

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 35
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.984
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17906-L113147-P53984

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2019 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Thüringen

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 35
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.984
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17906-L113147-P53984

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2018/HEP/54001 QI: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation			97,34%	>= 90,00%	innerhalb	94,68%	11
2018/HEP/54002 QI: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			92,77%	>= 86,00%	innerhalb	93,06%	14
2018/HEP/54003 QI: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			16,16%	<= 15,00%	außerhalb	21,00%	17
2018/HEP/54004 QI: Sturzprophylaxe			96,84%	>= 85,00%	innerhalb	94,92%	20

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Allgemeine Komplikationen							
2018/HEP/54015							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur							
			1,17	<= 2,14	innerhalb	1,19	22
2018/HEP/54016							
QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation							
			1,68%	<= 5,72%	innerhalb	1,80%	25
2018/HEP/54017							
QI: bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel							
			7,99%	<= 15,15%	innerhalb	6,13%	28

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Spezifische Komplikationen							
2018/HEP/54018							
QI: bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			3,98%	<= 11,41%	innerhalb	3,67%	31
2018/HEP/54019							
QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation			2,80%	<= 7,50%	innerhalb	2,52%	33
2018/HEP/54120							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			1,06	<= 2,33	innerhalb	1,07	35
2018/HEP/191800_54120							
KKez: Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen			1,21	-	-	1,30	38
2018/HEP/191801_54120							
KKez: Ebene 2: Weichteilkomplikationen			0,97	-	-	0,91	41

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter ≥ 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2018/HEP/54010 TKez: Beweglichkeit bei Entlassung			98,70%	-	-	98,32%	44
2018/HEP/54012 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			1,04	<= 2,40	innerhalb	1,24	47
2018/HEP/54013 QI: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit			12,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	8,00 Fälle	51
2018/HEP/10271 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			1,00	<= 3,12	innerhalb	0,80	53

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/HEP/850152 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			23,81%	<= 50,00%	innerhalb	43,64%	54
2018/HEP/850151 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation			17,72%	<= 50,00%	innerhalb	37,50%	56
2018/HEP/851804 Irrtümlich angelegte Prozedurbögen			12,00 Fälle	< 5,00 Fälle	außerhalb	27,00 Fälle	58

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2018 wurden erstmals kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KK“ oder „TK“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt „Beschlüsse“ ersichtlich ist.

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 Einrichtung 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. Die FU-Indikatoren 2190 und 2191 aus dem Leistungsbereich 9/1 wurden vom IQTIG für 2018 ausgesetzt.

Weitere Informationen finden Sie in der Anlage 3 der QSKH-Richtlinie.

Auswertungen (Standorte)

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

Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54001

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien¹				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score ²				
0 Punkte			2 / 5.002	0,04%
1 - 2 Punkte			18 / 5.002	0,36%
3 - 4 Punkte			135 / 5.002	2,70%
5 - 9 Punkte			3.880 / 5.002	77,57%
10 Punkte			967 / 5.002	19,33%
5 - 10 Punkte			4.847 / 5.002	96,90%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ²				
Grad 0			1 / 5.002	0,02%
Grad 1			11 / 5.002	0,22%
Grad 2			8 / 5.002	0,16%
Grad 3			23 / 5.002	0,46%
Grad 4			35 / 5.002	0,70%
Grad 5			5 / 5.002	0,10%
Schmerzen³				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			669 / 5.002	13,37%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			4.305 / 5.002	86,07%

¹ 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.

² 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

³ 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 Gelenkerstörung nach Larsen-Dale-Eek:	
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

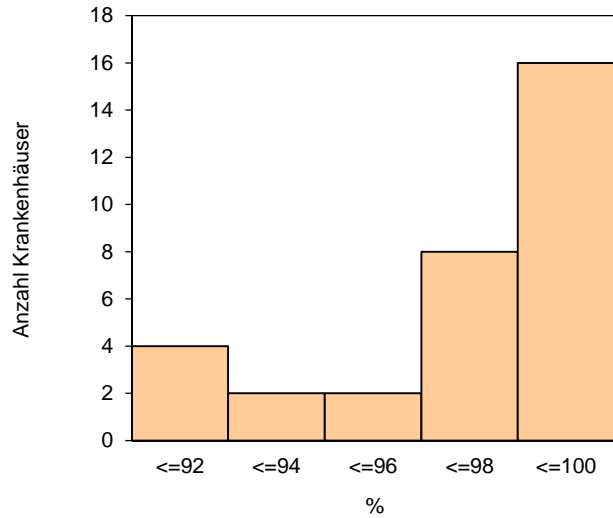
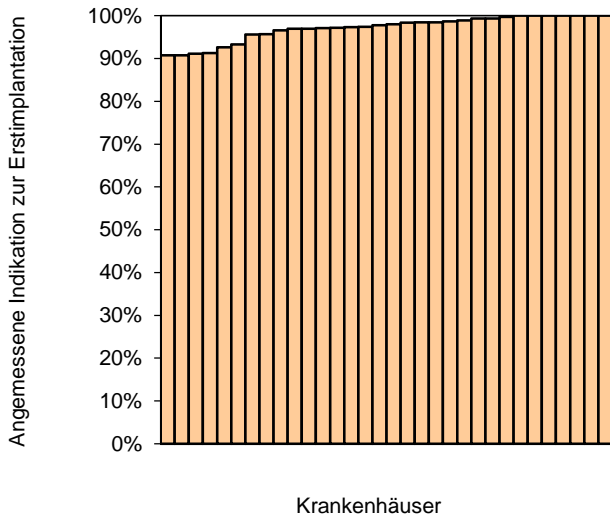
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die 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 Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90,00%	4.869 / 5.002	 96,86% - 97,75% >= 90,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	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 Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt Vertrauensbereich		 94,03% - 95,26%	4.893 / 5.168	 94,03% - 95,26%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

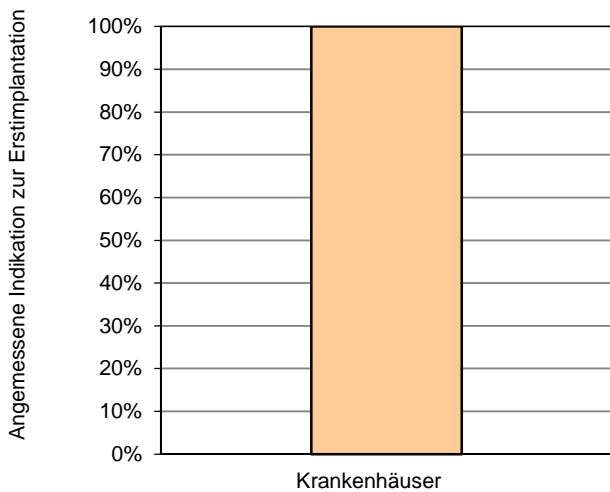
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/HEP/54001]:
 Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien an allen
 Hüftendoprothesen-Erstimplantationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,74	90,77	91,30	96,18	97,94	99,55	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat 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.

Qualitätsindikator: 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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54002

Referenzbereich: >= 86,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			129 / 567	22,75%
Patienten mit Ruheschmerz			385 / 567	67,90%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch			16 / 567	2,82%
Implantatabrieb/-verschleiß			72 / 567	12,70%
Implantatfehlage der Pfanne			68 / 567	11,99%
Implantatfehlage des Schaftes			35 / 567	6,17%
Lockerung der Pfannenkomponente			135 / 567	23,81%
Lockerung der Schaftkomponente			151 / 567	26,63%
Osteolyse der Pfanne			42 / 567	7,41%
Osteolyse des Femurs			47 / 567	8,29%
periprothetischer Fraktur			122 / 567	21,52%
Endoprothesen(sub)luxation			65 / 567	11,46%
großer Knochendefekt Pfanne			35 / 567	6,17%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			28 / 567	4,94%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			5 / 567	0,88%
periartikuläre Ossifikation			10 / 567	1,76%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit Entzündungszeichen ¹			144 / 567	25,40%
Patienten mit positivem mikrobiologischen Kriterium ²			81 / 567	14,29%
Patienten mit Endoprothesen(sub-)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder mindestens einem Schmerzkriterium ³ und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium* oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			526 / 567	92,77%
Vertrauensbereich				90,34% - 94,63%
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 folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafts, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) oder Periarthkuläre Ossifikation

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesen(sub- luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem klinischen/röntgeno- logischen Kriterium ³ oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* oder Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			523 / 562	93,06% 90,65% - 94,88%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

³ Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafts, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente,
 Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) oder Periartikuläre Ossifikation

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

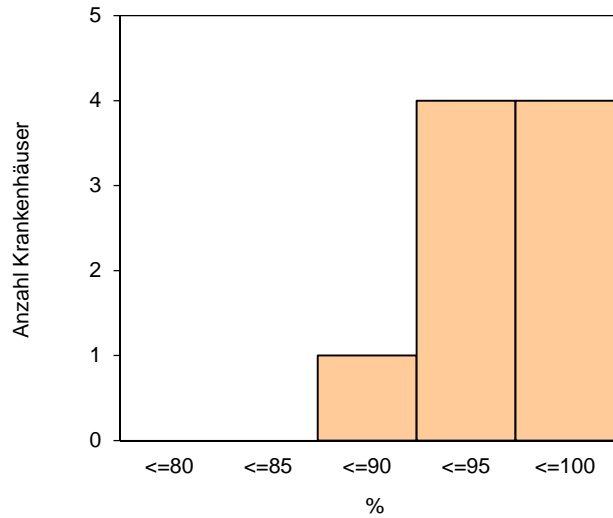
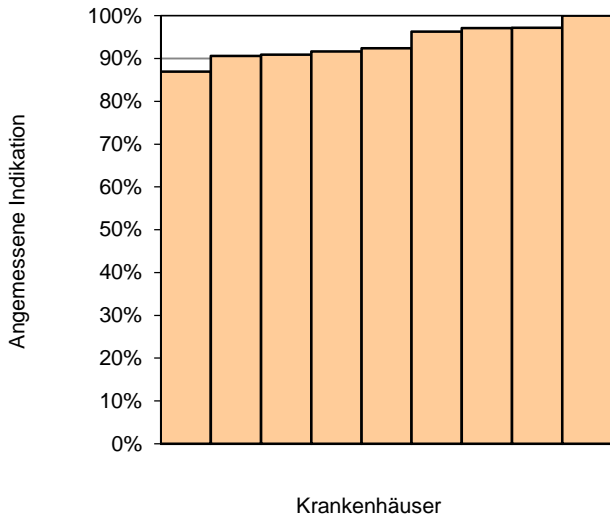
** Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/HEP/54002]:

Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Wechseln

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

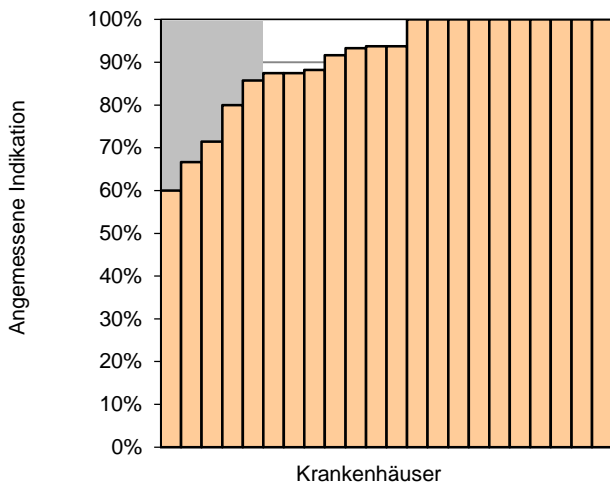
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,96			90,91	92,37	97,14			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

22 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00	66,67	71,43	87,50	93,75	100,00	100,00	100,00	100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer
Grundgesamtheit:	Eingriffe bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ¹
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2018/HEP/54003
Referenzbereich:	<= 15,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			794 / 1.473	53,90%
24 - 48 Stunden			441 / 1.473	29,94%
> 48 Stunden			238 / 1.473	16,16%
Vertrauensbereich				14,37% - 18,12%
Referenzbereich		<= 15,00%		<= 15,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			751 / 1.514	49,60%
24 - 48 Stunden			445 / 1.514	29,39%
> 48 Stunden			318 / 1.514	21,00%
Vertrauensbereich				19,03% - 23,13%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

¹ Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), distale Fraktur des Femurs (S72.4), multiple Frakturen des Femurs (S72.7) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*).

