

Jahresauswertung 2016 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.098
Datensatzversion: HEP 2016
Datenbankstand: 28. Februar 2017
2016 - D16905-L106964-P51640

Jahresauswertung 2016 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.098
Datensatzversion: HEP 2016
Datenbankstand: 28. Februar 2017
2016 - D16905-L106964-P51640

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2016/HEP/54001 QI 1: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation			95,10%	>= 90,00%	innerhalb	-	9
2016/HEP/54002 QI 2: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			93,44%	>= 86,00%	innerhalb	90,41%	12
2016/HEP/54003 QI 3: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			22,77%	<= 15,00%	außerhalb	22,37%	15
2016/HEP/54004 QI 4: Sturzprophylaxe			92,98%	>= 80,00%	innerhalb	90,45%	18
2016/HEP/54005 QI 5: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,81%	>= 95,00%	innerhalb	99,63%	20

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI 4 mit Alter >= 65 Jahre).

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 6: Allgemeine Komplikationen							
6a: 2016/HEP/54015 bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			14,67%	<= 25,00%	innerhalb	13,01%	22
6b: 2016/HEP/54016 bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation			2,38%	<= 6,35%	innerhalb	1,93%	25
6c: 2016/HEP/54017 bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			7,46%	<= 19,17%	innerhalb	5,61%	28
QI 7: Spezifische Komplikationen							
7a: 2016/HEP/54018 bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			4,14%	<= 11,55%	innerhalb	4,72%	31
7b: 2016/HEP/54019 bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation			2,84%	<= 8,00%	innerhalb	2,78%	31
7c: 2016/HEP/54120 bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			11,33%	<= 23,95%	innerhalb	10,58%	31

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI 4 mit Alter >= 65 Jahre).

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2016/HEP/54010 QI 8: Beweglichkeit bei Entlassung			98,45%	>= 95,00%	innerhalb	98,13%	36
2016/HEP/54012 QI 9: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			1,18	<= 2,15	innerhalb	1,19	39
2016/HEP/54013 QI 10: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit			17,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	14,00 Fälle	42
2016/HEP/10271 QI 11: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			-	<= 2,39	-	-	45

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI 4 mit Alter >= 65 Jahre).

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Kennzahlen ohne Referenzbereich

Gemäß eines Beschlusses der Bundesauswertungsstelle müssen Qualitätsindikatoren grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Kennzahlen ohne Referenzbereich, die in der QIDB 2015 noch als Qualitätsindikatoren ausgewiesen wurden, werden in der QIDB 2016 nicht mehr angeführt, sofern ihnen nicht zwischenzeitlich ein Referenzbereich zugewiesen wurde. Einzelheiten sind aus dem in der QIDB 2016 hinterlegten Positionspapier „Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich“ des IQTIG vom 24. Januar 2017 ersichtlich.

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden die Ergebnisse dieser Kennzahlen ohne Referenzbereich dennoch zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die im Vorjahr noch gültige Indikator-ID ist dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Da die Rechenregeln in der QIDB 2016 nicht angegeben sind, wurden diese Kennzahlen auf Basis der QIDB 2015 bzw. mit den vom IQTIG zur Verfügung gestellten „Rechenregeln ergänzender Kennzahlen zur Übermittlung an die LQS“ (Stand: 13. März 2017) berechnet.

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Krankenhaus berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Weitere Informationen finden Sie im „Merkblatt zum Follow-up gemäß Anlage 3 der QSKH-RL“ des IQTIG vom 6. April 2017.

Qualitätsindikator 1: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel: Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen¹

Indikator-ID: 2016/HEP/54001

Referenzbereich: >= 90,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien²				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score ³				
Gruppe 1 0 Punkte			2 / 4.918	0,04%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			28 / 4.918	0,57%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			214 / 4.918	4,35%
Gruppe 4 5 - 9 Punkte			3.616 / 4.918	73,53%
Gruppe 5 10 Punkte			1.058 / 4.918	21,51%
Gruppe 6 5 - 10 Punkte			4.674 / 4.918	95,04%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ³				
Grad 0			5 / 4.918	0,10%
Grad 1			8 / 4.918	0,16%
Grad 2			14 / 4.918	0,28%
Grad 3			35 / 4.918	0,71%
Grad 4			37 / 4.918	0,75%
Grad 5			2 / 4.918	0,04%
Schmerzen*				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			910 / 4.918	18,50%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			3.991 / 4.918	81,15%

¹ ausgeschlossen werden Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4)

² Das röntgenologische Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 5 Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Hüfte vorliegen oder wenn bei einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis die Klassifikation nach Larsen-Dale-Eek mit mindestens Grad 3 erreicht wird.

³ Erläuterungen zum modifizierten Kellgren-Lawrence-Score und zu Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek sowie zu den Bewegungsmaßen und Bewegungseinschränkungen siehe nächste Seite

* Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerz vorliegen.

Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Hüfte			
Osteophyten	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	Gelenkspalt	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben
Sklerose	0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	Deformierung	0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung

Schweregrade der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek (Rau et al. 2007):	
Grad 0:	normal
Grad 1:	geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälerung
Grad 2:	definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung nicht obligat
Grad 3:	deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung sind vorhanden
Grad 4:	schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten
Grad 5:	mutlierende Veränderungen: die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich

Für die Bewegungsmaße gelten folgende Wertebereiche als plausibel:	
Extension/Flexion	0 - 15/0 - 140/0 - 140
Ab-/Adduktion	0 - 45/0 - 45/0 - 45
Außen-/Innenrotation	0 - 50/0 - 50/0 - 50
Als Bewegungseinschränkung wird gewertet, wenn präoperativ:	
Extension/Flexion	2. Wert > 0 oder 3. Wert < 90 oder
Ab-/Adduktion	1. Wert < 20 oder 3. Wert < 10 oder
Außen-/Innenrotation	die beiden größten Werte zeigen eine Differenz < 20

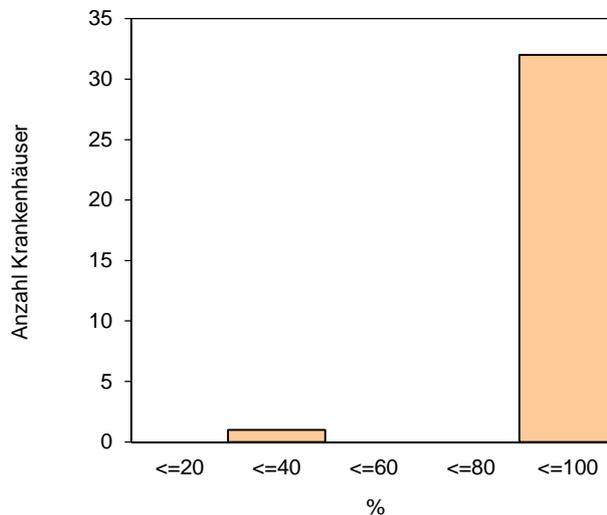
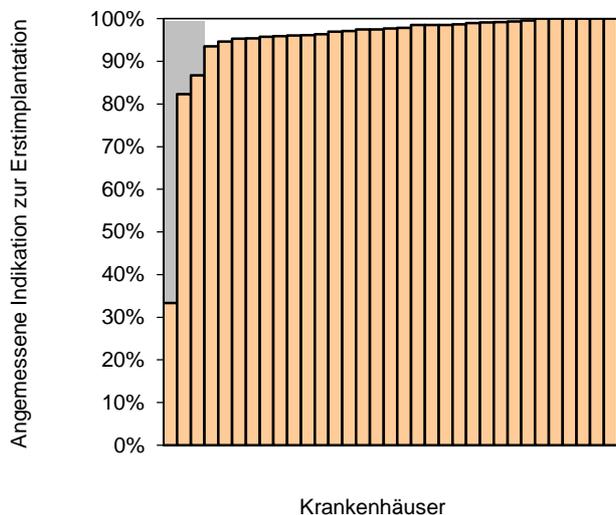
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturrenden (Pseudarthrose) und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah) Vertrauensbereich Referenzbereich			4.677 / 4.918	95,10%
		>= 90,00%	94,46% - 95,67%	>= 90,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturrenden (Pseudarthrose) und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah) Vertrauensbereich	-	-	-	-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln mit Hinzunahme neuer Datenfelder im Erfassungsjahr 2016 ist eine Darstellung der Vorjahresergebnisse nicht möglich.

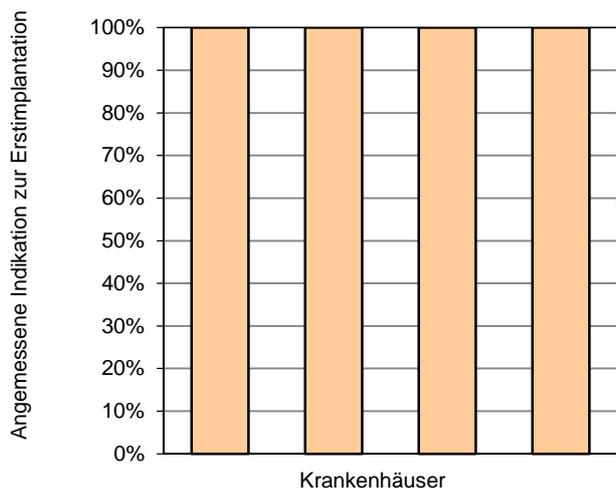
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/HEP/54001]:
 Anteil von Eingriffen bei Patienten, die die im Zähler beschriebenen Kriterien erfüllen an allen Hüftendoprothesen-
 Erstimplantationen**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,33	82,29	93,55	95,96	97,70	99,23	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Qualitätsziel: Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Wechsel

Indikator-ID: 2016/HEP/54002

Referenzbereich: >= 86,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			186 / 777	23,94%
Patienten mit Ruheschmerz			540 / 777	69,50%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch			34 / 777	4,38%
Implantatabrieb/-verschleiß			153 / 777	19,69%
Implantatfehlage der Pfanne			88 / 777	11,33%
Implantatfehlage des Schaftes			40 / 777	5,15%
Lockerung der Pfannenkomponente			176 / 777	22,65%
Lockerung der Schaftkomponente			153 / 777	19,69%
Osteolyse der Pfanne			85 / 777	10,94%
Osteolyse des Femurs			64 / 777	8,24%
periprothetischer Fraktur			118 / 777	15,19%
(rezidivierender) Endoprothesen(sub)luxation			95 / 777	12,23%
großer Knochendefekt Pfanne			65 / 777	8,37%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			21 / 777	2,70%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			2 / 777	0,26%
periartikuläre Ossifikation			27 / 777	3,47%

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel			205 / 777	26,38%
Patienten mit Entzündungszeichen ¹			212 / 777	27,28%
Patienten mit positiven mikrobiologischen Kriterium ²			119 / 777	15,32%
Patienten mit Endoprothesen(sub-)luxation oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantat-abrieb/-verschleiß) oder isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel (und eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) oder erfülltem Kriterium Schmerzen ³ und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium* oder erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			726 / 777	93,44%
Vertrauensbereich				91,47% - 94,97%
Referenzbereich		>= 86,00%		>= 86,00%

¹ Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

² Das mikrobiologische Kriterium ist erfüllt, wenn ein Erregernachweis anhand mikrobiologischer Keimkultur (Punktat, Abstrich) durchgeführt wurde und positiv ist.

³ Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

* Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der Befunde im Abschnitt "röntgenologische Kriterien" vorliegt.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesen(sub- luxation oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantat- abrieb/-verschleiß) oder isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel (und eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplika- tion eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und mindestens einem klinischen/röntgeno- logischen Kriterium oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			641 / 709	90,41% 88,02% - 92,36%

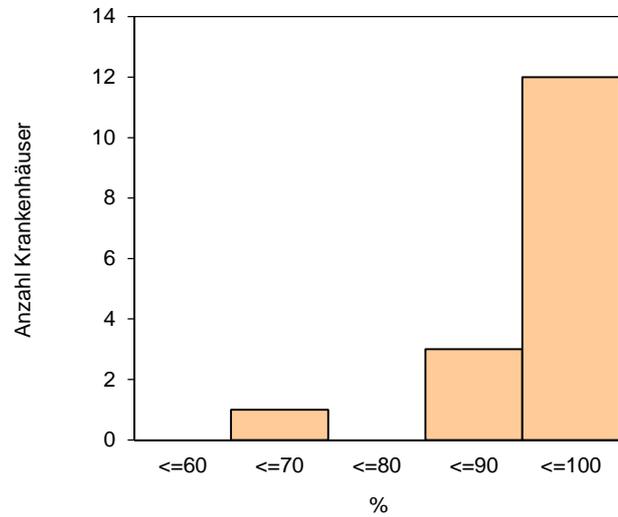
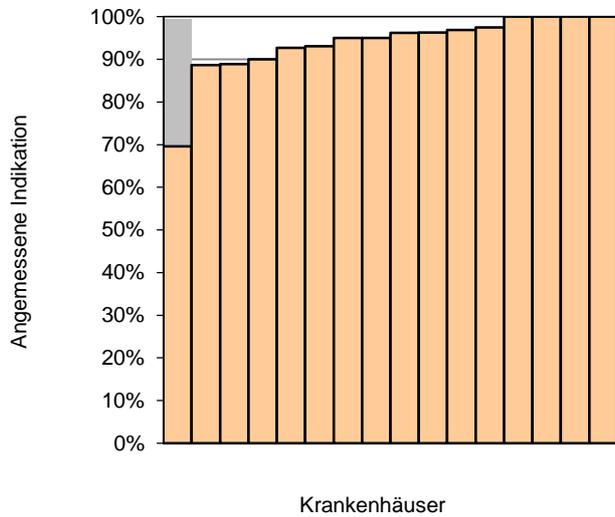
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2016 kann die Darstellung der Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2016/HEP/54002]:

Anteil von Eingriffen bei Patienten mit Endoprothesen(sub)luxation oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und Implantatbruch oder Implantatabrieb/-verschleiß nach den erfüllten Kriterien im Zähler an allen Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

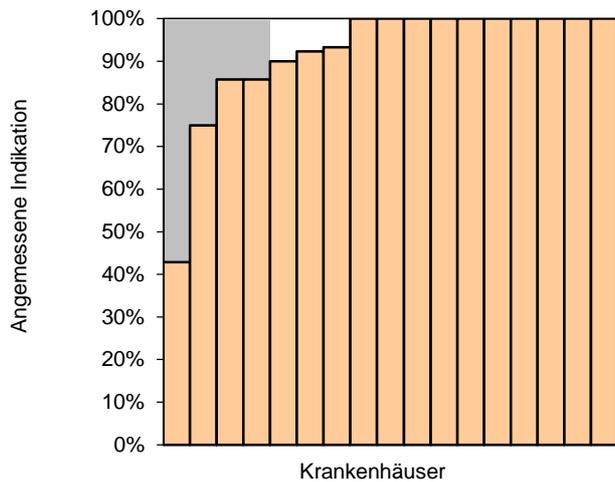
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,57		88,70	91,34	95,61	98,75	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,86		75,00	90,00	100,00	100,00	100,00		100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer

Grundgesamtheit: Eingriffe bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur¹

Indikator-ID: 2016/HEP/54003

Referenzbereich: <= 15,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			684 / 1.449	47,20%
24 - 48 Stunden			435 / 1.449	30,02%
> 48 Stunden			330 / 1.449	22,77%
Vertrauensbereich				20,69% - 25,00%
Referenzbereich		<= 15,00%		<= 15,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			694 / 1.457	47,63%
24 - 48 Stunden			437 / 1.457	29,99%
> 48 Stunden			326 / 1.457	22,37%
Vertrauensbereich				20,31% - 24,59%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

¹ Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), Distale Fraktur des Femurs (S72.4) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*).

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

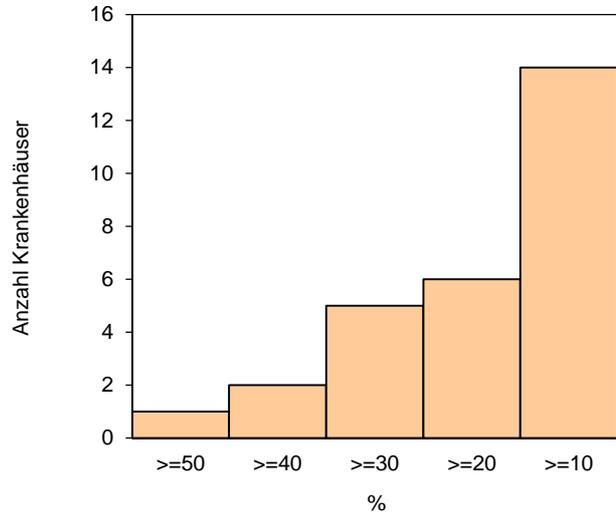
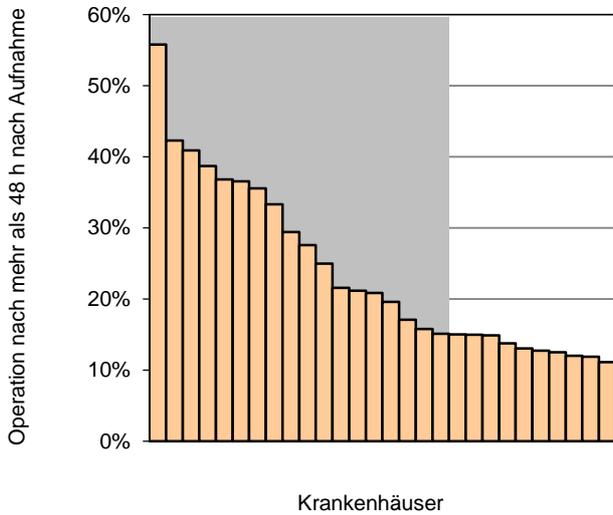
	Gesamt 2016			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	446 / 866 51,50%	113 / 238 47,48%	61 / 184 33,15%	64 / 161 39,75%
24 - 48 Stunden	256 / 866 29,56%	43 / 238 18,07%	68 / 184 36,96%	68 / 161 42,24%
> 48 Stunden	164 / 866 18,94%	82 / 238 34,45%	55 / 184 29,89%	29 / 161 18,01%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2016/HEP/54003]:

Anteil von Patienten, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte an allen Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

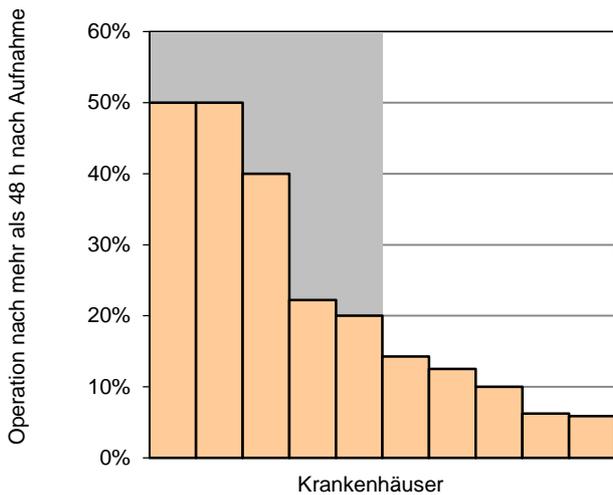
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,11	11,86	12,00	14,32	20,22	34,44	40,91	42,31	55,81

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,88		6,07	10,00	17,14	40,00	50,00		50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Sturzprophylaxe

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel

Indikator-ID: 2016/HEP/54004

Referenzbereich: >= 80,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden Vertrauensbereich Referenzbereich			4.699 / 5.054	92,98% 92,24% - 93,65%
		>= 80,00%		>= 80,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden Vertrauensbereich			4.471 / 4.943	90,45% 89,60% - 91,24%

