br 2003; 85 (5): 650-654.</p> <p>Haaker R, Tiedjen K, Rubenthaler F, Stockheim M. [Computer-assisted navigated cup placement in primary and secondary dysplastic hips]. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2003; 141 (1): 105-111.</p> <p>Johansson T, Jacobsson S-A, Ivarsson I, Knutsson A, Wahlström O. Internal fixation versus total hip arthroplasty in the treatment of displaced femoral neck fractures – A prospective randomized study of 100 hips. Acta Orthop Scand 2000; 71 (6): 597-602.</p> <p>Jolles BM, Bogoch ER. Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Kohn D, Rühmann O, Wirth CJ. Die Verrenkung der Hüfttotalendoprothese unter besonderer Beachtung verschiedener Zugangswege. Z Orthop 1997; 135: 40-44.</p>

	<p>Leenders T, Vandeveld D, Mahieu G, Nuyts R. Reduction in variability of acetabular cup abduction using computer assisted surgery: a prospective and randomized study. <i>Comput Aided Surg</i> 2002; 7 (2): 99-106.</p> <p>Li E, Meding JB, Ritter MA, Keating EM, Faris PM. The natural history of a posteriorly dislocated total hip replacement. <i>J Arthroplasty</i> 1999; 14 (8): 964-968.</p> <p>Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after Displaced Fractures of the Femoral Neck. <i>The Journal of Bone and joint surgery</i> 1994; 76-A (1): 15-25.</p> <p>Masonis JL, Bourne RB. Surgical approach, abductor function, and total hip arthroplasty dislocation. <i>Clin Orthop</i> 2002; (405): 46-53.</p> <p>Masson M, Parker MJ, Fleischer S Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: <i>The Cochrane Library</i>, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Nadzadi ME, Pedersen DR, Yack H, Callaghan JJ, Brown TD. Kinematics, kinetics, and finite element analysis of commonplace maneuvers at risk for total hip dislocation. <i>Journal of Biomechanics</i> 2003; 36: 577-591.</p> <p>Phillips CB, Barrett JA, Losina E, Mahomed NN, Lingard EA, Guadagnoli E, Baron JA, Harris WH, Poss R, Katz JN. Incidence Rates of Dislocation, Pulmonary Embolism, and Deep Infection During the First Six Months After Elective Total Hip Replacement. <i>The Journal of Bone and joint surgery</i> 2003; 85-A (1): 20-26.</p>
--	--



44256

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	44256																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur																
Referenzbereich 2006	<=5%																
Referenzbereich 2005	<= 4,9% (95%-Perzentile)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 95%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 5% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Endoprothesenluxation  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 835 1444 1290"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>Endoprothesenluxation</td> <td>1 = ja</td> <td>PROTHLUXATIO</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Operationsverfahren</td> <td>1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige</td> <td>OPVERFAHREN171</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	25	Endoprothesenluxation	1 = ja	PROTHLUXATIO	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
25	Endoprothesenluxation	1 = ja	PROTHLUXATIO														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																

66041

<b>Definition Kennzahl</b>																	
ID-Kennzahl	66041																
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																
Referenzbereich 2006	<=5%																
Referenzbereich 2005	<= x% (95%-Perzentile, wegen geringer Krankenhausanzahl nicht bestimmt)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 95%-Perzentilen der Jahre 2004 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 5% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Endoprothesenluxation  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11) und endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 835 1442 1290"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>Endoprothesenluxation</td> <td>1 = ja</td> <td>PROTHLUXATIO</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Operationsverfahren</td> <td>1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige</td> <td>OPVERFAHREN171</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	25	Endoprothesenluxation	1 = ja	PROTHLUXATIO	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
25	Endoprothesenluxation	1 = ja	PROTHLUXATIO														
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG														
19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilsierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	17/1:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																