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2018			
	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 akut-stationären Einrichtung erfolgte				

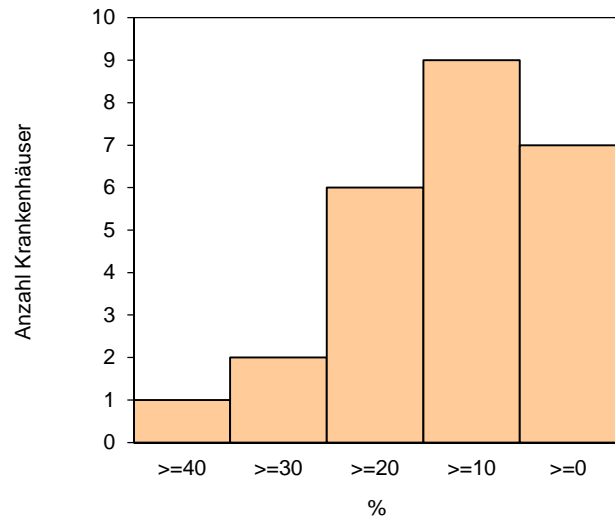
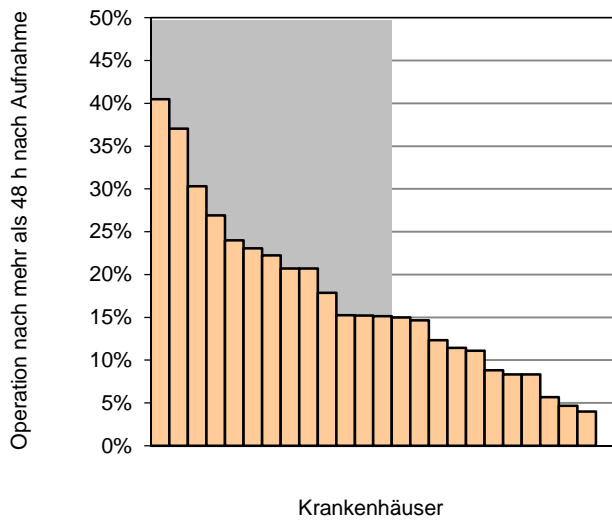
	Gesamt 2018			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	506 / 900 56,22%	116 / 201 57,71%	80 / 175 45,71%	92 / 197 46,70%
24 - 48 Stunden	266 / 900 29,56%	34 / 201 16,92%	67 / 175 38,29%	74 / 197 37,56%
> 48 Stunden	128 / 900 14,22%	51 / 201 25,37%	28 / 175 16,00%	31 / 197 15,74%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/HEP/54003]:

Anteil von Eingriffen bei Patienten, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte an allen Eingriffen bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unter Ausschluss von Behandlungsfällen mit Entlassungsdiagnose S72.2, S72.3, S72.4, S72.7 ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

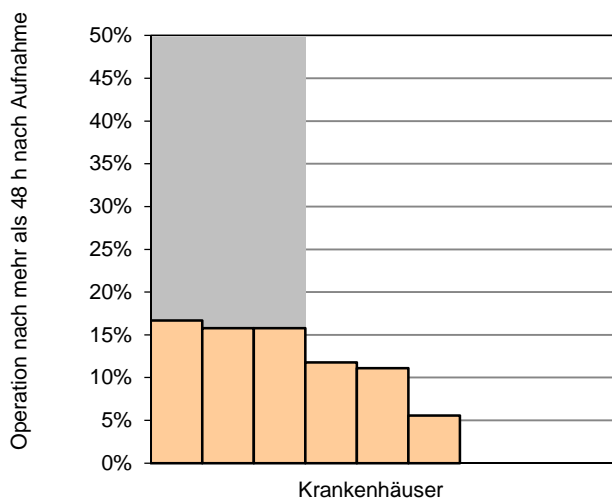
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	4,00	4,65	8,82	15,13	22,22	30,30	37,04	40,48

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	11,11	15,79			16,67

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.
Grundgesamtheit:	Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel ¹
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2018/HEP/54004
Referenzbereich:	>= 85,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			4.933 / 5.094	96,84%
Vertrauensbereich				96,32% - 97,29%
Referenzbereich		>= 85,00%		>= 85,00%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			4.857 / 5.117	94,92%
Vertrauensbereich				94,28% - 95,49%

¹ Ausgeschlossen werden Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

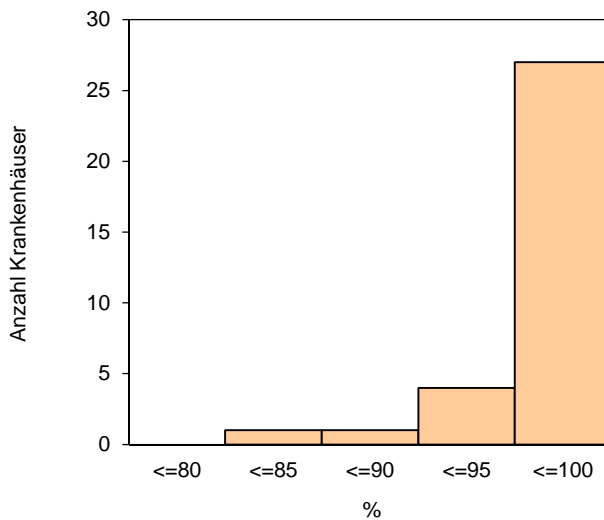
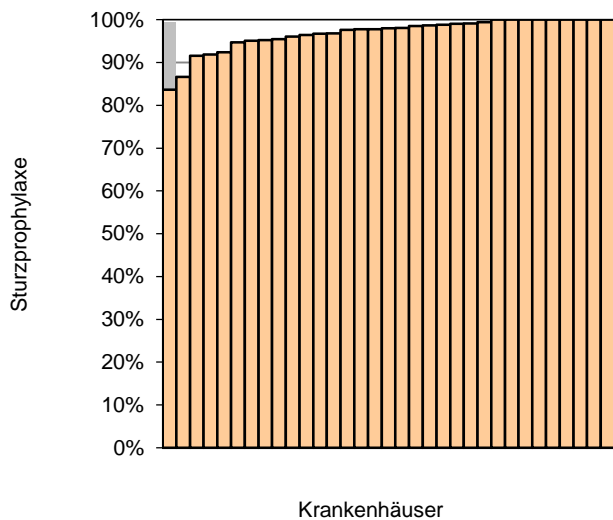
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/HEP/54004]:

Anteil von Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden an allen Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel unter Ausschluss von Patienten, die während des Krankhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

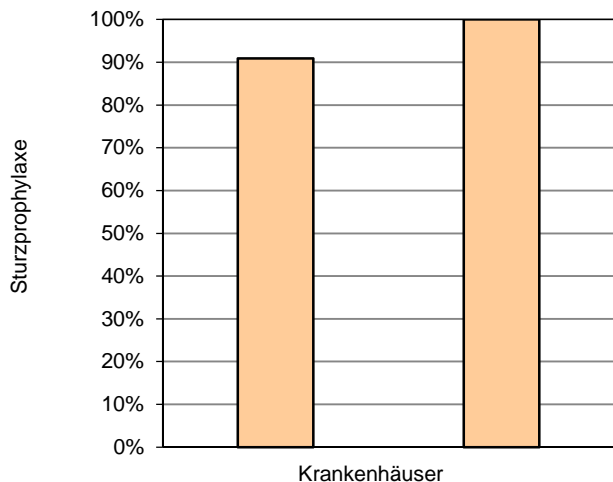
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,64	86,62	91,89	95,45	97,99	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,91				95,45				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54015

Referenzbereich: <= 2,14 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		202 / 1.480 13,65%
vorhergesagt (E) ³		172,89 / 1.480 11,68%
O - E		1,97%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		1,17
Vertrauensbereich		1,03 - 1,33
Referenzbereich	<= 2,14	<= 2,14

¹ Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:

Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

² KKez O_54015: Beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

³ KKez E_54015: Erwartete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54015.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ³		192 / 1.521 12,62%
vorhergesagt (E)*		161,36 / 1.521 10,61%
O - E		2,01%
O/E** Vertrauensbereich		1,19 1,04 - 1,36

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

³ KKez O_54015: Beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

* KKez E_54015: Erwartete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54015.

** Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur zur erwarteten Rate.

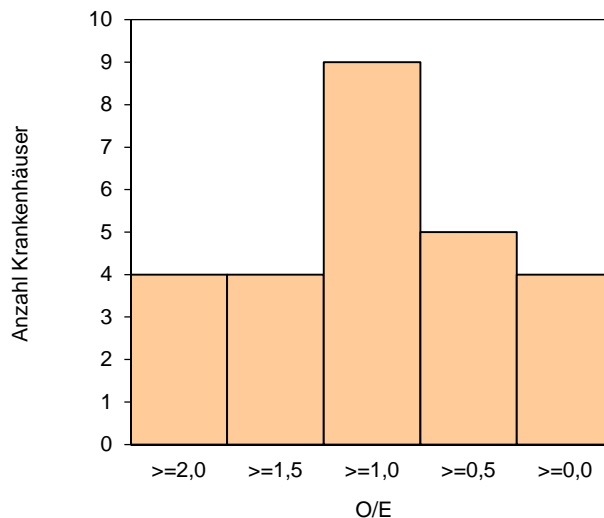
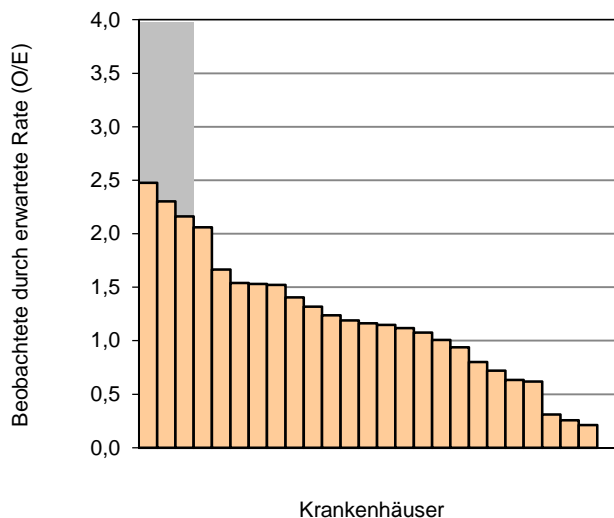
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 10% kleiner als erwartet.