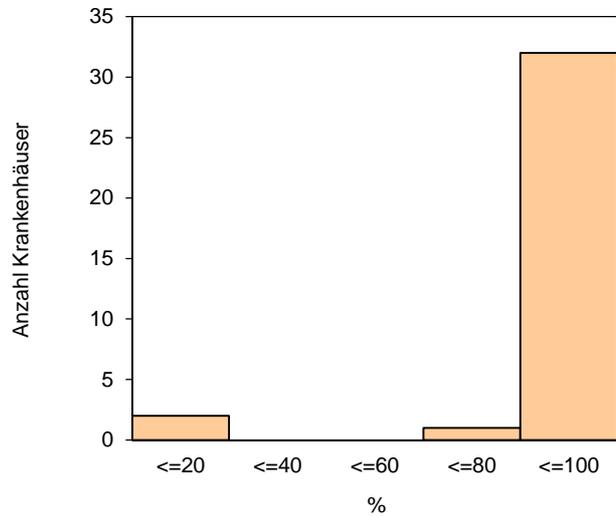
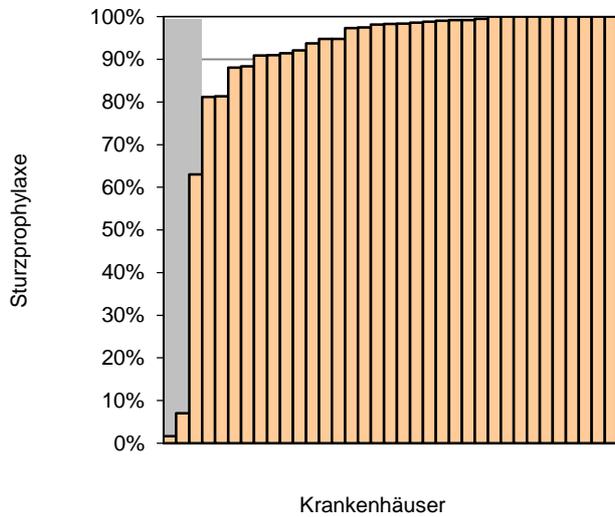
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2016/HEP/54004]:

Anteil von Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden an allen Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

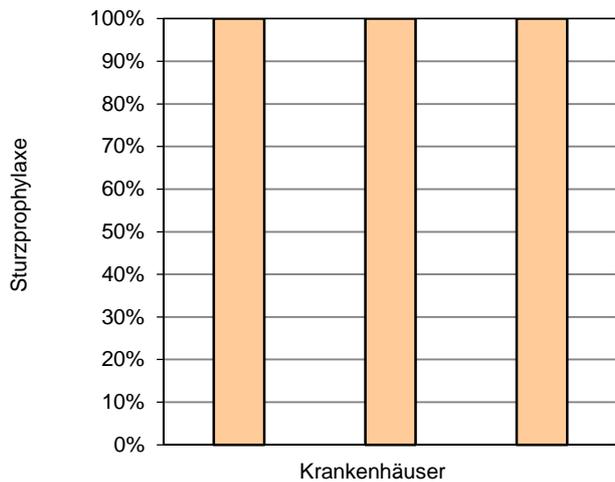
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,64	6,98	81,19	91,01	98,35	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Möglichst oft eine perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Implantationen und Hüftendoprothesen-Wechsel

Indikator-ID: 2016/HEP/54005

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			7.170 / 7.184	99,81%
Vertrauensbereich				99,67% - 99,88%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
davon				
single shot			6.345 / 7.170	88,49%
Zweitgabe oder öfter			825 / 7.170	11,51%

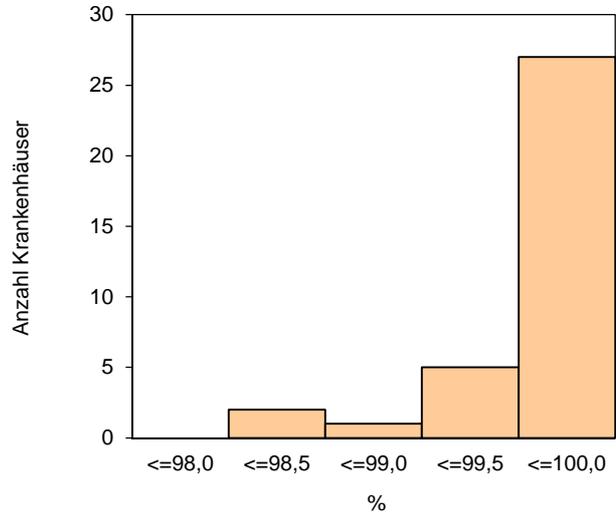
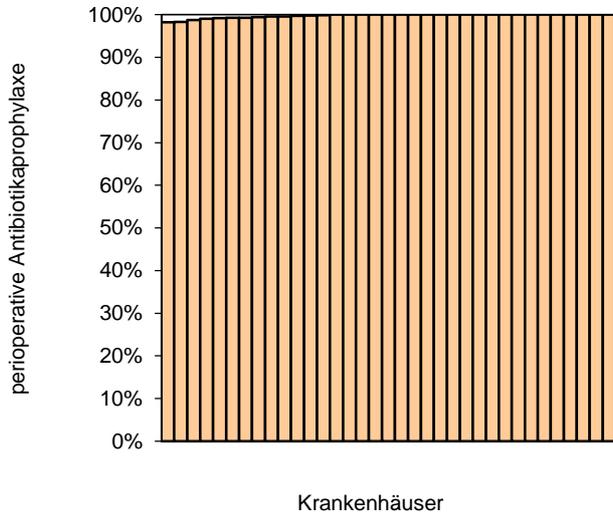
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			6.916 / 6.942	99,63%
Vertrauensbereich				99,45% - 99,74%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/HEP/54005]:

Anteil von Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde an allen Hüftendoprothesen-Implantationen und Hüftendoprothesen-Wechsel

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

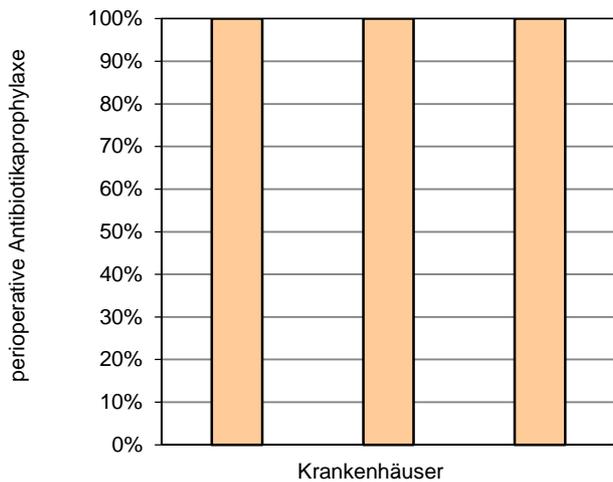
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,28	98,31	99,07	99,61	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 6a): 2016/HEP/54015

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 25,00% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹	█		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 25,00%		
	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹	215 / 1.466 14,67%	15 / 293 5,12%	198 / 1.170 16,92%
Vertrauensbereich	12,95% - 16,57%		
Referenzbereich	<= 25,00%		

¹ Die folgenden allgemeinen intra-oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Apoplex, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz oder neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades)

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	192 / 1.476 13,01% 11,39% - 14,82%	16 / 295 5,42%	174 / 1.177 14,78%

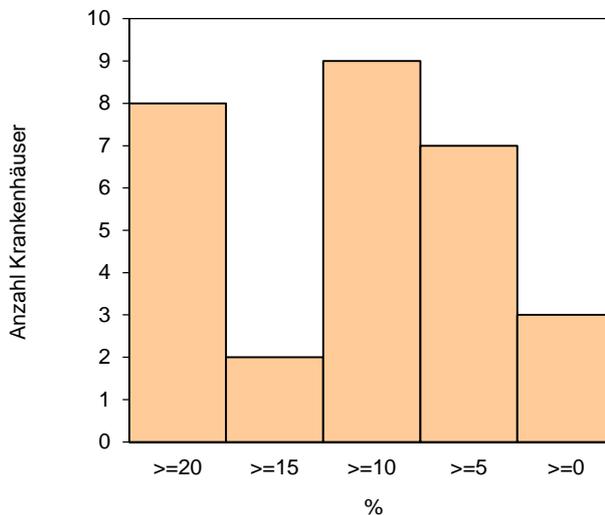
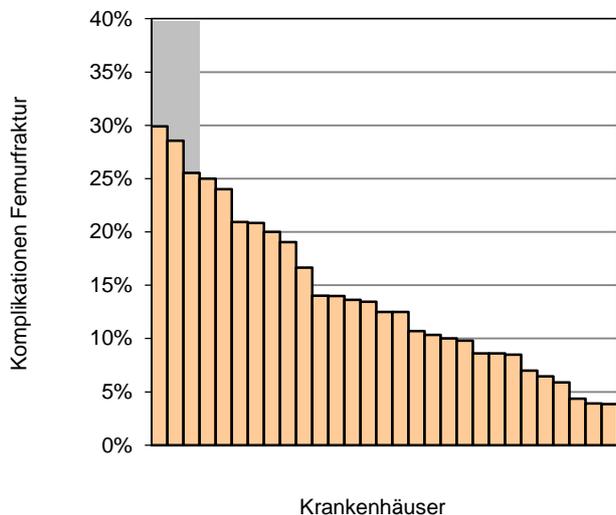
¹ Die folgenden allgemeinen intra-oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Apoplex, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz oder neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades)

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2016/HEP/54015]:

Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat an allen Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

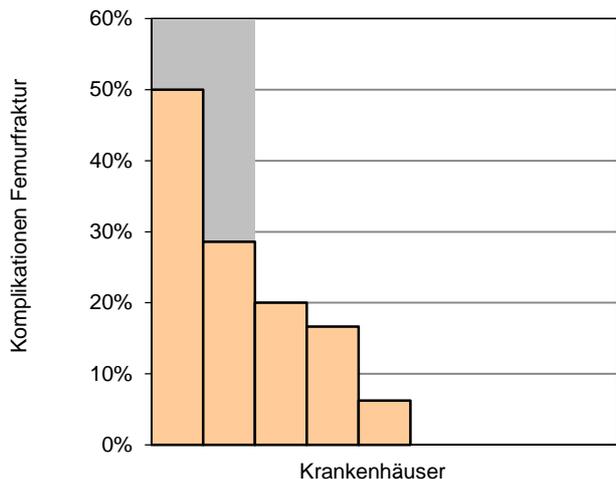
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,85	3,92	4,35	8,62	12,50	20,00	25,53	28,57	29,91

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	6,25	20,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 6b): 2016/HEP/54016

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 6,35% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 6,35%		
	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹	117 / 4.921 2,38%	42 / 3.121 1,35%	75 / 1.800 4,17%
Vertrauensbereich	1,99% - 2,84%		
Referenzbereich	<= 6,35%		