**Postoperative Wundinfektion**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative Wundinfektion
Qualitätsziel	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Infektionen sind gefürchtete Komplikationen nach operativer Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen und gehen mit einer erhöhten postoperativen Letalität 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 2000). Postoperative Wundinfektionen können durch Reoperation einschließlich Prothesenentfernung und lang andauernde Krankenhausaufenthalte mit antibiotischer Therapie erhebliche Kosten verursachen.</p> <p>Faktoren, welche postoperative Infektionen begünstigen, sind z. B. lange Operationsdauer, hohes Alter des Patienten und präoperative Wundkontamination. Diesem Umstand wird bei Berechnung von Wundinfektionsraten gemäß CDC (Centers for Disease Control) Rechnung getragen, in dem man die Patienten in Risikoklassen einteilt (Culver et al. 1991).</p> <p>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. Das Cochrane Review von Masson (Masson et al. 2003) sieht anhand gepoolter Daten aus 10 Studien für die oberflächlichen Wundinfektionen keine Unterschiede des relativen Risikos bezüglich der Operationsverfahren Endoprothese vs. Osteosynthese. Für tiefe Wundinfektionen scheint ein erhöhtes Risiko bei hemiprothetischen Verfahren im Vergleich zur Osteosynthese zu bestehen.</p> <p>Das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (2007) berichtet für den Zeitraum 2001 bis 2005 für offene Repositionen mit Osteosynthese eine Wundinfektion von 2,39%, bei geschlossenen Repositionen 2,78% und bei endoprothetischer Versorgung einer Hüftgelenksfraktur 3,49%.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG, Banerjee S, Edwards JR, Tolson JS, Henderson TS, Hughes JM. Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. The American Journal of Medicine 1991; 91 (Suppl 3B): 152S-157S.</p> <p>Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after Displaced Fractures of the Femoral Neck. The Journal of Bone and joint surgery 1994; 76-A (1): 15-25.</p> <p>Luthje P, Nurmi I, Aho H, Honkanen P, Jokipii P, Kataja M, Kytomaa J, Nirhamo J, Pekkanen A, Rimpilainen J, Sihvonen R, Sinisaari I, Tulikoura I, Valtonen V. Single-dose antibiotic prophylaxis in osteosynthesis for hip fractures. A clinical multicentre study in Finland. Ann Chir Gynaecol 2000; 89 (2): 125-130.</p> <p>Masson M, Parker MJ, Fleischer S. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen. KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Abschnitt A: Referenzdaten. 2005. <a href="http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/referenz_op.pdf">http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/referenz_op.pdf</a> (Recherchedatum: 17.02.2007).</p> <p>Poulsen KB, Wachmann CH, Bremmelgaard A, Sörensen AI, Raahave D, Petersen JV. Survival of patients with surgical wound infection: a case-control study of common surgical interventions. British Journal of Surgery 1995; 82: 208-209.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Antibiotic Prophylaxis in Surgery: A National Clinical Guideline. SIGN Publication 45. 2000. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/45/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/45/index.html</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Smektala R, Wenning M, Luka M, Ekkernkamp A. Bilanz der Tracerdiagnose</p>

	"Oberschenkelhalsfraktur": Ein Bericht über 5 Jahre externe Qualitätssicherung. Zentralblatt für Chirurgie 2000; 125 (Suppl 2): 211-217.
--	--

44257

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	44257												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur												
Referenzbereich 2006	<= 5%												
Referenzbereich 2005	<= 5%												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den Daten des Nationalen Referenzzentrums zur Surveillance nosokomialer Infektionen (NRZ) wurde die aufgerundete doppelte Wundinfektionsrate als Referenzbereich definiert.												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 835 1442 1014"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31</td> <td>postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>POSTOPWUNDINFEKTION</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	31	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
31	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												

66043

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	66043												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur												
Referenzbereich 2006	<= 5%												
Referenzbereich 2005	<= 5%												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den Daten des Nationalen Referenzzentrums zur Surveillance nosokomialer Infektionen (NRZ) wurde die aufgerundete doppelte Wundinfektionsrate als Referenzbereich definiert.												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 835 1442 1014"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31</td> <td>postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>POSTOPWUNDINFEKTION</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	31	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
31	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												