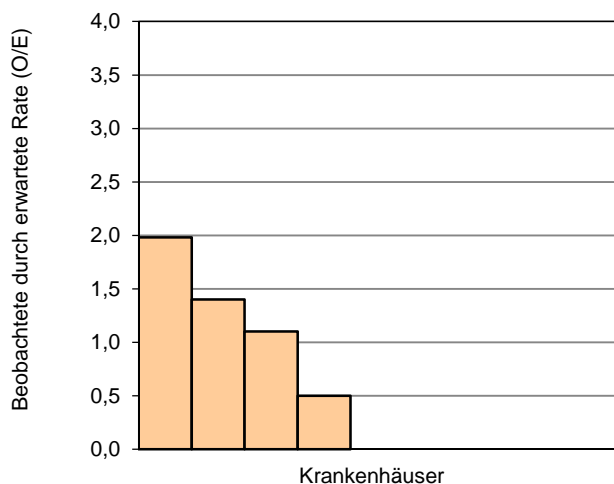
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2018/HEP/54015]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen behandlungsbedürftigen
 Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	0,21	0,26	0,72	1,16	1,53	2,16	2,30	2,48

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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
	0,00			0,00	0,00	1,10			1,98

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
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2018/HEP/54016
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5,72% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	█		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 5,72%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	84 / 4.991 1,68%	19 / 3.070 0,62%	65 / 1.921 3,38%
Vertrauensbereich	1,36% - 2,08%		
Referenzbereich	<= 5,72%		

¹ Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	93 / 5.154 1,80% 1,48% - 2,21%	33 / 3.265 1,01%	60 / 1.889 3,18%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

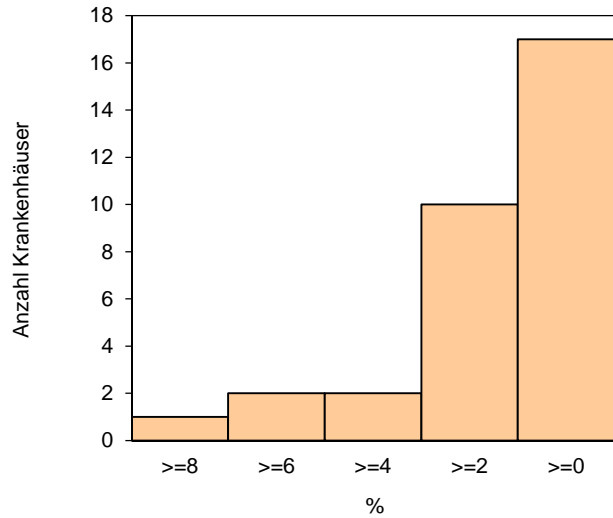
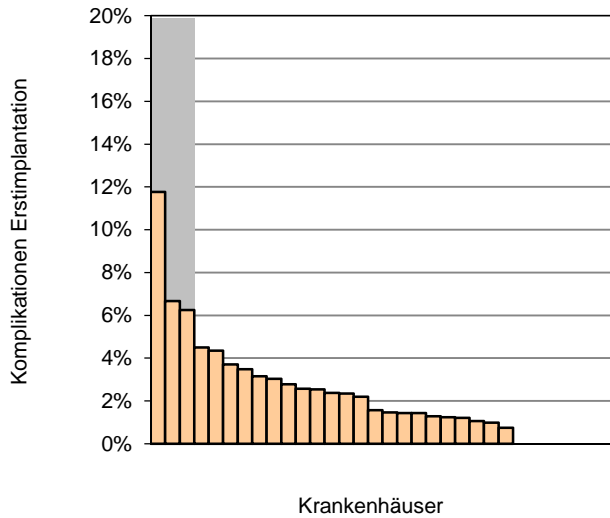
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2018/HEP/54016]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

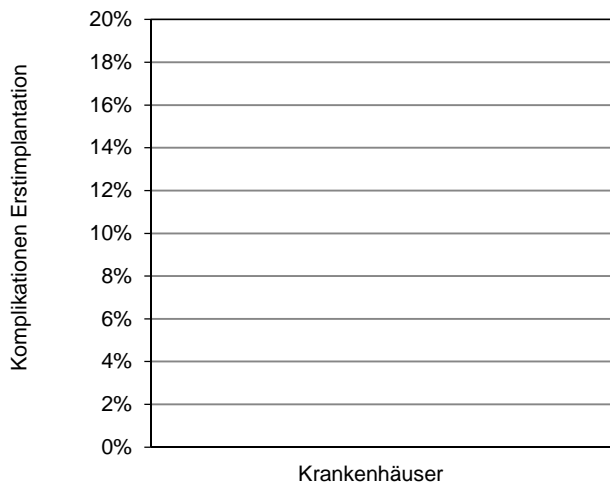
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,86	1,51	3,09	4,49	6,67	11,76

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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

2 Krankenhäuser haben 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
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2018/HEP/54017
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 15,15% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	█		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 15,15%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	41 / 513 7,99%	6 / 192 3,13%	34 / 320 10,63%
Vertrauensbereich	5,95% - 10,66%		
Referenzbereich	<= 15,15%		

¹ Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	31 / 506 6,13% 4,35% - 8,56%	2 / 176 1,14%	29 / 329 8,81%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

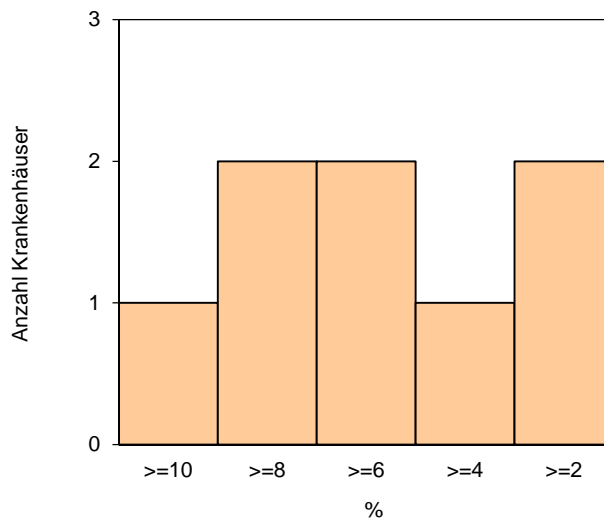
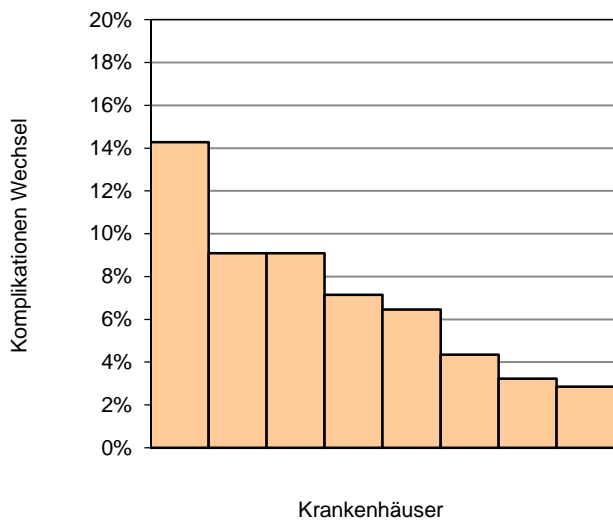
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2018/HEP/54017]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

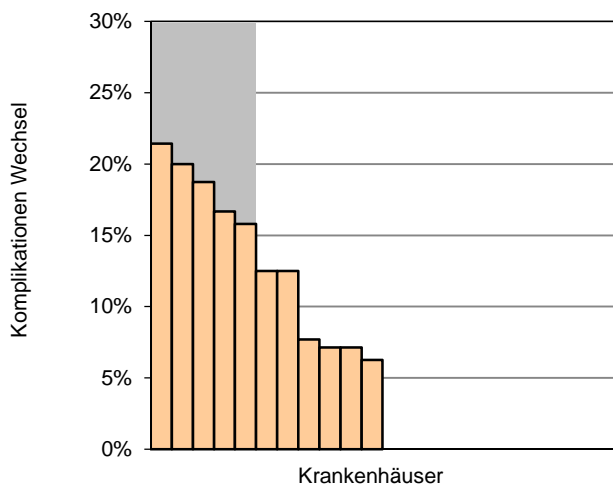
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,86			3,79	6,80	9,09			14,29

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

22 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	3,13	12,50	18,75	20,00	21,43

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54018

Referenzbereich: <= 11,41% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			59 / 1.484	3,98%
Vertrauensbereich				3,09% - 5,09%
Referenzbereich		<= 11,41%		<= 11,41%

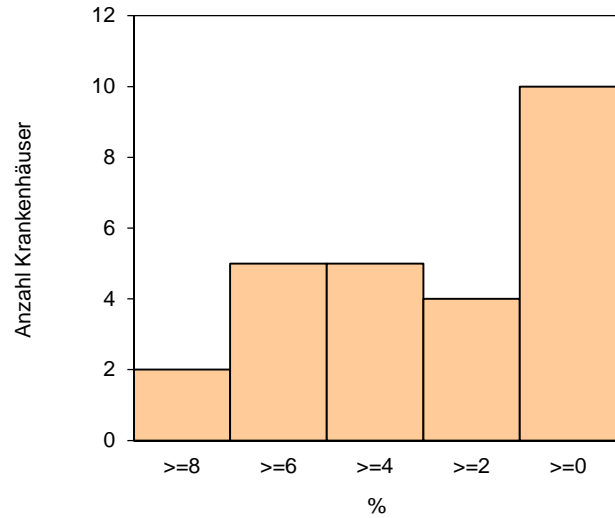
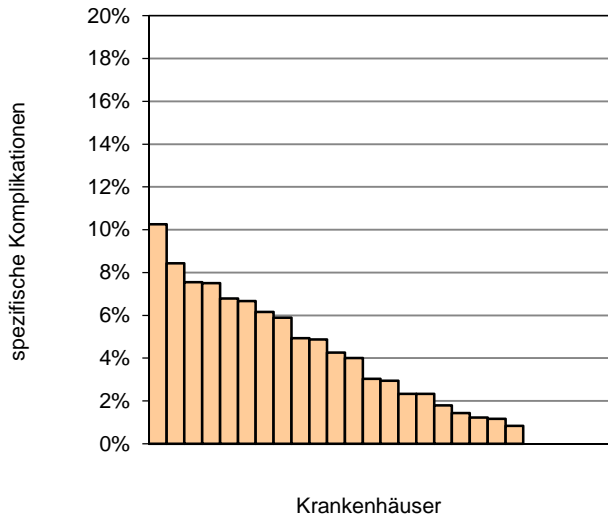
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			56 / 1.527	3,67%
Vertrauensbereich				2,83% - 4,73%

¹ Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 primäre Implantatfehlage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