¹ Die folgenden allgemeinen intra-oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Apoplex, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz oder neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades)

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	91 / 4.721 1,93% 1,57% - 2,36%	37 / 3.007 1,23%	54 / 1.713 3,15%

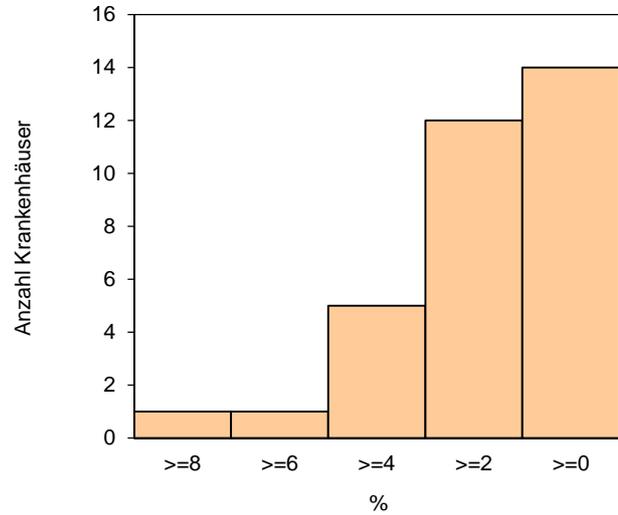
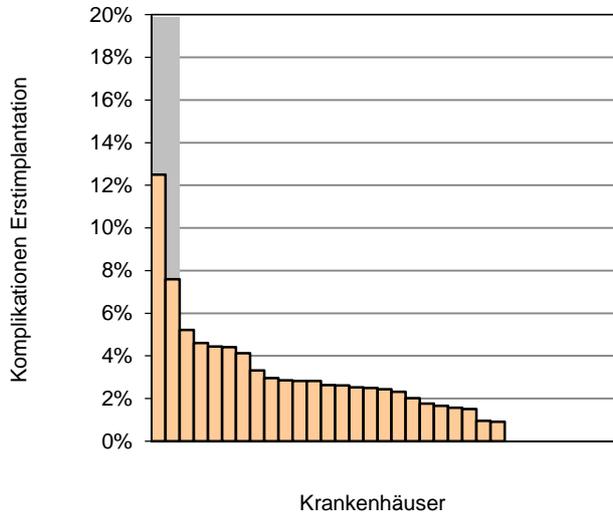
¹ Die folgenden allgemeinen intra-oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Apoplex, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz oder neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades)

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2016/HEP/54016]:

Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat an allen Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

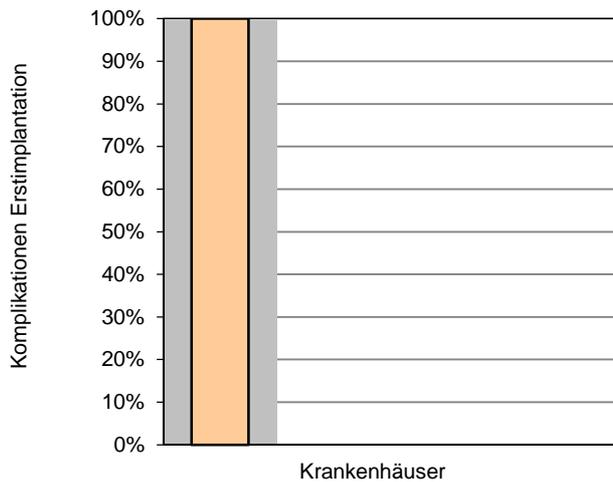
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,90	2,44	2,96	4,60	7,59	12,50

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	50,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 6c): 2016/HEP/54017

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 19,17% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 19,17%		

	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹	57 / 764 7,46%	5 / 277 1,81%	52 / 487 10,68%
Vertrauensbereich	5,80% - 9,54%		
Referenzbereich	<= 19,17%		

¹ Die folgenden allgemeinen intra-oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Apoplex, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz oder neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades)

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	39 / 695 5,61% 4,13% - 7,58%	3 / 301 1,00%	35 / 393 8,91%

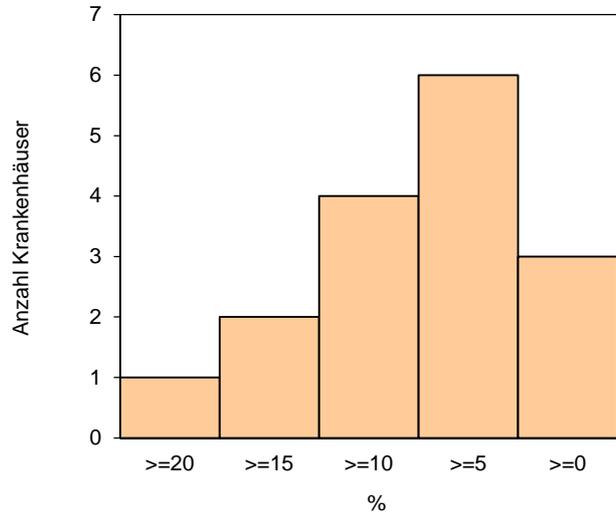
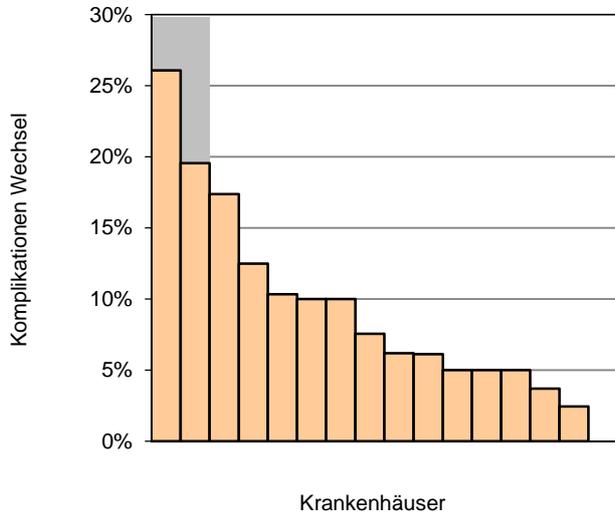
¹ Die folgenden allgemeinen intra-oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Apoplex, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz oder neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades)

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2016/HEP/54017]:

Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine intra- oder postoperative Komplikation auftrat an allen Patienten mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

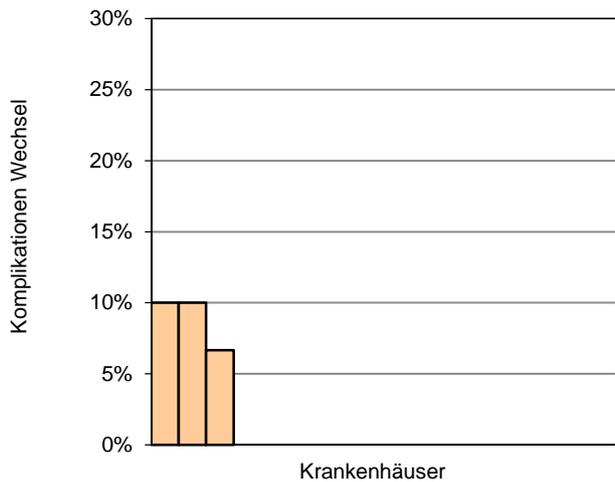
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		2,44	5,00	6,87	11,42	19,57		26,09

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	10,00		10,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel:	Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur	
	Gruppe 2:	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	
	Gruppe 3:	Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 7a):	2016/HEP/54018	
	Gruppe 2 (QI 7b):	2016/HEP/54019	
	Gruppe 3 (QI 7c):	2016/HEP/54120	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 11,55% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 8,00% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 23,95% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 11,55%	<= 8,00%	<= 23,95%

	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹	61 / 1.472 4,14%	140 / 4.935 2,84%	88 / 777 11,33%
Vertrauensbereich	3,24% - 5,29%	2,41% - 3,34%	9,28% - 13,75%
Referenzbereich	<= 11,55%	<= 8,00%	<= 23,95%

¹ Die folgenden spezifischen intra- und/oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP-, oder interventionsbedürftige(s) Wundhämatom/ Nachblutung, OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, postoperative Wundinfektion (nach CDC Definition), reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

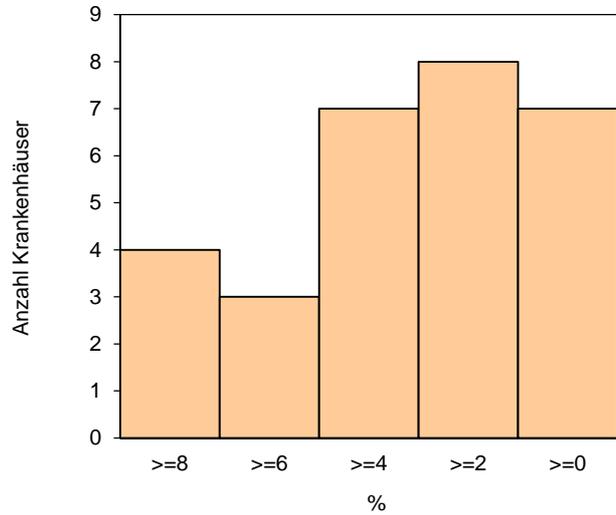
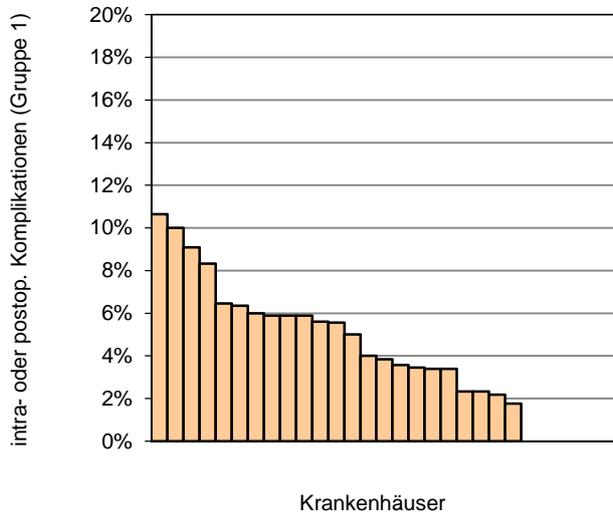
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	■	■	■