**Wundhämatome / Nachblutungen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	9
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wundhämatome / Nachblutungen
Qualitätsziel	Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Blutungskomplikationen nach Versorgung von Schenkelhalsfrakturen bedeuten u. U. für den Patienten vermehrte Schmerzen durch Schwellung, erhöhte Infektionsgefahr und ggf. die Notwendigkeit eines Revisionseingriffs. Mit dem vorliegenden Qualitätsindikator wird auf diejenigen Blutungskomplikationen fokussiert, die zu operativen Revisionseingriffen führen.</p> <p>Blutungskomplikationen können durch Gefäßverletzung, traumatisierte Muskulatur, den Operationszugang (Jolles &amp; Bogoch 2003) - also operationstechnisch - bedingt sein. Patientenabhängige Faktoren sind die Beeinträchtigung der Blutgerinnung - vorbestehend oder durch gerinnungshemmende Maßnahmen (SIGN 2002, Turpie et al. 2002, Strebel et al. 2002).</p> <p>Die Definition einer „Blutungskomplikation“ erfolgt in verschiedenen Untersuchungen nicht einheitlich. Sie ist international am ehesten vergleichbar mit „major bleeding“<sup>1</sup> und in dieser Definitionsanwendung reliabel (Graafsma et al. 1997).</p> <p>Zu Blutungskomplikationen als operationstechnischem oder verfahrenstechnischem Problem (Osteosynthese/Endoprothese) wird quantitativ weder in Cochrane Reviews noch in Leitlinien Stellung genommen. Für unfallchirurgische Patienten, die mit unfraktioniertem Heparin behandelt wurden, lag das von Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2002) angegebene Blutungsrisiko bei 3,8% (4/106 Fällen). In einer Metaanalyse von 4 Studien (Turpie et al. 2002) wurden 63/3.621 (1,7%) major bleedings unter Enoxaparin gesehen, von denen 8 revidiert wurden.</p> <p>Wichtig im Hinblick auf Blutungskomplikationsraten unter Thromboseprophylaxe scheint der Zeitpunkt der Gabe des Medikaments zu sein: In Europa wird bei Elektiveingriffen in der Regel 12 Stunden präoperativ mit der medikamentösen Thromboseprophylaxe begonnen, in den USA 12 bis 48 h postoperativ. Eine niederländische Metaanalyse (Strebel et al. 2002) untersuchte den Einfluss des Zeitpunktes der Gabe eines niedermolekularen Heparins auf Thrombose und Blutungsrisiko. Von 1.926 Patienten mit präoperativer Prophylaxe hatten 1,4% eine Blutungskomplikation. Bei 925 Patienten mit einem perioperativen (weniger als 12 h prä- oder postoperativ) Applikationsregime lag die Rate an Blutungskomplikationen bei 6.3%, bei postoperativer Gabe (694 Patienten) bei 2,5%.</p> <p><sup>1</sup> 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</p>
Literaturverzeichnis	<p>Graafsma YP, Prins MH, Lensing AWA, de Haan RJ, Huisman MV, Büller HR. Bleeding Classification in Clinical Trials: Observer Variability and Clinical Relevance. <i>Thromb Haemost</i> 1997; 78: 1189-1192.</p> <p>Jolles BM, Bogoch ER. Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis (Cochrane Review 2003). In: <i>The Cochrane Library</i>, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of Venous Thromboembolism. SIGN Publication 62. Oktober 2002. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/62/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/62/index.html</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Strebel N, Prins M, Agnelli G, Buller HR. Preoperative or postoperative start of prophylaxis for venous thromboembolism with low-molecular-weight heparin in elective hip surgery? <i>Arch Intern Med</i> 2002; 162 (13): 1451-1456.</p> <p>Turpie AGG, Bauer KA, Eriksson BI, Lassen MR. Fondaparinux vs Enoxaparin for the Prevention of Venous Thromboembolism in Major Orthopedic Surgery – A Meta-analysis of 4 Randomized Double-blind Studies. <i>Archives of Internal Medicine</i> 2002; 162: 1833-1840.</p>

44329

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	44329												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur												
Referenzbereich 2006	<=12 %												
Referenzbereich 2005	<= 11,8% (95%-Perzentile)												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 95%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 12% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 804 1442 958"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26</td> <td>Wundhämatom/Nachblutung</td> <td>1 = ja</td> <td>HAEMATBLUTUN</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	26	Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	HAEMATBLUTUN	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
26	Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	HAEMATBLUTUN										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												



66159

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	66159												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur												
Referenzbereich 2006	<= 12 %												
Referenzbereich 2005	<= 11,4% (95%-Perzentile)												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 95%-Perzentilen der Jahre 2004 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 12% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 804 1442 958"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26</td> <td>Wundhämatom/Nachblutung</td> <td>1 = ja</td> <td>HAEMATBLUTUN</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	26	Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	HAEMATBLUTUN	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
26	Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	HAEMATBLUTUN										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												