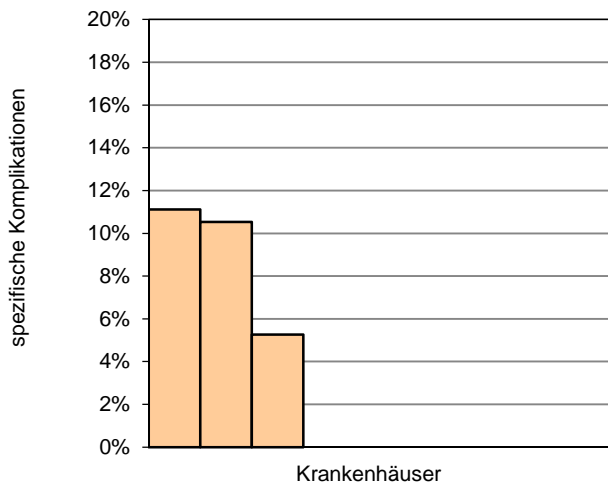
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	1,16	2,99	6,15	7,55	8,43	10,26

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	5,26			11,11

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2018/HEP/54019
Referenzbereich: <= 7,50% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			140 / 5.002	2,80%
Vertrauensbereich				2,38% - 3,29%
Referenzbereich		<= 7,50%		<= 7,50%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			130 / 5.168	2,52%
Vertrauensbereich				2,12% - 2,98%

¹ Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 primäre Implantatfehlage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

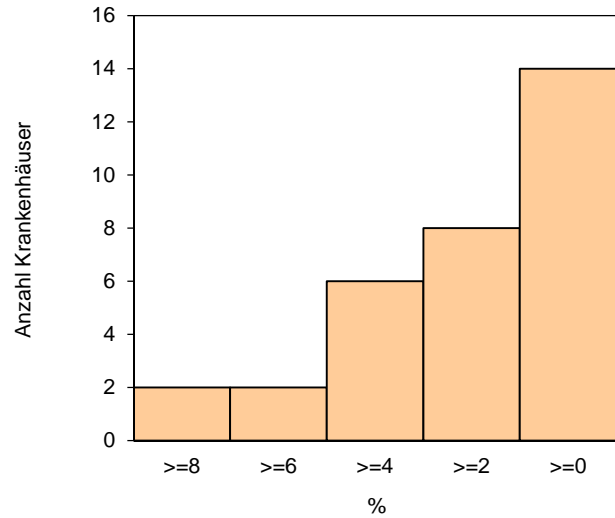
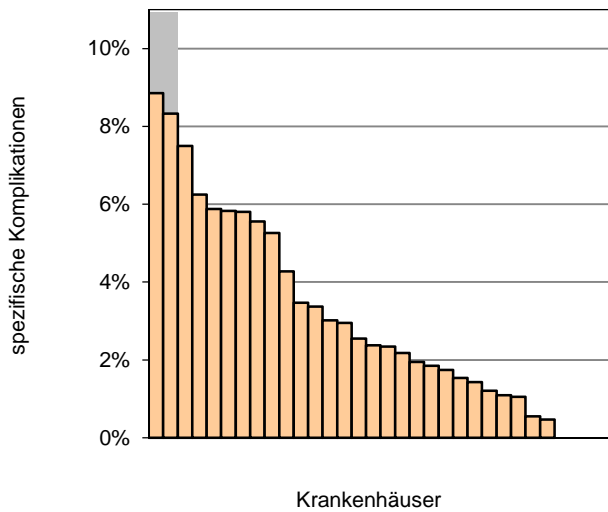
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/HEP/54019]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

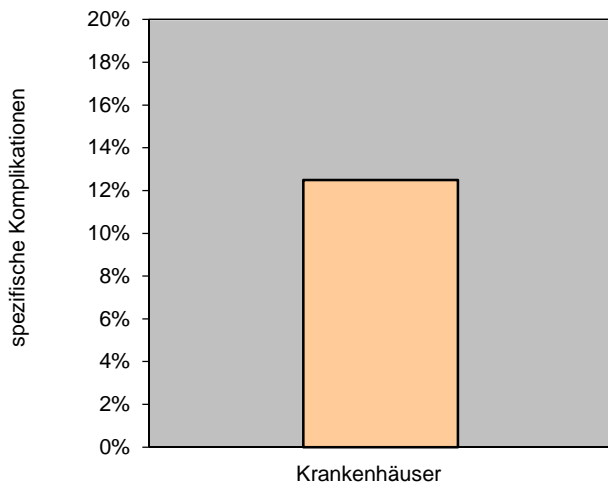
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,15	2,36	5,41	6,25	8,33	8,86

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,50				12,50				12,50

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54120

Referenzbereich: <= 2,33 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		68 / 567 11,99%
vorhergesagt (E) ³		64,00 / 567 11,29%
O - E		0,71%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		1,06
Vertrauensbereich		0,85 - 1,32
Referenzbereich	<= 2,33	<= 2,33

¹ Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 primäre Implantatfehlheile, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

² KKez O_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat.

³ KKez E_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54120.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²		
beobachtet (O) ³		70 / 562 12,46%
vorhergesagt (E)*		65,26 / 562 11,61%
O - E		0,84%
O/E**		1,07
Vertrauensbereich		0,86 - 1,33

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 primäre Implantatfehlage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

³ KKez O_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat.

* KKez E_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54120.

** Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 20% größer als erwartet.

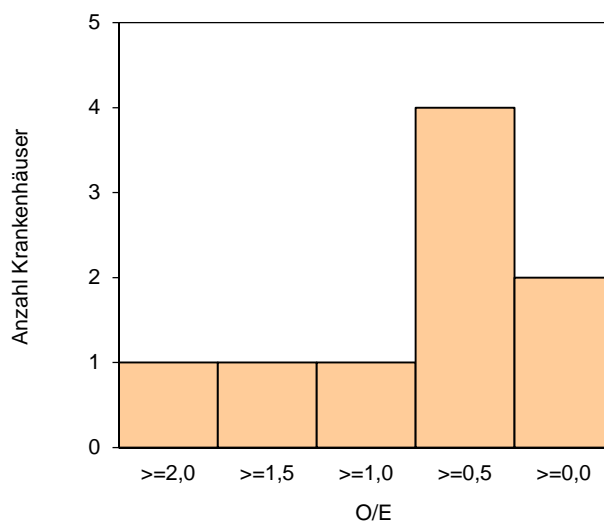
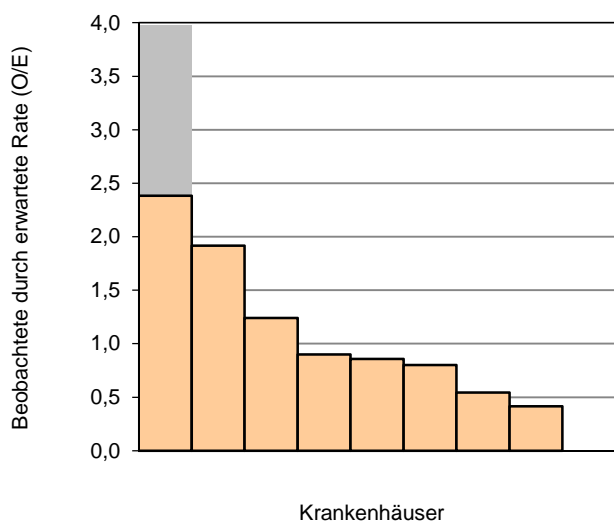
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2018/HEP/54120]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

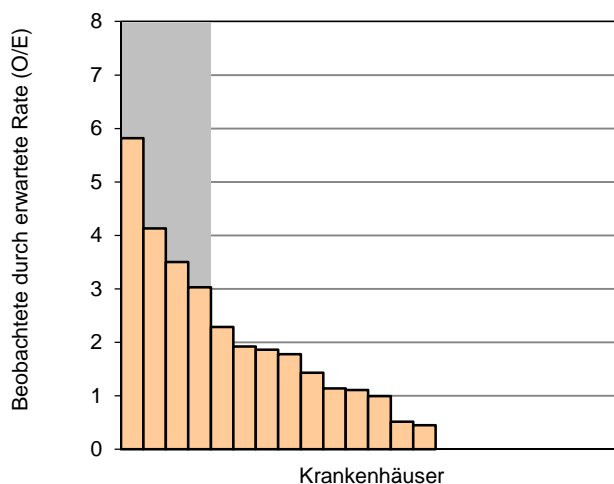
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,54	0,86	1,24			2,38

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

22 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
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	1,92	3,50	4,13	5,81

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2018/HEP/191800_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O) ¹		33 / 567 5,82%
vorhergesagt (E) ²		27,34 / 567 4,82%
O - E		1,00%

¹ KKez O_191800_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder
Endoprothesenluxation auftrat.

² KKez E_191800_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder
Endoprothesenluxation auftrat.

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
O/E ³ Vertrauensbereich		1,21 0,87 - 1,67

³ Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder
Endoprothesenluxation auftrat zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation,
periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation,
periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O) ²		37 / 562 6,58%
vorhergesagt (E) ³		28,57 / 562 5,08%
O - E		1,50%
O/E* Vertrauensbereich		1,30 0,95 - 1,76

¹ Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

² KKez O_191800_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat.

³ KKez E_191800_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat zur erwarteten Rate.

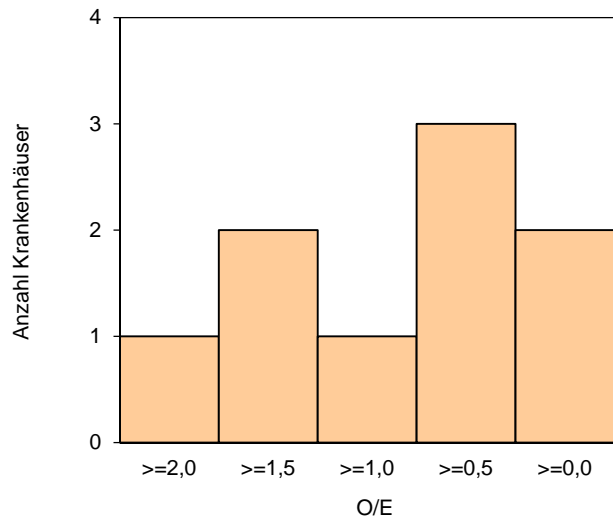
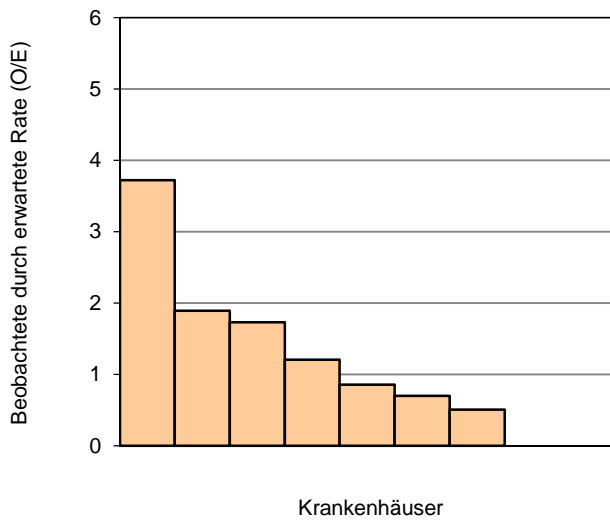
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