Vorjahresdaten	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	70 / 1.483 4,72% 3,75% - 5,92%	132 / 4.750 2,78% 2,35% - 3,29%	75 / 709 10,58% 8,52% - 13,06%

¹ Die folgenden spezifischen intra- und/oder postoperativen Komplikationen werden berücksichtigt: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP-, oder interventionsbedürftige(s) Wundhämatom/ Nachblutung, OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, postoperative Wundinfektion (nach CDC Definition), reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

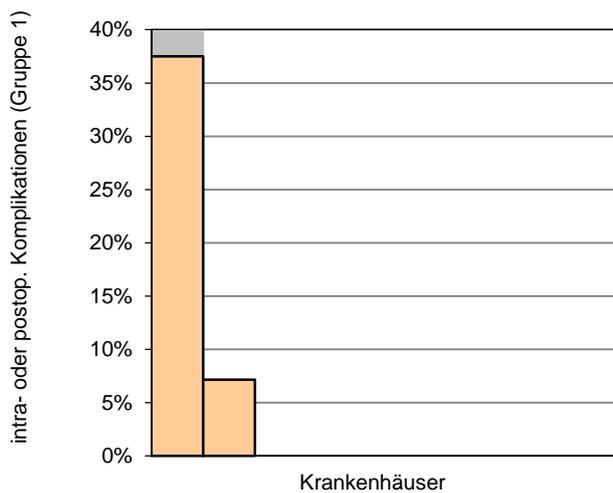
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2016/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat an allen Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,17	3,85	5,88	9,09	10,00	10,64

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			37,50

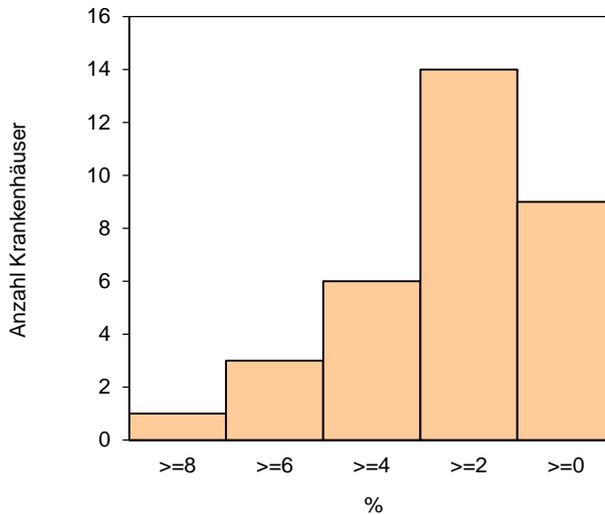
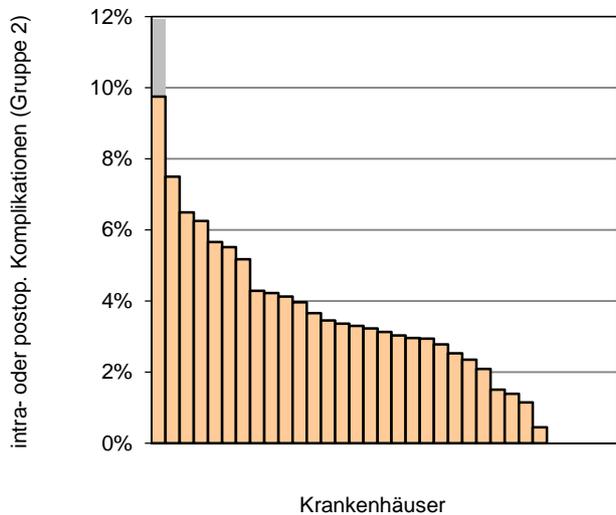
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2016/HEP/54019]:

Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat an allen elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

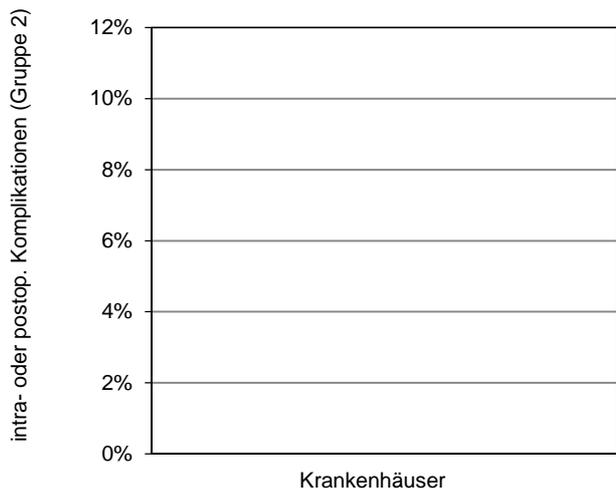
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,50	3,13	4,23	6,25	7,50	9,76

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

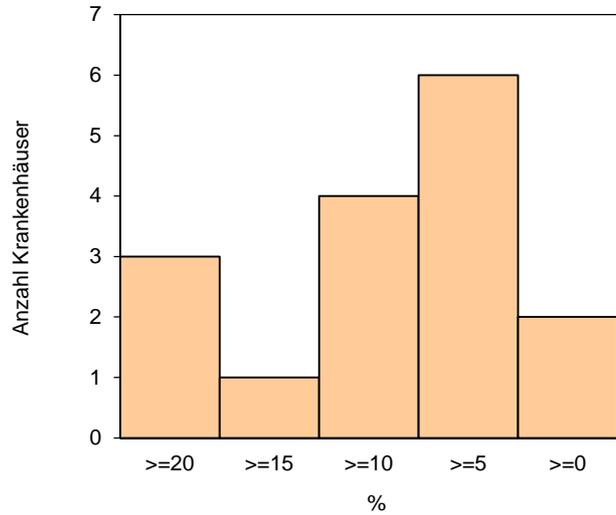
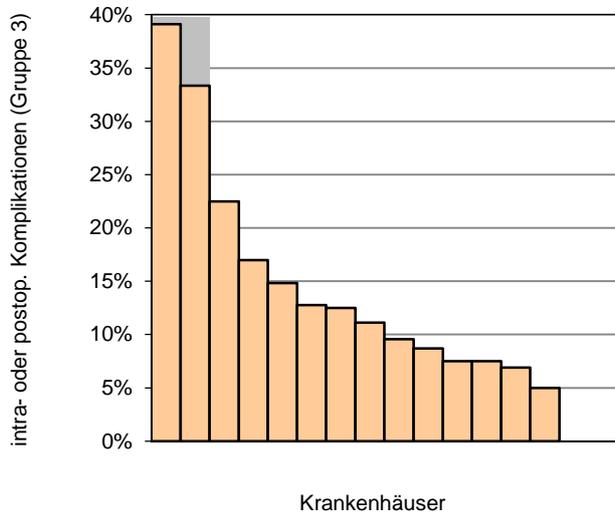


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

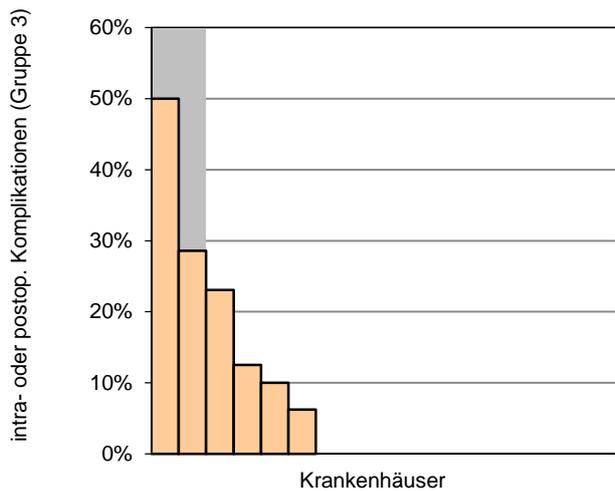
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2016/HEP/54120]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische intra- oder postoperative Komplikation auftrat an allen Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	7,20	10,34	15,90	33,33		39,13

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	10,00	28,57		50,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Beweglichkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Möglichst oft eine Beweglichkeit des Hüftgelenks von mindestens 0-0-70 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Hüftendoprothese

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

Indikator-ID: 2016/HEP/54010

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			4.834 / 4.910	98,45%
				98,07% - 98,76%
		>= 95,00%		>= 95,00%

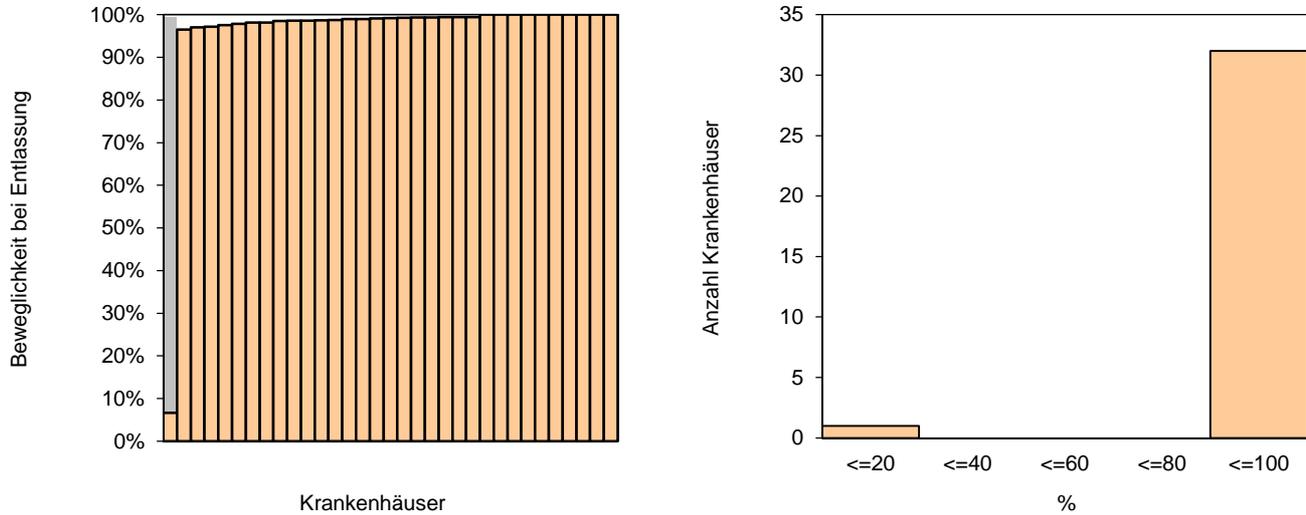
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			4.623 / 4.711	98,13%
				97,70% - 98,48%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/HEP/54010]:

Anteil von Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,67	96,55	97,22	98,52	99,22	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00				100,00				100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

- Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
- Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
- Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
- Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

	Krankenhaus 2016			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2016			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	4.582 / 4.647 98,60%	92 / 97 94,85%	47 / 48 97,92%	113 / 118 95,76%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 9: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden

Indikator-ID: 2016/HEP/54012

Referenzbereich: <= 2,15 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
beobachtet (O)		289 / 6.137 4,71%
vorhergesagt (E) ¹		244,25 / 6.137 3,98%
O - E		0,73%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für Indikator-ID 54012.