**Allgemeine postoperative Komplikationen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	10
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine postoperative Komplikationen
Qualitätsziel	Selten allgemeine postoperative Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Neben den operationsbedingten peri- und postoperativen Komplikationen können insbesondere kardiopulmonale Komplikationen akut lebensbedrohlich sein. Diese Komplikationen korrelieren häufig mit der Anzahl an vorbestehenden Begleiterkrankungen, weshalb dieser Qualitätsindikator nach ASA-Kriterien stratifiziert ist.</p> <p><b>Kardiovaskuläre Komplikationen</b> Für intraoperative Blutdruckabfälle wird die insbesondere der Zementierungstechnik zugeschriebene Histaminausschüttung während der Zementapplikation verantwortlich gemacht. Die Histaminausschüttung kann mit Antihistaminika gemildert werden (Tryba et al. 1991). Moderne Zementierungstechniken minimieren die Probleme, die durch Fettembolien entstehen (Pitto et al. 1999; Kassim et al. 2003). Quantitative Angaben zu Infarkten nach Hüftendoprothetik sind rar. Mantilla et al. nennen eine Infarktrate von 0,4% (Mantilla et al. 2002).</p> <p><b>Thromboembolische Komplikationen</b> Thromboembolische Komplikationen können tödlich oder akut lebensbedrohlich sein oder aber den Patienten durch Langzeitfolgen schwer beeinträchtigen. 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.</p> <p>Symptomatische tiefe Beinvenenthrombosen bedürfen einer spezifischen Behandlung, die den Krankenhausaufenthalt verlängern oder ggf. eine Wiederaufnahme nötig macht. Spätfolge einer symptomatischen tiefen Beinvenenthrombose kann das sog. postthrombotische Syndrom sein, das Symptome von Schwellneigung bis zu chronischen Beinulzerationen aufweist und bei bis zu 10% aller Patienten mit symptomatischer tiefer Beinvenenthrombose auftritt. Rezidivthrombosen sind nicht selten (SIGN 2002).</p> <p>Das Risiko asymptomatischer und symptomatischer tiefer Beinvenenthrombosen und thromboembolischer Komplikationen ist nach Frakturen und/oder Operationen der Hüfte ohne Prophylaxemaßnahmen besonders hoch. Das Risiko für tödliche Lungenembolien ist bei hüftgelenknahen Femurfrakturen höher als bei elektiver Hüftgelenkschirurgie (Evidenzgrad 2+ nach SIGN 62).</p> <p>Ein Qualitätsziel im Rahmen der Behandlung der Hochrisikogruppe „Patienten mit Schenkelhalsfraktur“ 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 (Evidenzgrad 1++ nach SIGN 2002).</p> <p><b>Sonstige Komplikationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperative Verwirrtheit Eine schwedische Fallstudie sah bei 11,7% von 225 über 65-jährigen Patienten eine bis zu 48 Stunden andauernde postoperative Verwirrtheit (Duppils &amp; Wikblad 2000). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Hüftluxationen bevorzugt bei Patienten mit mentaler Dysfunktion entstehen, sollten postoperative Verwirrheitszustände besonders ernst genommen werden (Kassim et al. 2003).</li> <li>• Gastrointestinale Komplikationen Gastrointestinale Komplikationen werden mit einer Inzidenz von 1,2 bis 4,6% angegeben (Kassim et al. 2003, Bederman et al. 2001).</li> <li>• Harnwegserkrankungen Harnretention (bis zu 35% der Fälle) und (katheterassozierte) Harnwegsinfekte sind bekannte Komplikationen nach operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur (Kassim et al. 2003).</li> </ul>

	<p>Harnretention und Hypotonie sind häufiger bei Epiduralanästhesie als bei systemischer Analgesie (Choi et al. 2003).</p> <p>Zur Vereinheitlichung des Qualitätsindikators (Zählerereignisse) wird 2006 erstmals die Komplikationsrate ohne „sonstige“ gerechnet.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Bederman SS, Betsy M, Winiarsky R, Seldes RM, Sharrock NE, Sculco TP. Postoperative ileus in the lower extremity arthroplasty patient. J Arthroplasty 2001; 16 (8): 1066-1070.</p> <p>Choi PT, Bhandari M, Scott J, Douketis J. Epidural analgesia for pain relief following hip or knee replacement. (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Duppils GS, Wikblad K. Acute confusional states in patients undergoing hip surgery. a prospective observation study. Gerontology 2000; 46 (1): 36-43.</p> <p>Kassim RA, Saleh KJ, Almacari G, Badra M, Young K, Esterberg JL. Systemic complications following total hip arthroplasty. J South Orthop Assoc 2003; 12 (2): 112-116.</p> <p>Mantilla CB, Horlocker TT, Schroeder DR, Berry DJ, Brown DL. Frequency of myocardial infarction, pulmonary embolism, deep venous thrombosis, and death following primary hip or knee arthroplasty. Anesthesiology 2002; 96 (5): 1140-1146.</p> <p>Pitto RP, Koessler M, Kuehle JW. Comparison of fixation of the femoral component without cement and fixation with use of a bone-vacuum cementing technique for the prevention of fat embolism during total hip arthroplasty. A prospective, randomized clinical trial. J Bone Joint Surg Am 1999; 81 (6): 831-843.</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of Venous Thromboembolism. SIGN Publication 62. Oktober 2002. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/62/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/62/index.html</a> (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Tryba M, Linde I, Voshage G, Zenz M. [Histamine release and cardiovascular reactions to implantation of bone cement during total hip replacement]. Anaesthesist 1991; 40 (1): 25-32.</p>

66551

<b>Definition Kennzahl</b>																									
ID-Kennzahl	66551																								
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur																								
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)																								
Referenzbereich 2005	<= 33,3% (95%-Perzentile)																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Aufgrund der Zusammenfassung verschiedener seltener Komplikationen in einer Kennzahl, lässt sich ein evidenzbasierter fixer Referenzbereich nicht bestimmen. Im Gegensatz zu den den Vorjahren wird 2006 erstmals die Gruppe der „sonstigen“ Komplikationen nicht in die Kennzahl eingerechnet																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer der folgenden Komplikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonie</li> <li>• Kardiovaskuläre Komplikationen</li> <li>• Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen</li> <li>• Lungenembolie</li> </ul> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)</p>																								
Erläuterung der Rechenregel	-																								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 1039 1442 1341"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35</td> <td>Pneumonie</td> <td>1 = ja</td> <td>PNEUMONIE</td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>Kardiovaskuläre Komplikation(en)</td> <td>1 = ja</td> <td>KARDVASKKOMP</td> </tr> <tr> <td>37</td> <td>Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen</td> <td>1 = ja</td> <td>THROMBOSEN</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>Lungenembolie</td> <td>1 = ja</td> <td>LUNGEMBOLIE</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	35	Pneumonie	1 = ja	PNEUMONIE	36	Kardiovaskuläre Komplikation(en)	1 = ja	KARDVASKKOMP	37	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen	1 = ja	THROMBOSEN	38	Lungenembolie	1 = ja	LUNGEMBOLIE	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																						
35	Pneumonie	1 = ja	PNEUMONIE																						
36	Kardiovaskuläre Komplikation(en)	1 = ja	KARDVASKKOMP																						
37	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen	1 = ja	THROMBOSEN																						
38	Lungenembolie	1 = ja	LUNGEMBOLIE																						
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																								
Teildatensatzbezug	17/1:B																								
Kommentar zur Kennzahl	-																								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2005 ab.																								