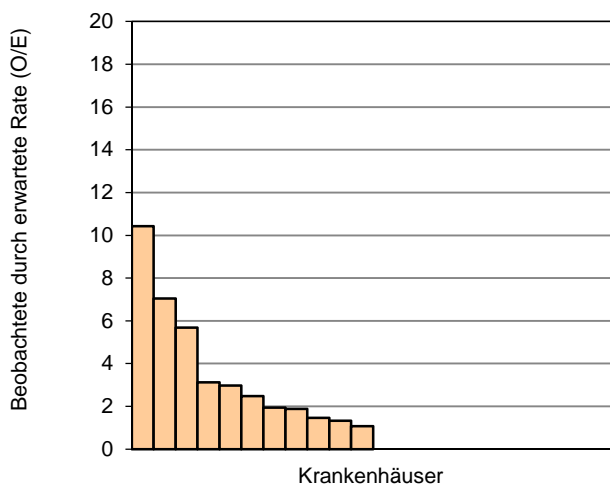
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c_KK_191800_54120, Kennzahl-ID 2018/HEP/191800_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 1)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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			0,50	0,86	1,73			3,73

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 22 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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	2,49	5,68	7,05	10,42

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 2: Weichteilkomplikationen

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patienten, bei denen keine Komplikation aus der Gruppe "Implantatassoziierte Komplikationen" (Ebene 1) auftrat

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2018/HEP/191801_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		35 / 534 6,55%
vorhergesagt (E) ³		36,21 / 534 6,78%
O - E		-0,23%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		0,97
Vertrauensbereich		0,70 - 1,32

¹ Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:

postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom

² KKez O_191801_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

³ KKez E_191801_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²		
beobachtet (O) ³		33 / 525 6,29%
vorhergesagt (E)*		36,17 / 525 6,89%
O - E		-0,60%
O/E** Vertrauensbereich		0,91 0,65 - 1,26

¹ Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

² Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom

³ KKez O_191801_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

* KKez E_191801_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

** Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat zur erwarteten Rate.

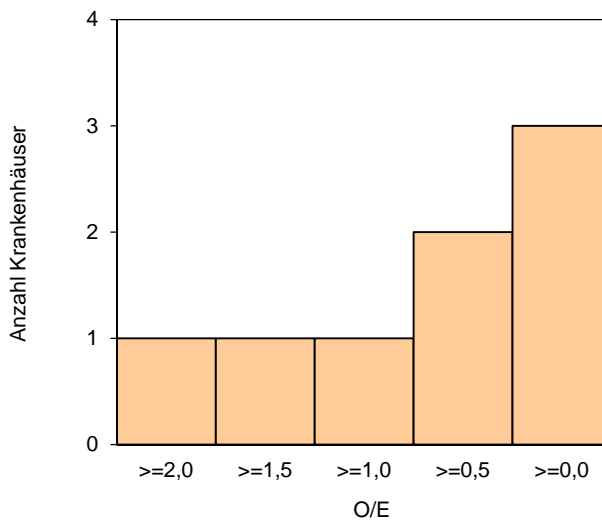
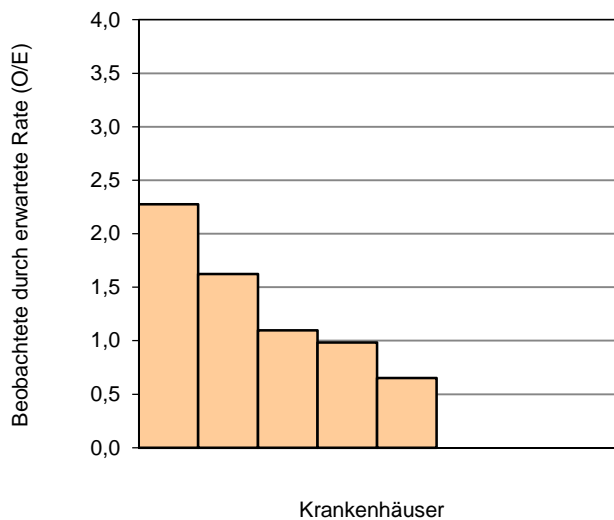
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

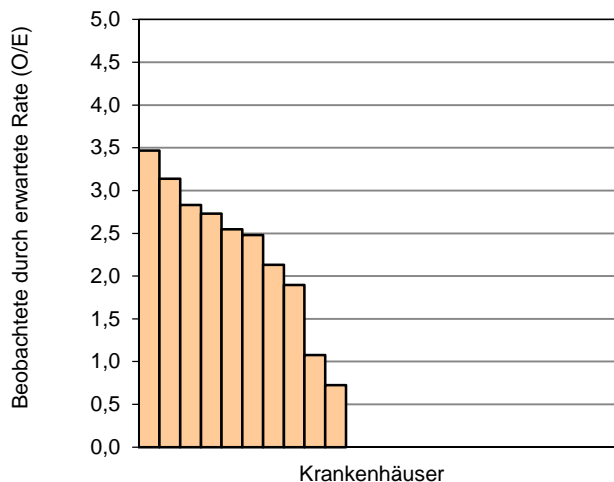
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_KK_191801_54120, Kennzahl-ID 2018/HEP/191801_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 2)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 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			0,00	0,82	1,36			2,28

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,48	2,83	3,14	3,47

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: 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

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Indikator-ID: 2018/HEP/54010

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	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			4.918 / 4.983	98,70% 98,34% - 98,98%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	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			5.041 / 5.127	98,32% 97,93% - 98,64%

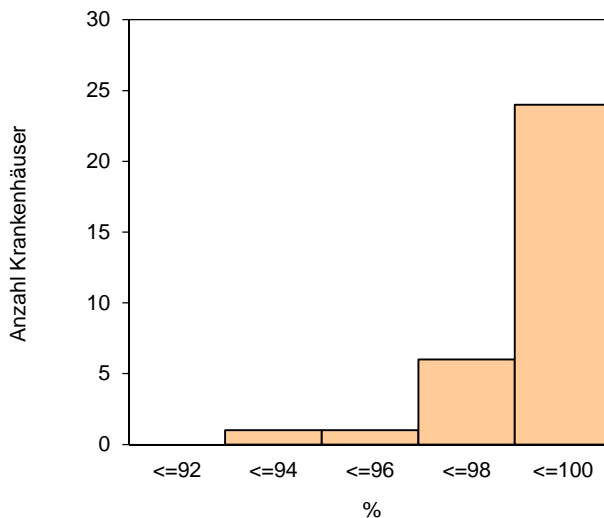
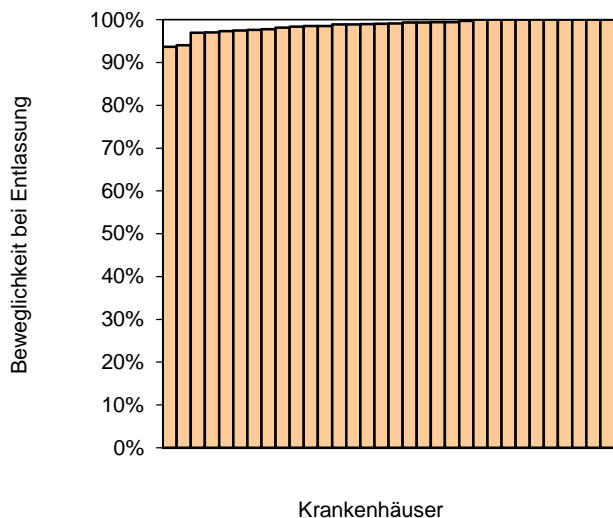
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7_TK_54010, Kennzahl-ID 2018/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:

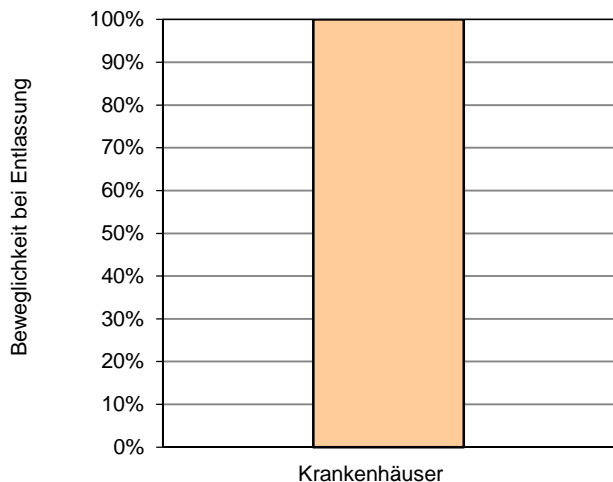
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,70	94,02	97,06	97,99	99,11	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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 2018			
	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 2018			
	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)	4.751 / 4.808 98,81%	67 / 69 97,10%	30 / 31 96,77%	70 / 75 93,33%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Qualitätsziel: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54012

Referenzbereich: <= 2,40 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²		255 / 6.024 4,23%
vorhergesagt (E) ³		244,82 / 6.024 4,06%
O - E		0,17%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E*		1,04
Vertrauensbereich		0,92 - 1,17
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

¹ Gehunfähigkeit bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

² KKez O_54012: Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

³ KKez E_54012: Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ²		
beobachtet (O) ³		291 / 6.200 4,69%
vorhergesagt (E)*		235,29 / 6.200 3,80%
O - E		0,90%
O/E** Vertrauensbereich		1,24 1,11 - 1,38

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² Gehunfähigkeit bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

³ KKez O_54012: Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

* KKez E_54012: Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

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

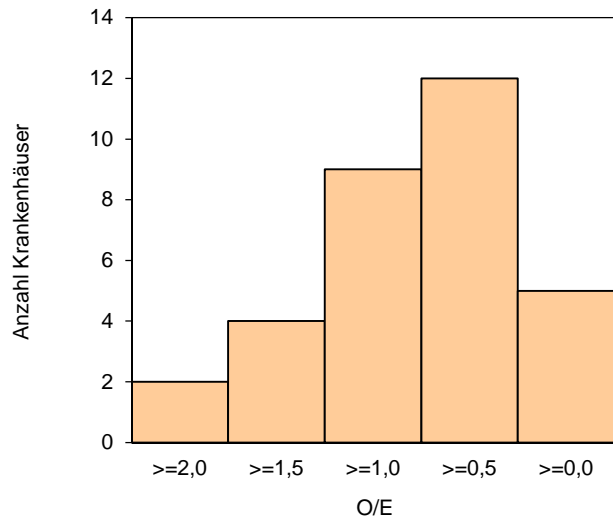
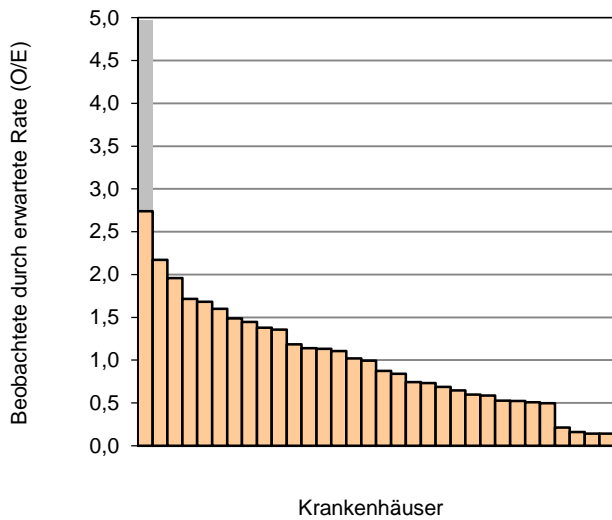
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