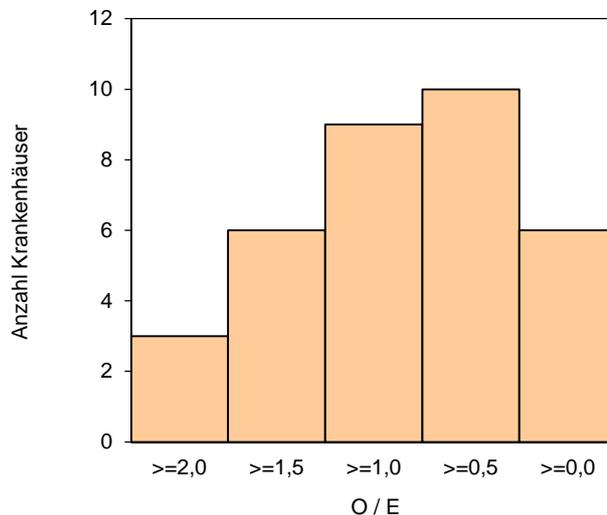
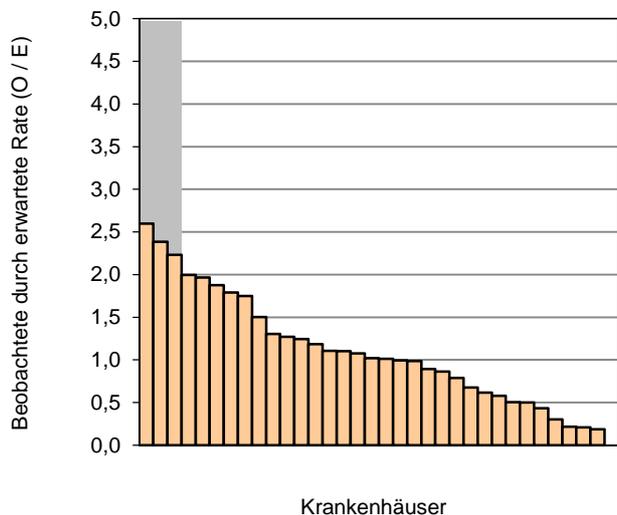
	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
O / E ²		1,18
Vertrauensbereich		1,06 - 1,32
Referenzbereich	<= 2,15	<= 2,15

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
beobachtet (O)		298 / 5.996 4,97%
vorhergesagt (E)		251,42 / 5.996 4,19%
O - E		0,78%
O / E		1,19
Vertrauensbereich		1,06 - 1,32

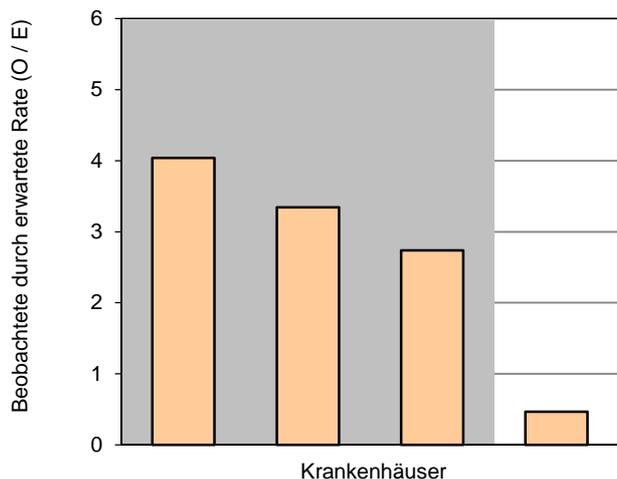
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2016/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,19	0,22	0,58	1,02	1,50	2,00	2,38	2,60

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,47			1,60	3,04	3,69			4,04

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gehunfähigkeit bei Entlassung¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden

Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage²
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage²

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			5.848 / 6.137	95,29%
Patienten mit Gehunfähigkeit ³ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			289 / 6.137	4,71%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			186 / 5.538	3,36%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			32 / 239	13,39%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			18 / 120	15,00%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			53 / 240	22,08%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit ³ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			298 / 5.996	4,97%

¹ in 2015 Indikator-ID 2015/HEP/54011

² eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

³ Gehunfähigkeit bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

Qualitätsindikator 10: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit

Qualitätsziel: Geringe Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2016/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen
 (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 1,83%)

Indikator-ID: 2016/HEP/54013

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			17 / 5.685	17,00 Fälle 0,30%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			14 / 5.498	14,00 Fälle 0,25%

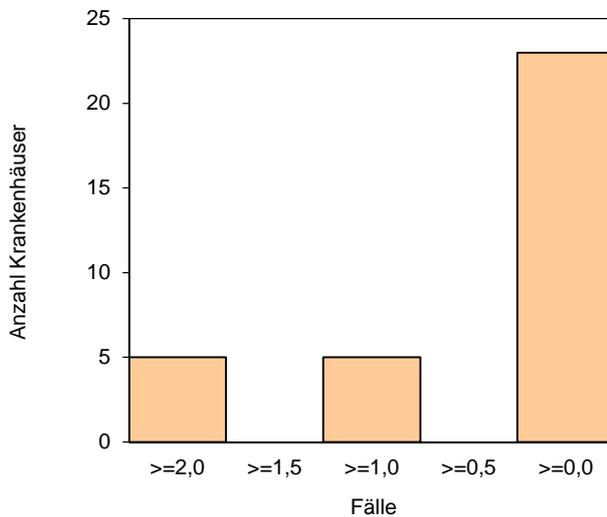
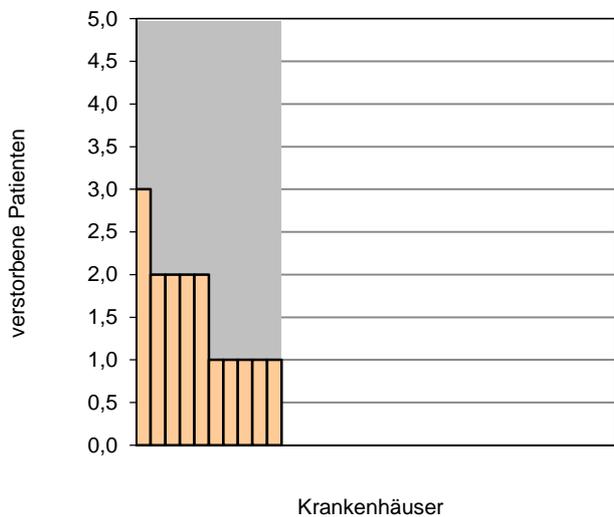
¹ Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10, Indikator-ID 2016/HEP/54013]:

Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2016/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (= 1,83%, < 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

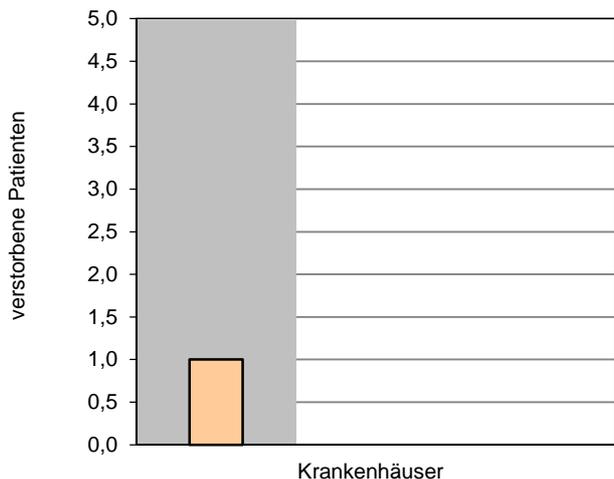
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	2,00	3,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				1,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel

Verstorbene Patienten	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		127 / 7.098 1,79%
vorhergesagt (E) ²		117,20 / 7.098 1,65%
O - E		0,14%

¹ in 2015 Indikator-ID 2015/HEP/54014

² Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für Indikator-ID 54014

Verstorbene Patienten	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E ³		1,08

³ Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

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

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

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

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Verstorbene Patienten		
beobachtet (O)		106 / 6.877 1,54%
vorhergesagt (E)		110,95 / 6.877 1,61%
O - E		-0,07%
O / E		0,96

* Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

Qualitätsindikator 11: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up-Indikator)

Qualitätsziel: Möglichst selten ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen im Beobachtungszeitraum bei Patienten, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind¹

Indikator-ID: 2016/HEP/10271

Referenzbereich: <= 2,39 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Beobachtungszeitraum: 01.01.2015 bis 31.12.2016

Ereignisse im Beobachtungszeitraum ²	Krankenhaus 2016
beobachtet (O)	
vorhergesagt (E) ³	
O / E*	
Vertrauensbereich	
Referenzbereich	<= 2,39

¹ Ein Ersteingriff gilt als nicht mehr unter Beobachtung stehend in der Follow-up-Auswertung bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:
 - Dokumentation einer weiteren Erstimplantation an der gleichen operierten Seite (nur bei Dokumentationsfehlern relevant)

Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.

² Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Beobachtungszeitraum bei Patienten mit zurückliegender Hüftendoprothesen-Erstimplantation aus dem Beobachtungszeitraum an der gleichen operierten Hüfte.
 Zu jeder Erstimplantation einer Hüftendoprothese wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt.