66570

<b>Definition Kennzahl</b>																									
ID-Kennzahl	66570																								
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur																								
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)																								
Referenzbereich 2005	<= 34,3% (95%-Perzentile)																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Aufgrund der Zusammenfassung verschiedener seltener Komplikationen in einer Kennzahl, lässt sich ein evidenzbasierter fixer Referenzbereich nicht bestimmen. Im Gegensatz zu den den Vorjahren wird 2006 erstmals die Gruppe der „sonstigen“ Komplikationen nicht in die Kennzahl eingerechnet																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer der folgenden Komplikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonie</li> <li>• Kardiovaskuläre Komplikationen</li> <li>• Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose</li> <li>• Lungenembolie</li> </ul> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)</p>																								
Erläuterung der Rechenregel	-																								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35</td> <td>Pneumonie</td> <td>1 = ja</td> <td>PNEUMONIE</td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>Kardiovaskuläre Komplikationen</td> <td>1 = ja</td> <td>KARDVASKKOMP</td> </tr> <tr> <td>37</td> <td>Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen</td> <td>1 = ja</td> <td>THROMBOSEN</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>Lungenembolie</td> <td>1 = ja</td> <td>LUNGEMBOLIE</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	35	Pneumonie	1 = ja	PNEUMONIE	36	Kardiovaskuläre Komplikationen	1 = ja	KARDVASKKOMP	37	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen	1 = ja	THROMBOSEN	38	Lungenembolie	1 = ja	LUNGEMBOLIE	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																						
35	Pneumonie	1 = ja	PNEUMONIE																						
36	Kardiovaskuläre Komplikationen	1 = ja	KARDVASKKOMP																						
37	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen	1 = ja	THROMBOSEN																						
38	Lungenembolie	1 = ja	LUNGEMBOLIE																						
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG																						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																								
Teildatensatzbezug	17/1:B																								
Kommentar zur Kennzahl	-																								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2005 ab.																								

**Reinterventionen wegen Komplikation**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	11
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Reinterventionen wegen Komplikation
Qualitätsziel	Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Reinterventionen sind ungeplante Folgeeingriffe wegen Komplikationen des Primäreingriffs. Die Zahl ungeplanter Folgeeingriffe in einer Einrichtung kann verfahrensbedingt (Osteosynthese vs. Endoprothese) sein, sie kann aber auch einen Hinweis auf Probleme bei der (interdisziplinären) Prozessqualität geben (Parker et al. 2000).</p> <p>Reinterventionsraten in der Literatur sind schwer zu vergleichen. Die Nachbeobachtungszeiträume betragen meist ein Jahr oder länger.</p> <p>Bezüglich des Vermeidens von „major secondary operations“ zeigt sich die totalendoprothetische Versorgung der osteosynthetischen Versorgung und der Hemiprothese überlegen, die Osteosynthese wird wiederum besser bewertet als die hemiprothetische Versorgung (Masson et al. 2003). Gillespie gibt in seinem Review eine Einjahres-Reoperationsrate von 44% nach Osteosynthese und 12,6% für Totalendoprothesenversorgung an (Gillespie 2002).</p> <p>In Schweden stellt die “Reoperationsrate nach Hüftfraktur“ einen von fünf Indikatoren der externen Qualitätssicherung im Bereich „Krankheiten des Bewegungsapparates“ („muskuloskeletal organs“) dar.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Gillespie W. Hip fracture. Clin Evid 2002; (8): 1126-1148.</p> <p>Masson M, Parker MJ, Fleischer S. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Parker MJ, Pryor GA, Myles J. 11-year results in 2.846 patients of the Peterborough Hip Fracture Project – Reduced morbidity, mortality and hospital stay. Acta Orthop Scand 2000; 71 (1): 34-38.</p>

44334

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	44334												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Schenkelhalsfraktur												
Referenzbereich 2006	<= 12 %												
Referenzbereich 2005	<= 11,1% (95%-Perzentile)												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 95%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 12% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 801 1442 1012"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>33</td> <td>Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>REINTERVENT</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	33	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
33	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												

66106

<b>Definition Kennzahl</b>													
ID-Kennzahl	66106												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei pertrochantärer Fraktur												
Referenzbereich 2006	<= 12 %												
Referenzbereich 2005	<= 10,3% (95%-Perzentile)												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert an den 95%-Perzentilen der Jahre 2004 bis 2005 hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 12% als fixe Referenzbereichsgrenze festgelegt												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 801 1442 1012"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>33</td> <td>Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>REINTERVENT</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Entlassungsdiagnose (n) ICD-10</td> <td>ICD10</td> <td>ENTLDIAG</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	33	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
33	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT										
43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	17/1:B												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.												