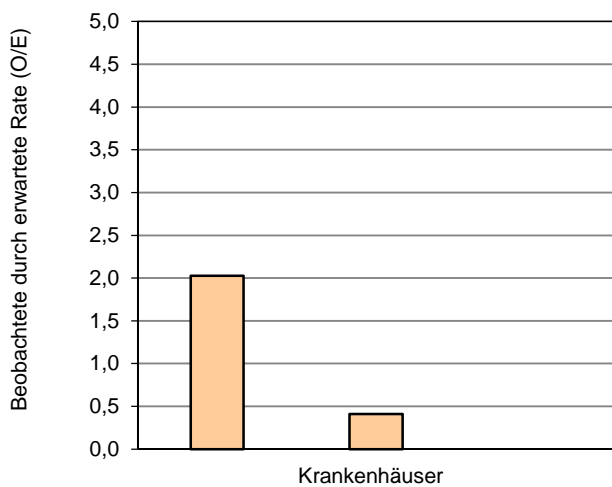
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,14	0,14	0,21	0,56	0,93	1,41	1,72	2,17	2,74

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 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
	0,00				0,41				2,03

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
 Gruppe 3: mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
 Gruppe 4: mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			5.769 / 6.024	95,77%
Patienten mit Gehunfähigkeit ¹ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			255 / 6.024	4,23%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur)			204 / 1.066	19,14%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)			27 / 4.600	0,59%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)			24 / 358	6,70%

¹ Gehunfähigkeit bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

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

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2018/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen
 (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 1,59%)

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54013

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			12 / 5.668	12,00 Fälle 0,21%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			8 / 5.823	8,00 Fälle 0,14%

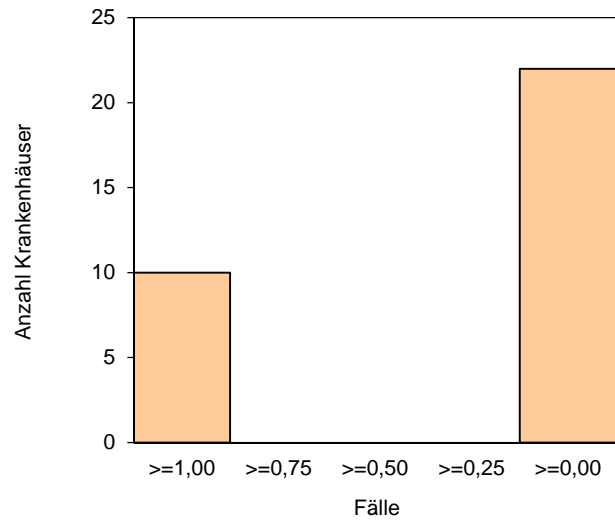
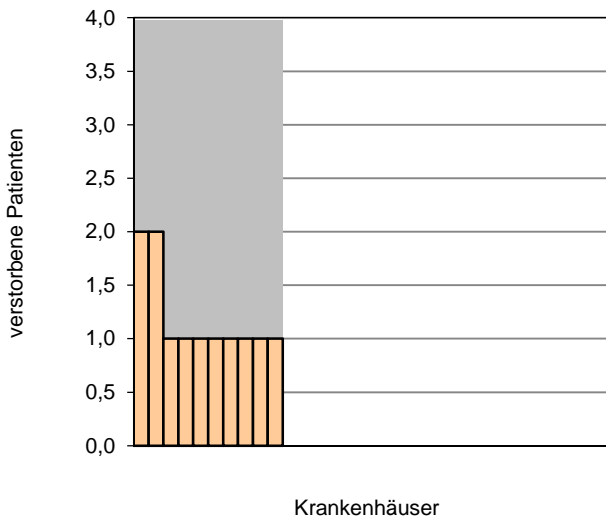
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2018/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 2018/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 1,59%)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

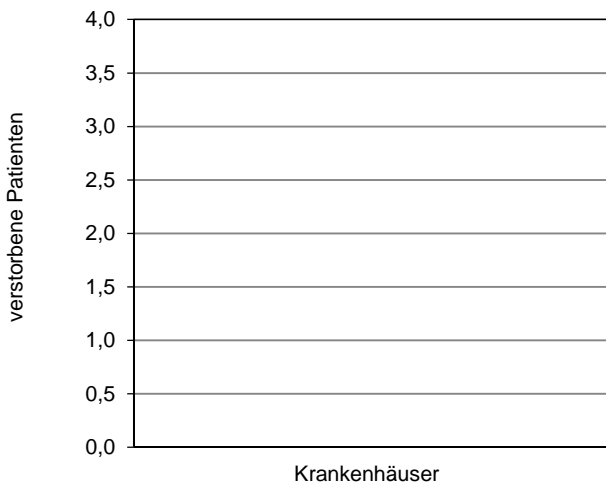
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,00	2,00	2,00

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				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: 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 Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen beobachtet wurde bei Patienten, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator (Follow-up)

Indikator-ID: 2018/HEP/10271

Referenzbereich: <= 3,12 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Auswertungszeitpunkt: 2018	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³		85 / 6.255
vorhergesagt (E)*		85,21 / 6.255
O/E**		1,00
Vertrauensbereich		0,80 - 1,22
Referenzbereich	<= 3,12	<= 3,12

Auswertungszeitpunkt: 2017***	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³		63 / 5.759
vorhergesagt (E)*		78,45 / 5.759
O/E**		0,80
Vertrauensbereich		0,62 - 1,02

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.
 Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen vorliegt, ist 2017. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.
 Ausgeschlossen werden alle Fälle mit der Entlassungsdiagnose S32.4 „Fraktur des Acetabulums“.

² Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel - außer isolierter Wechsel eines Inlays oder Aufsteckkopfes - innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation an der gleichen operierten Hüfte.
 Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt.

³ KKez O_10271: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.
 * KKez E_10271: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet 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 Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum ist 10% kleiner als erwartet.

*** Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Auffälligkeitskriterium: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Fälle
 - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder
 - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

AK-ID: 2018/HEP/850152

Referenzbereich: <= 50,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54018, 54019, 54120

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde ¹			25 / 105	23,81%
Vertrauensbereich				16,68% - 32,79%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde			48 / 110	43,64%
Vertrauensbereich				34,74% - 52,96%

¹ Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft. Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

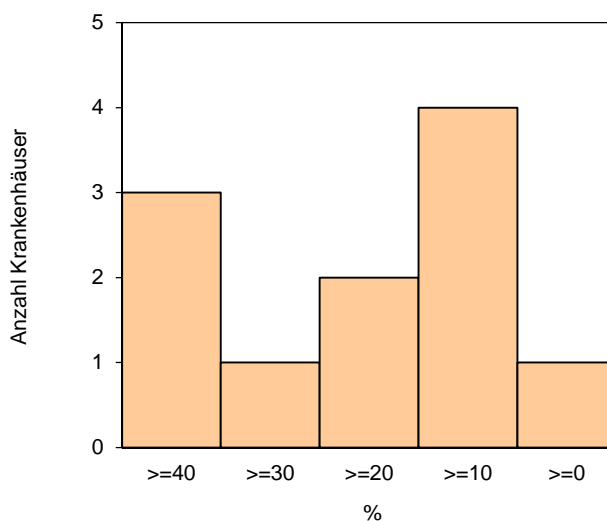
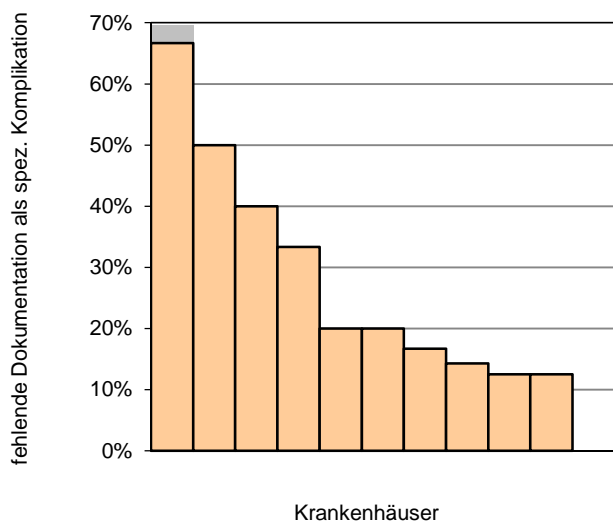
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850152, AK-ID 2018/HEP/850152]:

Anteil an Fällen, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde an allen Fällen mit mind. einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder mit mind. einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mind. eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

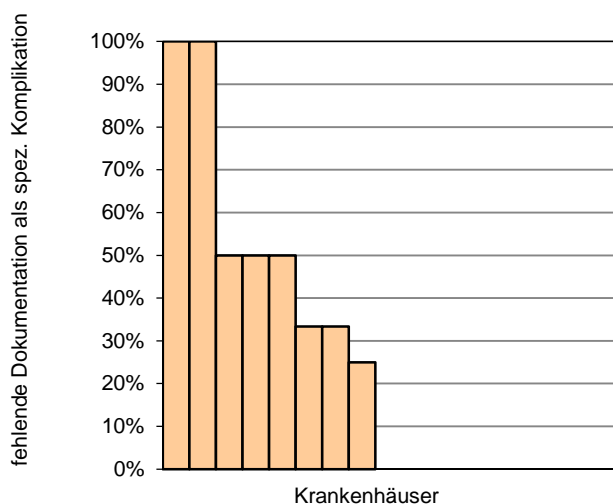
11 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		12,50	12,50	20,00	40,00	50,00		66,67

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Grundgesamtheit: Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)

AK-ID: 2018/HEP/850151

Referenzbereich: <= 50,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54018, 54019, 54120

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			14 / 79	17,72% 10,86% - 27,58% <= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation Vertrauensbereich			39 / 104	37,50% 28,80% - 47,09%

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

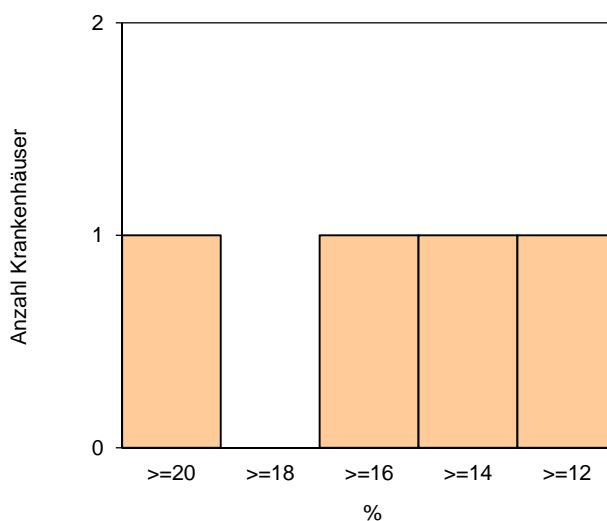
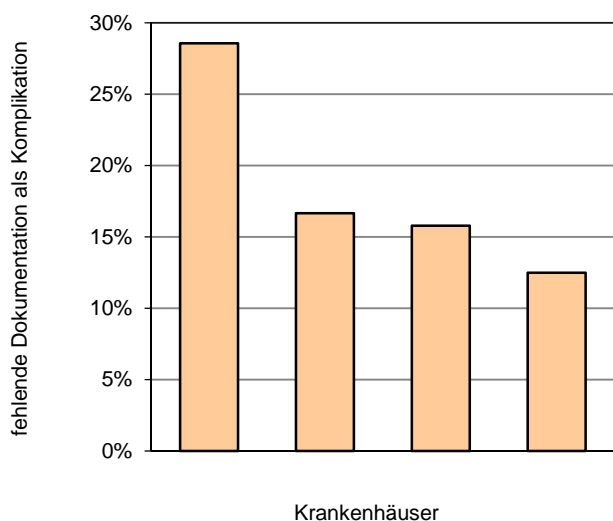
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_850151, AK-ID 2018/HEP/850151]:

Anteil an Fällen ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation an allen Fällen mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

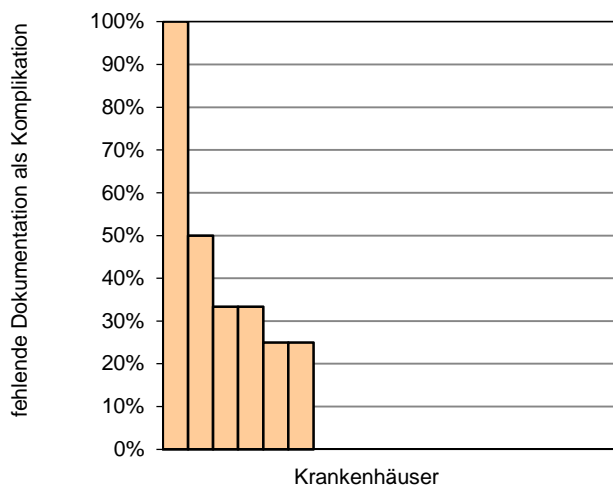
4 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,50			14,14	16,23	22,62			28,57

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	25,00	50,00		100,00

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit mehr als einer OP

AK-ID: 2018/HEP/851804

Referenzbereich: < 5,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): alle QIs/Kennzahlen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite ¹ Referenzbereich		< 5,00 Fälle	12 / 69	12,00 Fälle < 5,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite			27 / 108	27,00 Fälle

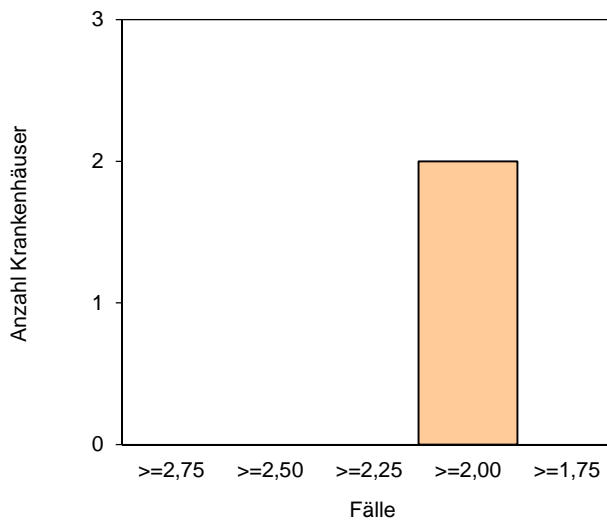
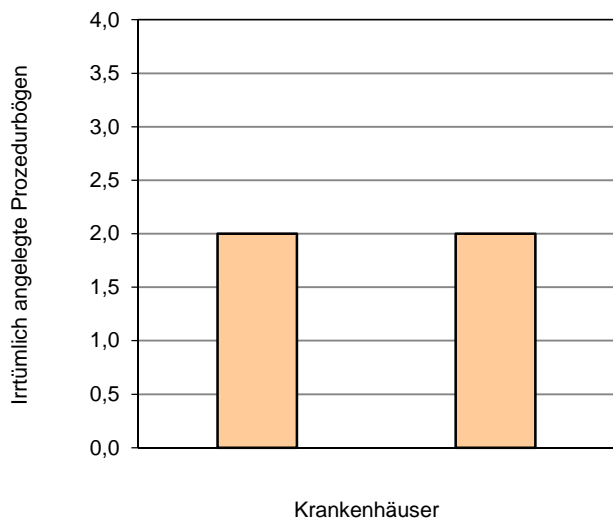
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Das Auffälligkeitskriterium wurde im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851804, AK-ID 2018/HEP/851804]:

Anzahl an Fällen mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fällen mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite an allen Fällen mit mehr als einer OP

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



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

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 35
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.984
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17906-L113147-P53984

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.905	27,28	2.165	29,13
2. Quartal			1.654	23,68	1.783	23,99
3. Quartal			1.605	22,98	1.705	22,94
4. Quartal			1.820	26,06	1.778	23,93
Gesamt			6.984		7.431	
Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.484		1.538	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			5.002		5.192	
Anzahl der Wechsel			567		816	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.984		7.431	
Median				9,00		10,00
Mittelwert				11,57		12,26
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.053		7.546	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,74		1,93
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.053		7.546	
Median				8,00		9,00
Mittelwert				10,01		10,66

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
7	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
8	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				M16.1	4.027	57,66	M16.1	4.064	54,69
2				I10.00	2.722	38,97	I10.00	2.748	36,98
3				D62	1.406	20,13	D62	1.752	23,58
4				I10.90	1.342	19,22	I10.90	1.406	18,92
5				Z96.64	1.212	17,35	Z96.64	1.377	18,53
6				S72.01	961	13,76	S72.01	894	12,03
7				Z92.2	918	13,14	E11.90	869	11,69
8				E11.90	883	12,64	Z92.2	807	10,86

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2017 und ICD-10-GM 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OPS 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

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	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie

OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	3.657	51,85	5-820.00	3.821	50,64
2				5-820.41	887	12,58	5-820.41	922	12,22
3				5-820.94	866	12,28	5-820.94	870	11,53
4				5-820.02	635	9,00	8-915	659	8,73
5				8-915	560	7,94	5-820.02	605	8,02

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2017 und OPS 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inklusive möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			3.543	50,73	4.666	62,79
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			3.441	49,27	2.765	37,21
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			0	0,00	0	0,00
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.984		7.431	
< 50 Jahre			259 / 6.984	3,71	247 / 7.431	3,32
50 - 59 Jahre			834 / 6.984	11,94	974 / 7.431	13,11
60 - 69 Jahre			1.771 / 6.984	25,36	1.845 / 7.431	24,83
70 - 79 Jahre			2.300 / 6.984	32,93	2.508 / 7.431	33,75
80 - 89 Jahre			1.538 / 6.984	22,02	1.575 / 7.431	21,19
>= 90 Jahre			282 / 6.984	4,04	282 / 7.431	3,79
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.984		7.431	
Median				73,00		73,00
Mittelwert				71,46		71,27
Geschlecht						
männlich			2.897	41,48	3.080	41,45
weiblich			4.087	58,52	4.351	58,55
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			768	11,00	602	8,10
Gehen am Stück bis 500 m möglich			3.485	49,90	4.032	54,26
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.872	26,80	1.858	25,00
im Zimmer mobil			657	9,41	616	8,29
immobil			202	2,89	323	4,35
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			3.973	56,89	4.154	55,90
Unterarmgehstützen/Gehstock			1.977	28,31	2.095	28,19
Rollator/Gehbock			803	11,50	861	11,59
Rollstuhl			138	1,98	149	2,01
bettlägerig			93	1,33	172	2,31
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor			5.532	79,21	5.953	80,11
ja, Pflegegrad 1			188	2,69	228	3,07
ja, Pflegegrad 2			374	5,36	355	4,78
ja, Pflegegrad 3			270	3,87	234	3,15
ja, Pflegegrad 4			109	1,56	93	1,25
ja, Pflegegrad 5			22	0,32	19	0,26
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			489	7,00	549	7,39

Auslösende OPS-Kodes 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
3	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
4	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert

Auslösende OPS-Kodes 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-820.00	3.310	47,39	-	-	-
2				5-820.94	1.205	17,25	-	-	-
3				5-820.41	883	12,64	-	-	-
4				5-820.02	639	9,15	-	-	-
5				5-820.01	219	3,14	-	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozeduren

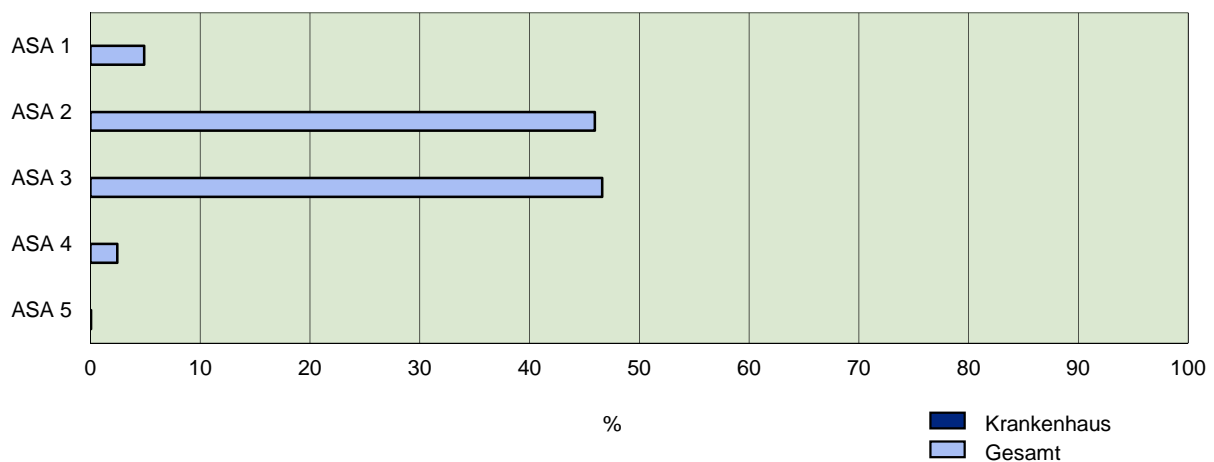
Eingriff

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
zu operierende Seite						
rechts			3.693	52,36	3.865	51,22
links			3.360	47,64	3.681	48,78

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			346	4,91	388	5,14
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.241	45,95	3.536	46,86
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			3.289	46,63	3.382	44,82
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			173	2,45	233	3,09
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			4	0,06	7	0,09

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			6.866	97,35	7.356	97,48
bedingt aseptische Eingriffe			134	1,90	98	1,30
kontaminierte Eingriffe			13	0,18	21	0,28
septische Eingriffe			40	0,57	71	0,94

Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1.484	21,04	1.538	20,38
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			5.002	70,92	5.192	68,80
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			479	6,79	695	9,21
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			88	1,25	121	1,60
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			7.053		7.546	
Median				69,00		70,00
Mittelwert				75,70		77,48

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahe Femurfrakturen			1.484		1.538	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			60	4,04	102	6,63
vorbestehende Koxarthrose			788	53,10	688	44,73
Frakturereignis war Grund für die akut-stationäre Aufnahme ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			1.450	97,71	1.503	97,72
			34	2,29	35	2,28
Frakturlokalisierung						
medial			1.340	90,30	1.390	90,38
lateral			65	4,38	51	3,32
pertrochantär			50	3,37	59	3,84
sonstige			29	1,95	38	2,47
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation) Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			30 / 1.340	2,24	35 / 1.390	2,52
unverschoben			78 / 1.340	5,82	104 / 1.390	7,48
verschoben			742 / 1.340	55,37	775 / 1.390	55,76
komplett verschoben			490 / 1.340	36,57	476 / 1.390	34,24