³ Erwartete Rate an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, risikoadjustiert nach HEP-Survivor-Score für den Indikator mit der QI-ID 10271

* Verhältnis der Ereignisse im Beobachtungszeitraum zu den erwarteten Ereignissen im Beobachtungszeitraum

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

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

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

Jahresauswertung 2016 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.098
Datensatzversion: HEP 2016
Datenbankstand: 28. Februar 2017
2016 - D16905-L106964-P51640

Basisdaten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.973	27,80	1.958	28,47
2. Quartal			1.836	25,87	1.696	24,66
3. Quartal			1.617	22,78	1.602	23,30
4. Quartal			1.672	23,56	1.621	23,57
Gesamt			7.098		6.877	
Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.472		1.483	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.935		4.750	
Anzahl der Wechsel			777		709	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.098		6.877	
Median				11,00		11,00
Mittelwert				13,26		13,17
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.184		6.942	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,95		1,84
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.184		6.942	
Median				10,00		10,00
Mittelwert				11,54		11,42

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet
5	Z96.64	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur
7	E11.90	Ohne Komplikationen
8	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				M16.1	3.777	53,21	M16.1	3.698	53,77
2				I10.00	2.534	35,70	I10.00	2.688	39,09
3				D62	1.754	24,71	D62	1.894	27,54
4				I10.90	1.253	17,65	Z96.6	1.322	19,22
5				Z96.64	1.185	16,69	I10.90	1.155	16,80
6				S72.01	860	12,12	S72.01	889	12,93
7				E11.90	814	11,47	E11.90	825	12,00
8				Z92.2	666	9,38	U50.10	660	9,60

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OPS 2016

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
3	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)

OPS 2016

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-820.00	3.755	52,27	5-820.00	3.787	54,55
2				5-820.41	878	12,22	5-820.41	875	12,60
3				5-820.94	699	9,73	8-915	654	9,42
4				8-915	694	9,66	5-820.94	549	7,91
5				5-820.02	573	7,98	5-820.02	472	6,80

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Aufnahmegrund¹						
Krankenhausbehandlung vollstationär			5.075	71,50	-	-
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			2.020	28,46	-	-
stationäre Entbindung			0	0,00	-	-
Geburt			0	0,00	-	-
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			3	0,04	-	-
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	-	-
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.098		6.877	
< 50 Jahre			256 / 7.098	3,61	257 / 6.877	3,74
50 - 59 Jahre			945 / 7.098	13,31	886 / 6.877	12,88
60 - 69 Jahre			1.722 / 7.098	24,26	1.576 / 6.877	22,92
70 - 79 Jahre			2.500 / 7.098	35,22	2.541 / 6.877	36,95
80 - 89 Jahre			1.395 / 7.098	19,65	1.364 / 6.877	19,83
>= 90 Jahre			280 / 7.098	3,94	253 / 6.877	3,68
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.098		6.877	
Median				73,00		73,00
Mittelwert				71,00		71,15
Geschlecht						
männlich			2.931	41,29	2.763	40,18
weiblich			4.167	58,71	4.114	59,82

¹ neues Datenfeld in 2016

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt			650	9,16	656	9,54
Gehen am Stück bis 500 m möglich			4.027	56,73	3.659	53,21
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50 m)			1.554	21,89	1.761	25,61
im Zimmer mobil			580	8,17	514	7,47
immobil			287	4,04	287	4,17
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			4.220	59,45	4.199	61,06
Unterarmgehstützen			1.825	25,71	1.804	26,23
Rollator/Gehbock			736	10,37	632	9,19
Rollstuhl			158	2,23	118	1,72
bettlägerig			159	2,24	124	1,80

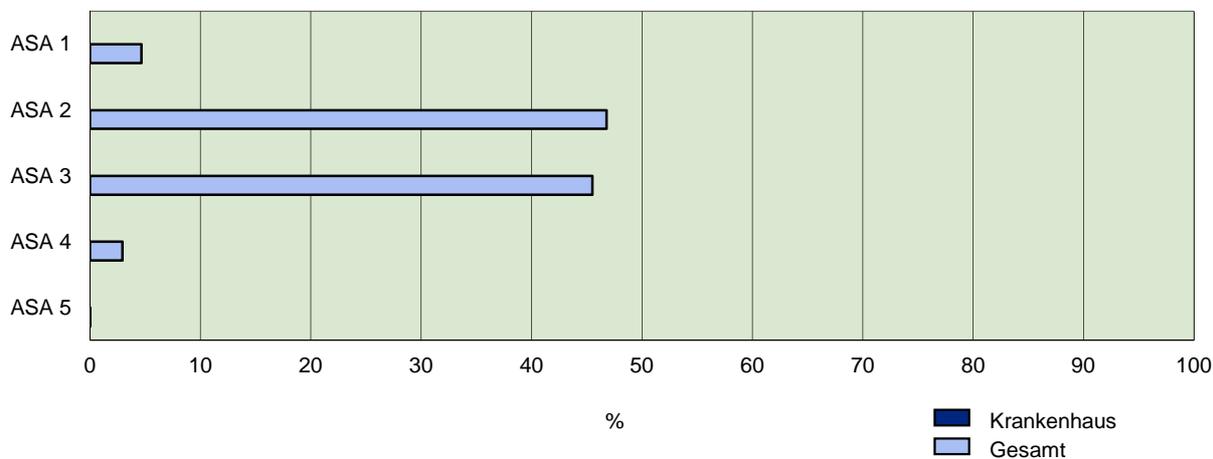
**Prozeduren
 Eingriff**

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
zu operierende Seite						
rechts			3.823	53,22	3.645	52,51
links			3.361	46,78	3.297	47,49

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			336	4,68	275	3,96
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.362	46,80	3.357	48,36
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			3.271	45,53	3.131	45,10
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			212	2,95	173	2,49
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			3	0,04	6	0,09

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			6.989	97,29	6.801	97,97
bedingt aseptische Eingriffe			120	1,67	87	1,25
kontaminierte Eingriffe			23	0,32	14	0,20
septische Eingriffe			52	0,72	40	0,58

Operation

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1.472	20,49	1.483	21,36
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			4.935	68,69	4.750	68,42
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			676	9,41	608	8,76
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			101	1,41	101	1,45
Dauer des Eingriffs¹ (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			7.184		-	
Median				73,00		-
Mittelwert				79,67		-

¹ neues Datenfeld in 2016

Perioperatives Management

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			7.170	99,81	6.916	99,63
davon						
single shot			6.345 / 7.170	88,49	6.145 / 6.916	88,85
Zweitgabe			296 / 7.170	4,13	267 / 6.916	3,86
öfter			529 / 7.170	7,38	504 / 6.916	7,29

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Anamnese

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.472		1.483	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			97	6,59	82	5,53
vorbestehende Koxarthrose			589	40,01	644	43,43
Frakturereignis						
war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			1.418	96,33	1.456	98,18
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			54	3,67	27	1,82
Frakturlokalisierung						
medial			1.327	90,15	1.340	90,36
lateral			49	3,33	34	2,29
pertrochantär			54	3,67	41	2,76
sonstige			42	2,85	68	4,59
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			41 / 1.327	3,09	17 / 1.340	1,27
unverschoben			94 / 1.327	7,08	94 / 1.340	7,01
verschoben			715 / 1.327	53,88	779 / 1.340	58,13
komplett verschoben			477 / 1.327	35,95	450 / 1.340	33,58

Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk-nahen Femurfrakturen			1.472		1.483	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			540	36,68	523	35,27
Art der Medikation (Mehrfachnennungen möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			110 / 540	20,37	126 / 523	24,09
Acetylsalicylsäure andere Thrombozyten- aggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			253 / 540	46,85	282 / 523	53,92
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			52 / 540	9,63	38 / 523	7,27
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			34 / 540	6,30	20 / 523	3,82
			102 / 540	18,89	68 / 523	13,00

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Anamnese

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.935		4.750	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			272	5,51	272	5,73
Schmerzen						
keine Schmerzen			17	0,34	23	0,48
Belastungsschmerz			914	18,52	964	20,29
Ruhschmerz			4.004	81,13	3.763	79,22

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.935		4.750	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt¹			4.737	95,99	-	-
Extension/Flexion¹ Anzahl gültiger Angaben			4.737		-	
Winkel Extension (Grad)¹ Median				0,00		-
Mittelwert				0,16		-
Neutral-Null-Wert (Grad)¹ Median				0,00		-
Mittelwert				3,45		-
Winkel Flexion (Grad)¹ Median				90,00		-
Mittelwert				86,03		-
Ab-/Adduktion¹ Anzahl gültiger Angaben			4.737		-	
Winkel Abduktion (Grad)¹ Median				10,00		-
Mittelwert				14,86		-
Neutral-Null-Wert (Grad)¹ Median				0,00		-
Mittelwert				0,21		-
Winkel Adduktion (Grad)¹ Median				10,00		-
Mittelwert				9,61		-

¹ neues Datenfeld in 2016

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.935		4.750	
Außen-/Innenrotation¹ Anzahl gültiger Angaben			4.737		-	
Winkel Außenrotation (Grad)¹						
Median				10,00		-
Mittelwert				13,25		-
Neutral-Null-Wert (Grad)¹						
Median				0,00		-
Mittelwert				2,10		-
Winkel Innenrotation (Grad)¹						
Median				0,00		-
Mittelwert				5,10		-

¹ neues Datenfeld in 2016

Kellgren-Lawrence-Score (modifiziert)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.935		4.750	
Osteophyten						
keine oder fraglich			178	3,61	227	4,78
eindeutig			2.274	46,08	2.354	49,56
große			2.483	50,31	2.169	45,66
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			27	0,55	33	0,69
eindeutig verschmälert			381	7,72	471	9,92
fortgeschritten verschmälert			1.788	36,23	1.994	41,98
aufgehoben			2.739	55,50	2.252	47,41
Sklerose						
keine Sklerose			27	0,55	46	0,97
leichte Sklerose			707	14,33	653	13,75
leichte Sklerose mit Zystenbildung			1.894	38,38	1.970	41,47
Sklerose mit Zysten			2.307	46,75	2.081	43,81
Deformierung						
keine Deformierung			385	7,80	304	6,40
leichte Deformierung			2.051	41,56	2.136	44,97
deutliche Deformierung			2.499	50,64	2.310	48,63