**Letalität**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
Laufende Nummer Indikator	12
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Letalität
Qualitätsziel	Geringe Letalität
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>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. Bei den Angaben zur Sterblichkeit ist der Beobachtungszeitraum zu beachten:</p> <p>Zur <i>Krankenhausletalität</i> 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).</p> <p>Roberts und Goldacre (2003) berichten von einer <i>30-Tage-Letalität</i> von 4% bei den 64 bis 69-Jährigen bis zu 31% bei den über 90-Jährigen.</p> <p>Diese erhöhte Sterblichkeit (20-35 %) besteht <i>über das erste postoperative Jahr</i> (Elliott et al. 2003, Woolf &amp; Pflieger 2003, Braithwaite et al. 2003, Goldacre et al. 2002, Fransen et al. 2002).</p> <p><b>Patientenbedingte Einflussfaktoren</b></p> <p><b>Begleiterkrankungen</b> In einer Studie von 417.657 Patienten mit großen Operationen („major surgery“) bestanden bei 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).</p> <p>Die Einschätzung des präoperativen Risikos kann anhand des ASA-Scores erfolgen. Patienten im Alter von 65 bis 84 Jahren mit einer ASA 3-Einschätzung weisen eine deutlich höhere standardisierte Ein-Jahres-Letalitätsrate als Patienten mit ASA 1 und 2 (Richmond et al. 2003).</p> <p><b>Perioperative und postoperative Komplikationen</b> Eine retrospektive Kohortenstudie (Lawrence et al. 2002) weist eine Letalitätsrate nach Hüft-TEP von 3,3% für die Zeit des stationären Aufenthaltes auf. Es ergibt sich eine Letalitätsrate von 0,55% für Patienten ohne Komplikation und eine Letalitätsrate von 15% bei dokumentierter Komplikation.</p> <p><b>Geschlecht</b> Ca. 2/3 aller proximalen Femurfrakturen betreffen Frauen (Lofthus et al. 2001, Sanders et al. 1999). Männer weisen jedoch, bezogen auf die alters- und geschlechtsspezifische Lebenserwartung eine erhöhte Letalität auf (Roberts &amp; Goldacre 2003, Trombetti et al. 2002, Fransen et al. 2002).</p> <p><b>Alter</b> Hohes Lebensalter korreliert eng mit Komorbiditäten, Komplikationsraten und Letalitätsraten (Iezzoni et al. 1994). Roberts und Goldacre (2003) nennen z. B. eine Letalitätsrate von 4% bei Männern im Alter von 64 bis 69 Jahren und von 31% bei Männern von über 90 Jahren.</p> <p><b>Verfahrensbedingte Faktoren</b></p> <p><b>Operationsverfahren</b> Bezogen auf einen Einjahres-Nachbeobachtungszeitraum gibt es keinen statistischen Unterschied zwischen den Letalitätsraten für osteosynthetische und endoprothetische Versorgung. Innerhalb der ersten Monate postoperativ ist die Letalitätsrate bei endoprothetischer Versorgung höher als bei osteosynthetischer Versorgung (Lu-Yao et al. 1994, Masson et al. 2003).</p>