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.484		1.538	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			597	40,23	645	41,94
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) ¹			105 / 597	17,59	-	-
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol) ¹			300 / 597	50,25	-	-
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) ¹			185 / 597	30,99	-	-
sonstige ¹			26 / 597	4,36	-	-

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			5.002		5.192	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			201	4,02	331	6,38
wenn ja:						
Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor¹						
ja			56	27,86	-	-
nein			145	72,14	-	-
Schmerzen						
keine Schmerzen			28	0,56	21	0,40
Belastungsschmerz			669	13,37	1.114	21,46
Ruheschmerz			4.305	86,07	4.057	78,14

¹ neues Datenfeld in 2018

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			5.002		5.192	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.820	96,36	5.015	96,59
Extension/Flexion Anzahl gültiger Angaben			4.820		5.015	
Winkel Extension (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,14		0,17
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				3,07		3,35
Winkel Flexion (Grad) Median				90,00		90,00
Mittelwert				85,89		85,95
Ab-/Adduktion Anzahl gültiger Angaben			4.820		5.015	
Winkel Abduktion (Grad) Median				10,00		15,00
Mittelwert				14,87		15,38
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,26		0,21
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				9,25		9,88

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			5.002		5.192	
Außen-/Innenrotation Anzahl gültiger Angaben			4.820		5.015	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				10,00		10,00
Mittelwert				13,75		13,90
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				2,23		2,09
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				0,00		5,00
Mittelwert				4,92		5,62

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			5.002		5.192	
Osteophyten						
keine oder fraglich			104	2,08	147	2,83
eindeutig			2.490	49,78	2.559	49,29
große			2.408	48,14	2.486	47,88
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			34	0,68	30	0,58
eindeutig verschmälert			308	6,16	317	6,11
fortgeschritten verschmälert			1.878	37,54	2.175	41,89
aufgehoben			2.782	55,62	2.670	51,43
Sklerose						
keine Sklerose			14	0,28	19	0,37
leichte Sklerose			513	10,26	765	14,73
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.165	43,28	2.063	39,73
Sklerose mit Zysten			2.310	46,18	2.345	45,17
Deformierung						
keine Deformierung			233	4,66	491	9,46
leichte Deformierung			2.332	46,62	2.232	42,99
deutliche Deformierung			2.437	48,72	2.469	47,55

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			5.002		5.192	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein			4.919	98,34	5.088	98,00
ja			83	1,66	104	2,00
wenn ja:						
Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			1 / 83	1,20	7 / 104	6,73
Grad 1: geringe Veränderung			11 / 83	13,25	15 / 104	14,42
Grad 2: definitive Veränderung			8 / 83	9,64	18 / 104	17,31
Grad 3: deutliche Veränderung			23 / 83	27,71	27 / 104	25,96
Grad 4: schwere Veränderung			35 / 83	42,17	29 / 104	27,88
Grad 5: mutilierende Veränderung			5 / 83	6,02	8 / 104	7,69

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			567		816	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen			53	9,35	83	10,17
Belastungsschmerz			129	22,75	241	29,53
Ruhschmerz			385	67,90	492	60,29

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			567		816	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			144	25,40	221	27,08
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			280	49,38	364	44,61
durchgeführt, negativ			206	36,33	333	40,81
durchgeführt, positiv			81	14,29	119	14,58

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			567		816	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation			493	86,95	677	82,97
Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)						
Implantatbruch			16 / 493	3,25	26 / 677	3,84
Implantatabrieb/-verschleiß			72 / 493	14,60	162 / 677	23,93
Implantatfehlage der Pfanne			68 / 493	13,79	75 / 677	11,08
Implantatfehlage des Schafts			35 / 493	7,10	38 / 677	5,61
Lockerung der Pfannenkomponente			135 / 493	27,38	158 / 677	23,34
Lockerung der Schaftkomponente			151 / 493	30,63	157 / 677	23,19
Osteolyse der Pfanne			42 / 493	8,52	79 / 677	11,67
Osteolyse des Femurs			47 / 493	9,53	50 / 677	7,39
periprothetische Fraktur			122 / 493	24,75	141 / 677	20,83
Endoprothesen(sub)luxation			65 / 493	13,18	112 / 677	16,54
großer Knochendefekt Pfanne			35 / 493	7,10	50 / 677	7,39
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			28 / 493	5,68	29 / 677	4,28
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			5 / 493	1,01	5 / 677	0,74
periartikuläre Ossifikation			10 / 493	2,03	27 / 677	3,99

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			286	4,06	332	4,40
primäre Implantatfehlage			4 / 286	1,40	8 / 332	2,41
sekundäre Implantatdislokation			21 / 286	7,34	18 / 332	5,42
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub-)luxation			27 / 286	9,44	40 / 332	12,05
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			57 / 286	19,93	55 / 332	16,57
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			3 / 286	1,05	5 / 332	1,51
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			19 / 286	6,64	29 / 332	8,73
periprothetische Fraktur			100 / 286	34,97	91 / 332	27,41
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			30 / 286	10,49	31 / 332	9,34
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			6 / 286	2,10	0 / 332	0,00
sonstige			50 / 286	17,48	91 / 332	27,41

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
Postoperative Wundinfektion						
ja			65	0,92	99	1,31
nein			6.988	99,08	7.447	98,69
wenn ja						
Wundinfektionstiefe						
nach Definition der CDC						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			15 / 65	23,08	26 / 99	26,26
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			38 / 65	58,46	54 / 99	54,55
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			12 / 65	18,46	19 / 99	19,19
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			171 / 311	54,98	201 / 378	53,17
nein			140 / 311	45,02	177 / 378	46,83

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.053		7.546	
weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			107	1,52	153	2,03

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			480	6,87	505	6,80
Pneumonie			89 / 480	18,54	81 / 505	16,04
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			134 / 480	27,92	151 / 505	29,90
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			7 / 480	1,46	12 / 505	2,38
Lungenembolie			25 / 480	5,21	7 / 505	1,39
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			40 / 480	8,33	49 / 505	9,70
Schlaganfall			25 / 480	5,21	23 / 505	4,55
akute gastrointestinale Blutung			13 / 480	2,71	16 / 505	3,17
akute Niereninsuffizienz			65 / 480	13,54	68 / 505	13,47
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			221 / 480	46,04	213 / 505	42,18

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten ab 65 Jahren			5.094		5.349	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe) ¹						
nein			131 / 5.094	2,57	249 / 5.349	4,66
ja			4.963 / 5.094	97,43	5.100 / 5.349	95,34
Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)¹						
nein			119 / 5.094	2,34	199 / 5.349	3,72
ja			4.975 / 5.094	97,66	5.150 / 5.349	96,28

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln sind die Vorjahreswerte mit der Auswertung 2017 nicht vergleichbar.

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			6.642	95,10	7.024	94,52
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.942		5.112	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,06		0,04
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,03		0,03
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				87,92		87,52

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			311	4,45	269	3,62
Gehen am Stück bis 500 m möglich			2.489	35,64	2.814	37,87
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			3.538	50,66	3.580	48,18
im Zimmer mobil			404	5,78	519	6,98
immobil			124	1,78	128	1,72
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			81	1,16	44	0,59
Unterarmgehstützen/Gehstock			5.620	80,47	5.998	80,72
Rollator/Gehbock			1.026	14,69	1.070	14,40
Rollstuhl			96	1,37	134	1,80
bettlägerig			43	0,62	64	0,86

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
01: regulär beendet			3.642	52,15	3.558	47,88
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			221	3,16	183	2,46
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			14	0,20	7	0,09
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			574	8,22	643	8,65
07: Tod			127	1,82	124	1,67
08: Verlegung nach § 14			8	0,11	6	0,08
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.094	29,98	2.574	34,64
10: in Pflegeeinrichtung			294	4,21	320	4,31
11: in Hospiz			1	0,01	1	0,01
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,01	2	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	1	0,01
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			8	0,11	12	0,16
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:

- 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

- 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 Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.984		7.431	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.262	18,07	1.144	15,39
Dienstag			1.190	17,04	1.174	15,80
Mittwoch			1.075	15,39	1.277	17,18
Donnerstag			1.299	18,60	1.393	18,75
Freitag			1.289	18,46	1.598	21,50
Samstag			464	6,64	541	7,28
Sonntag			405	5,80	304	4,09

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs hier „Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.“ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag „nicht definiert“.

3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2018.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

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

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

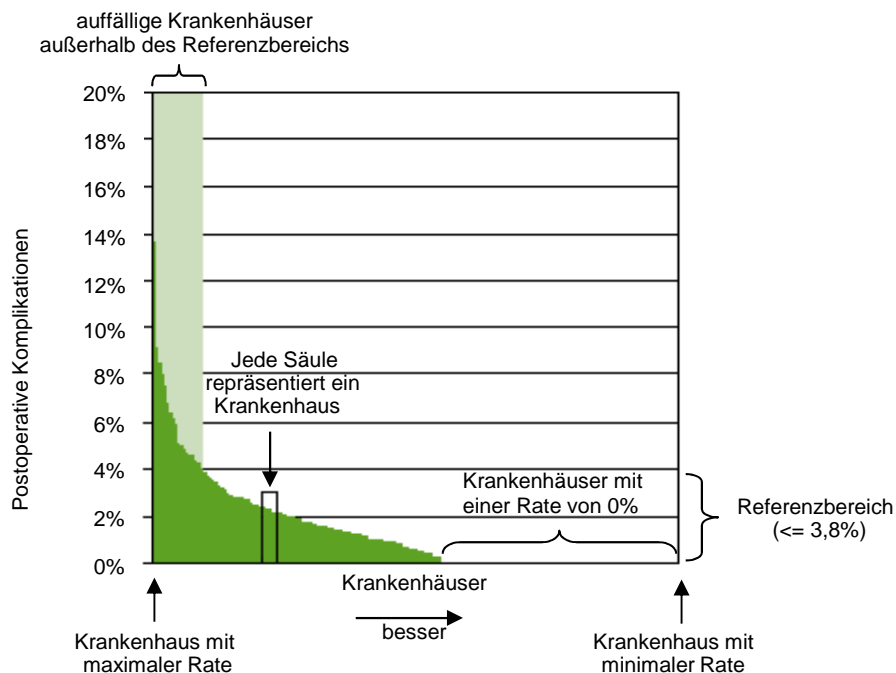
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

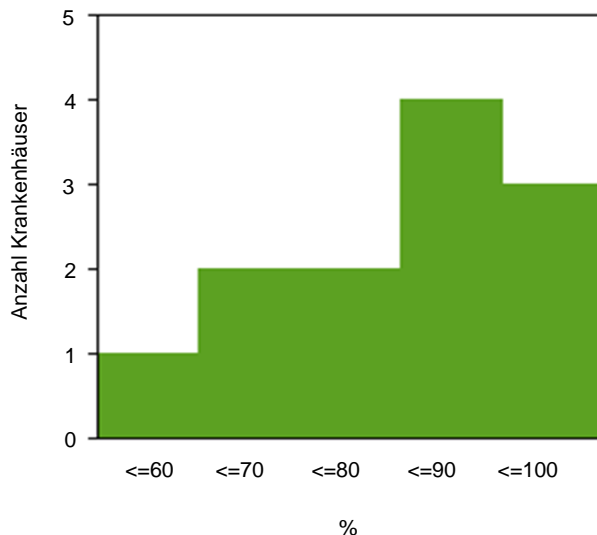
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen(EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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