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.935		4.750	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation an der betroffenen Seite						
nein			4.834	97,95	4.676	98,44
ja			101	2,05	74	1,56
wenn ja:						
Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			5 / 101	4,95	2 / 74	2,70
Grad 1: geringe Veränderung			8 / 101	7,92	8 / 74	10,81
Grad 2: definitive Veränderung			14 / 101	13,86	12 / 74	16,22
Grad 3: deutliche Veränderung			35 / 101	34,65	22 / 74	29,73
Grad 4: schwere Veränderung			37 / 101	36,63	27 / 74	36,49
Grad 5: multilierende Veränderung			2 / 101	1,98	3 / 74	4,05

Wechsel

Anamnese

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			777		709	
Schmerzen						
keine Schmerzen			51	6,56	48	6,77
Belastungsschmerz			186	23,94	210	29,62
Ruhschmerz			540	69,50	451	63,61

Entzündungszeichen / Erreger-/ Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			777		709	
positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			212	27,28	140	19,75
mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			341	43,89	314	44,29
durchgeführt, negativ			317	40,80	332	46,83
durchgeführt, positiv			119	15,32	63	8,89
histopathologische(r) Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) präoperativ vor Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			551	70,91	489	68,97
kein pathologischer Befund			86	11,07	125	17,63
abriebinduzierter Typ (Typ I)			66	8,49	51	7,19
infektiöser Typ (Typ II)			50	6,44	32	4,51
Mischtyp (Typ III)			12	1,54	6	0,85
Indifferenztyp (Typ IV)			12	1,54	6	0,85

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			777		709	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			639	82,24	587	82,79
Implantatbruch			34 / 639	5,32	23 / 587	3,92
Implantatabrieb/-verschleiß			153 / 639	23,94	168 / 587	28,62
Implantatfehlage der Pfanne			88 / 639	13,77	60 / 587	10,22
Implantatfehlage des Schafts			40 / 639	6,26	27 / 587	4,60
Lockerung der Pfannenkomponente			176 / 639	27,54	168 / 587	28,62
Lockerung der Schaftkomponente			153 / 639	23,94	129 / 587	21,98
Osteolyse der Pfanne			85 / 639	13,30	74 / 587	12,61
Osteolyse des Femurs			64 / 639	10,02	72 / 587	12,27
periprothetische Fraktur			118 / 639	18,47	86 / 587	14,65
(rezidivierende) Endoprothesen(sub)luxation			95 / 639	14,87	87 / 587	14,82
großer Knochendefekt Pfanne			65 / 639	10,17	48 / 587	8,18
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			21 / 639	3,29	24 / 587	4,09
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			2 / 639	0,31	3 / 587	0,51
periartikuläre Ossifikation			27 / 639	4,23	23 / 587	3,92

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
Spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			373 / 7.184	5,19	334 / 6.942	4,81
primäre Implantatfehlage			3 / 373	0,80	7 / 334	2,10
sekundäre Implantatdislokation			13 / 373	3,49	13 / 334	3,89
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub-)luxation			40 / 373	10,72	43 / 334	12,87
OP- oder interventionsbedürftige(s) Wundhämatom/ Nachblutung			79 / 373	21,18	80 / 334	23,95
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			3 / 373	0,80	3 / 334	0,90
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			30 / 373	8,04	24 / 334	7,19
periprothetische Fraktur			74 / 373	19,84	73 / 334	21,86
postoperative Wundinfektion (nach CDC Definition) davon			67 / 373	17,96	58 / 334	17,37
A1 (oberflächliche Infektion)			13 / 67	19,40	8 / 58	13,79
A2 (postoperative tiefe Infektion)			37 / 67	55,22	34 / 58	58,62
A3 (Organe/Körperhöhle im OP-Gebiet)			17 / 67	25,37	16 / 58	27,59
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			41 / 373	10,99	32 / 334	9,58
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			6 / 373	1,61	3 / 334	0,90
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen			84 / 373	22,52	71 / 334	21,26
sonstige			82 / 373	21,98	57 / 334	17,07

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.184		6.942	
weitere endoprothetische operative Prozeduren			135	1,88	150	2,16

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			559	7,88	464	6,75
Pneumonie			96 / 559	17,17	75 / 464	16,16
behandlungsbedürftige kardio-vaskuläre Komplikation(en)			140 / 559	25,04	118 / 464	25,43
tiefe Bein-/Beckenthrombose			14 / 559	2,50	12 / 464	2,59
Lungenembolie			23 / 559	4,11	23 / 464	4,96
postoperative katheter-assoziierte Harnwegsinfektion			85 / 559	15,21	54 / 464	11,64
Apoplex			17 / 559	3,04	16 / 464	3,45
akute gastrointestinale Blutung			9 / 559	1,61	8 / 464	1,72
akute Niereninsuffizienz			64 / 559	11,45	58 / 464	12,50
neu aufgetretener Dekubitus			34 / 559	6,08	33 / 464	7,11
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			261 / 559	46,69	207 / 464	44,61

Präventionsmaßnahmen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten						
nein			449	6,33	613	8,91
ja			6.649	93,67	6.264	91,09
Durchführung von Präventionsmaßnahmen (lt. Pflegedokumentation)						
nein			251	3,54	292	4,25
ja			6.847	96,46	6.585	95,75
wenn ja:						
Patient hat Gehtraining erhalten			6.761 / 6.847	98,74	6.424 / 6.585	97,56
Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert			6.697 / 6.847	97,81	6.387 / 6.585	96,99
Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst			6.584 / 6.847	96,16	6.050 / 6.585	91,88
Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potentielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt			6.592 / 6.847	96,28	5.865 / 6.585	89,07

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			6.722	94,70	6.448	93,76
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			6.722		6.448	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,02		0,05
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,03		0,04
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				87,41		87,35

Entlassung

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt			288	4,06	184	2,68
Gehen am Stück bis 500 m möglich			2.810	39,59	2.619	38,08
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50 m)			3.247	45,75	3.366	48,95
im Zimmer mobil			481	6,78	466	6,78
immobil			149	2,10	143	2,08
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			48	0,68	35	0,51
Unterarmgehstützen			5.790	81,57	5.649	82,14
Rollator/Gehbock			956	13,47	937	13,63
Rollstuhl			108	1,52	80	1,16
bettlägerig			73	1,03	78	1,13

Entlassung (Fortsetzung)

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
01: regulär beendet			3.263	45,97	2.986	43,42
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			169	2,38	143	2,08
03: aus sonstigen Gründen			1	0,01	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			11	0,15	10	0,15
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			504	7,10	535	7,78
07: Tod			127	1,79	106	1,54
08: Verlegung nach § 14			9	0,13	9	0,13
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.691	37,91	2.791	40,58
10: in Pflegeeinrichtung			311	4,38	287	4,17
11: in Hospiz			2	0,03	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,03	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,03	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			6	0,08	10	0,15
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 Behandlung regulär beendet 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 Entlassung in ein Hospiz 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | <ul style="list-style-type: none"> 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 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 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
|--|---|

Entlassung (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.098		6.877	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.105	15,57	1.162	16,90
Dienstag			1.190	16,77	1.128	16,40
Mittwoch			1.188	16,74	1.222	17,77
Donnerstag			1.134	15,98	1.096	15,94
Freitag			1.595	22,47	1.416	20,59
Samstag			639	9,00	631	9,18
Sonntag			247	3,48	222	3,23

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2016 erhalten Sie beim IQTIG, Berlin (www.iqtig.org).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2016.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2017. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2015 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2016 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

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

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

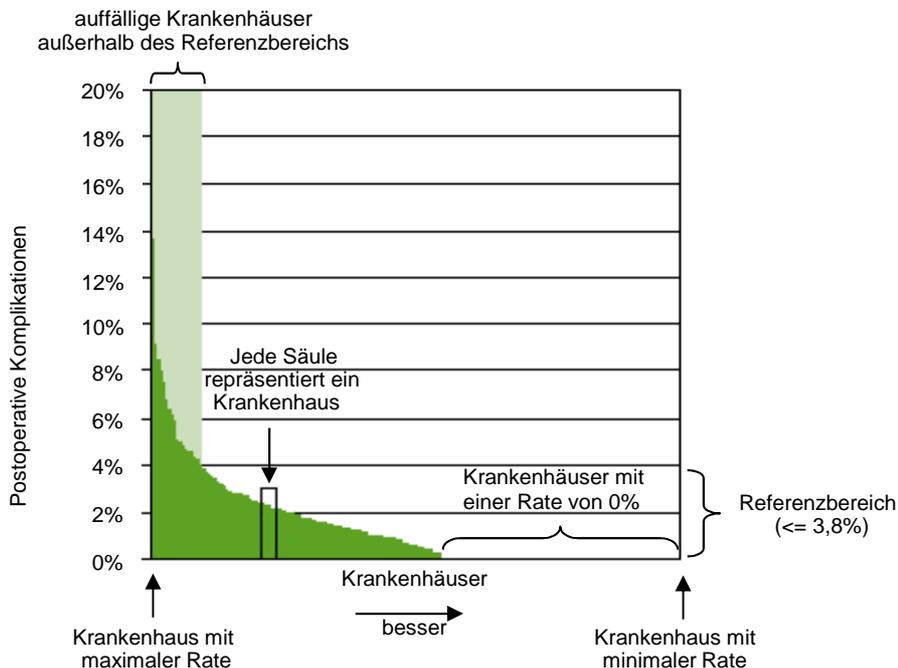
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

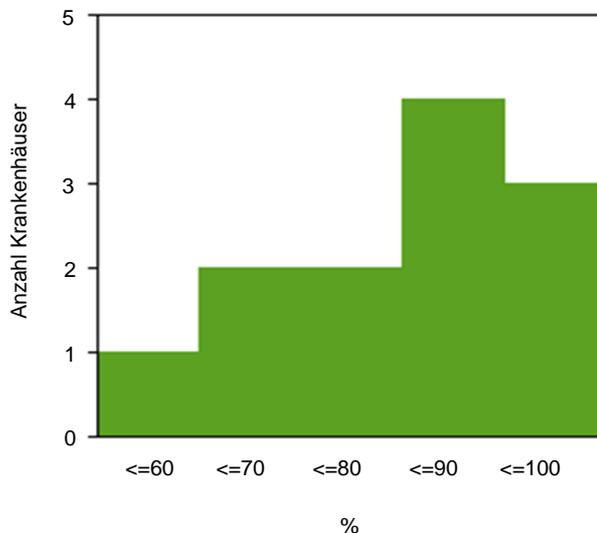
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

8. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2016/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2016.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.