	<p><b>Operationszeitpunkt</b>                  Eine operative Versorgung später als 24 Stunden nach stationärer Aufnahme ist mit höherem Thromboserisiko, höherem Risiko zur Lungenembolie und möglicherweise einer erhöhten Letalität vergesellschaftet.</p> <p>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 (Michel et al. 2002, Elliott et al. 2003, Casaletto &amp; Gatt 2004, Gdalevich et al. 2004).</p> <p>Das Risiko, ein Dekubitalulkus zu entwickeln, steigt bei verzögerter operativer Versorgung (Aussagen mit Evidenzlevel 2+ nach SIGN).</p> <p><b>Prozessmanagement</b>                  Freeman et al. (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. (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.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Braithwaite RS, Col NF, Wong JB. Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs. J Am Geriatr Soc 2003; 51 (3): 364-370.</p> <p>Casaletto JA, Gatt R. Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery. Injury 2004; 35 (2): 114-120.</p> <p>Dorotka R, Schoechnner H, Buchinger W. Auswirkungen von in der Nacht durchgeführten Stabilisierungsoperationen bei hüftnahen Femurfrakturen auf Mortalitätsrate und Komplikationen. Der Unfallchirurg 2003; 106 (4): 287-293.</p> <p>Elliott J, Beringer T, Kee F, Marsh D, Willis C, Stevenson M. Predicting survival after treatment for fracture of the proximal femur and the effect of delays to surgery. J Clin Epidemiol 2003; 56 (8): 788-795.</p> <p>Fransen M, Woodward M, Norton R, Robinson E, Butler M, Campbell AJ. Excess mortality or institutionalization after hip fracture: men are at greater risk than women. J Am Geriatr Soc 2002; 50 (4): 685-690.</p> <p>Freeman C, Todd C, Camilleri-Ferrante C, Laxton C, Murrell P, Palmer CR, Parker M, Payne B, Rushton N. Quality improvement for patients with hip fracture: experience from a multi-site audit. Qual Saf Health Care 2002; 11 (3): 239-245.</p> <p>Gdalevich M, Cohen D, Yosef D, Tauber C. Morbidity and mortality after hip fracture: the impact of operative delay. Arch Orthop Trauma Surg 2004; 124 (5): 334-340.</p> <p>Gerber C, Strehle J, Ganz R. The treatment of fractures of the femoral neck. Clin Orthop 1993; (292): 77-86.</p> <p>Goldacre MJ, Roberts SE, Yeates D. Mortality after admission to hospital with fractured neck of femur: database study. BMJ 2002; 325 (7369): 868-869.</p> <p>Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Fisher ES, Duncan C, Hughes JS, Coffman GA. Identifying Complications of Care Using Administrative Data. Medical Care 1994; 32 (7): 700-715.</p> <p>Lawrence VA, Hilsenbeck SG, Noveck H, Poses RM, Carson JL. Medical complications and outcomes after hip fracture repair. Arch Intern Med 2002; 162 (18): 2053-2057.</p> <p>Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nordsletten L, Stensvold I, Meyer HE. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. Bone 2001; 29 (5): 413-418.</p> <p>Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after Displaced Fractures of the</p>

<p>Femoral Neck. The Journal of Bone and joint surgery 1994; 76-A (1): 15-25.</p> <p>Masson M, Parker MJ, Fleischer S. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults (Cochrane Review 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>Michel JP, Klopfenstein C, Hoffmeyer P, Stern R, Grab B. Hip fracture surgery: is the pre-operative American Society of Anesthesiologists (ASA) score a predictor of functional outcome? Aging Clin Exp Res 2002; 14 (5): 389-394.</p> <p>Parker MJ, Pryor GA, Myles J. 11-year results in 2,846 patients of the Peterborough Hip Fracture Project – Reduced morbidity, mortality and hospital stay. Acta Orthop Scand 2000; 71 (1): 34-38.</p> <p>Richmond J, Aharonoff GB, Zuckerman JD, Koval KJ. Mortality Risk After Hip Fracture. Journal of Orthopaedic Trauma 2003; 17 (1): 53-56.</p> <p>Roberts SE, Goldacre MJ. Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968-98: database study. BMJ 2003; 327: 771-775.</p> <p>Roche JJ, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. BMJ 2005 Dec; 331 (7529): 1374.</p> <p>Sanders KM, Seeman E, Ugoni AM, Pasco JA, Martin TJ, Skoric B, Nicholson GC, Kotowicz MA. Age- and gender-specific rate of fractures in Australia: a population-based study. Osteoporos Int 1999; 10 (3): 240-247.</p> <p>Trombetti A, Herrmann F, Hoffmeyer P, Schurch MA, Bonjour JP, Rizzoli R. Survival and potential years of life lost after hip fracture in men and age-matched women. Osteoporos Int 2002; 13 (9): 731-737.</p> <p>Wissing H, Peterson T, Dohr A. Risiko und Prognose hüftgelenknaher Frakturen. Unfallchirurgie 1996; 22: 74-84.</p> <p>Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ 2003; 81 (9): 646-656.</p>
--

44359

<b>Definition Kennzahl</b>											
ID-Kennzahl	44359										
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung bei Schenkelhalsfraktur										
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)										
Referenzbereich 2005	<= 10,0% (95%-Perzentile)										
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Da die Literaturangaben zur Letalität von Schenkelhalsfrakturoperationen sehr unterschiedliche Raten darstellen, hat die Fachgruppe hier die 95%-Perzentile als Referenzbereich festgelegt.										
Referenz Bundesauswertung 2006											
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung										
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)										
Erläuterung der Rechenregel	-										
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 862 1442 1995"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44</td> <td>Entlassungsgrund</td> <td>                     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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                      09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung                      10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung                      11 = Entlassung in ein Hospiz                      12 = Interne Verlegung                      13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung                      14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere                 </td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname								
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND								

			Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabstabilisierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

44360

<b>Definition Kennzahl</b>											
ID-Kennzahl	44360										
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung bei Schenkelhalsfraktur										
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)										
Referenzbereich 2005	<= 14,5% (95%-Perzentile)										
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Da die Literaturangaben zur Letalität von Schenkelhalsfrakturoperationen sehr unterschiedliche Raten darstellen, hat die Fachgruppe hier die 95%-Perzentile als Referenzbereich festgelegt.										
Referenz Bundesauswertung 2006											
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung										
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)										
Erläuterung der Rechenregel	-										
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 864 1442 1995"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44</td> <td>Entlassungsgrund</td> <td>                     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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                      09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung                      10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung                      11 = Entlassung in ein Hospiz                      12 = Interne Verlegung                      13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung                      14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere                 </td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname								
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND								

Hüftgelenknahe Femurfraktur

			Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabstabilisierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

44362

<b>Definition Kennzahl</b>			
ID-Kennzahl	44362		
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit ASA 1 bis 2 bei Schenkelhalsfraktur		
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die nach ASA risikoadjustierten Raten hat die Fachgruppe keinen gesonderten Referenzbereich festgelegt.		
Referenz Bundesauswertung 2006			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung		
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und ASA 1 oder 2		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:		
	<b>Item</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Schlüssel</b>
	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
			<b>Feldname</b> ENTLGRUND



			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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	8	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

44363

<b>Definition Kennzahl</b>			
ID-Kennzahl	44363		
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit ASA 3 bei Schenkelhalsfraktur		
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die nach ASA risikoadjustierten Raten hat die Fachgruppe keinen gesonderten Referenzbereich festgelegt.		
Referenz Bundesauswertung 2006			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung		
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und ASA 3		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:		
	Item	Bezeichnung	Schlüssel
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung	ENTLGRUND

			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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	8	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

66148

<b>Definition Kennzahl</b>											
ID-Kennzahl	66148										
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung bei pertrochantärer Fraktur										
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)										
Referenzbereich 2005	<= 13,6% (95%-Perzentile)										
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Da die Literaturangaben zur Letalität von pertrochantären Frakturoperationen sehr unterschiedliche Raten darstellen, hat die Fachgruppe hier die 95%-Perzentile als Referenzbereich festgelegt.										
Referenz Bundesauswertung 2006											
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung										
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11) und osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)										
Erläuterung der Rechenregel	-										
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 862 1442 1993"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44</td> <td>Entlassungsgrund</td> <td>                     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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                      09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung                      10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung                      11 = Entlassung in ein Hospiz                      12 = Interne Verlegung                      13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung                      14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere                 </td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname								
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND								

Hüftgelenknahe Femurfraktur

			Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabstabilisierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

66150

<b>Definition Kennzahl</b>											
ID-Kennzahl	66150										
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung bei pertrochantärer Fraktur										
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile, wegen geringer Krankenhausanzahl nicht bestimmt)										
Referenzbereich 2005	<= x% (95%-Perzentile, wegen geringer Krankenhausanzahl nicht bestimmt)										
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Da die Literaturangaben zur Letalität von pertrochantären Frakturoperationen sehr unterschiedliche Raten darstellen, hat die Fachgruppe hier die 95%-Perzentile als Referenzbereich festgelegt.										
Referenz Bundesauswertung 2006											
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung										
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11) und endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)										
Erläuterung der Rechenregel	-										
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 864 1442 1995"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44</td> <td>Entlassungsgrund</td> <td>                     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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                      09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung                      10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung                      11 = Entlassung in ein Hospiz                      12 = Interne Verlegung                      13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung                      14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                      16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere                 </td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname								
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere	ENTLGRUND								

			Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	19	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabstabilisierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige	OPVERFAHREN171
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

66153

<b>Definition Kennzahl</b>			
ID-Kennzahl	66153		
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit ASA 1 bis 2 bei pertrochantärer Fraktur		
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die nach ASA risikoadjustierten Raten hat die Fachgruppe keinen gesonderten Referenzbereich festgelegt.		
Referenz Bundesauswertung 2006			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung		
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11) und ASA 1 oder 2		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:		
	<b>Item</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Schlüssel</b>
	44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
			<b>Feldname</b> ENTLGRUND



			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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	9	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			

66155

<b>Definition Kennzahl</b>			
ID-Kennzahl	66155		
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit ASA 3 bei pertrochantärer Fraktur		
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die nach ASA risikoadjustierten Raten hat die Fachgruppe keinen gesonderten Referenzbereich festgelegt.		
Referenz Bundesauswertung 2006			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung		
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit pertrochantären Frakturen (ICD-10-GM: S72.1, S72.10, S72.11) und ASA 3		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:		
	Item	Bezeichnung	Schlüssel
44	Entlassungsgrund	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 '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung	ENTLGRUND

			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 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
	43	Entlassungsdiagnose (n) ICD-10	ICD10	ENTLDIAG
	8	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	17/1:B			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.			