

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 29
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.143
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17713-L113085-P53952

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 29
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.143
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17713-L113085-P53952

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			97,25%	>= 90,00%	innerhalb	96,65%	11
2018/HEP/54002 QI: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			92,62%	>= 86,00%	innerhalb	94,18%	14
2018/HEP/54003 QI: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			13,01%	<= 15,00%	innerhalb	16,53%	17
2018/HEP/54004 QI: Sturzprophylaxe			95,15%	>= 85,00%	innerhalb	97,47%	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							
			0,92	<= 2,14	innerhalb	1,27	22
2018/HEP/54016							
QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation							
			2,13%	<= 5,72%	innerhalb	2,40%	25
2018/HEP/54017							
QI: bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel							
			4,82%	<= 15,15%	innerhalb	6,62%	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			4,87%	<= 11,41%	innerhalb	5,45%	31
2018/HEP/54019 QI: bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation			2,10%	<= 7,50%	innerhalb	1,76%	33
2018/HEP/54120 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			0,73	<= 2,33	innerhalb	0,63	35
2018/HEP/191800_54120 KKez: Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen			0,77	-	-	0,86	38
2018/HEP/191801_54120 KKez: Ebene 2: Weichteilkomplikationen			0,70	-	-	0,44	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			96,74%	-	-	97,40%	44
2018/HEP/54012 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			0,86	<= 2,40	innerhalb	0,96	47
2018/HEP/54013 QI: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit			6,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	10,00 Fälle	51
2018/HEP/10271 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			1,22	<= 3,12	innerhalb	1,23	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			40,24%	<= 50,00%	innerhalb	49,41%	54
2018/HEP/850151 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation			39,02%	<= 50,00%	innerhalb	54,17%	56
2018/HEP/851804 Irrtümlich angelegte Prozedurbögen			35,00 Fälle	< 5,00 Fälle	außerhalb	54,00 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			9 / 4.723	0,19%
1 - 2 Punkte			48 / 4.723	1,02%
3 - 4 Punkte			93 / 4.723	1,97%
5 - 9 Punkte			4.036 / 4.723	85,45%
10 Punkte			537 / 4.723	11,37%
5 - 10 Punkte			4.573 / 4.723	96,82%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ²				
Grad 0			25 / 4.723	0,53%
Grad 1			8 / 4.723	0,17%
Grad 2			16 / 4.723	0,34%
Grad 3			29 / 4.723	0,61%
Grad 4			19 / 4.723	0,40%
Grad 5			5 / 4.723	0,11%
Schmerzen³				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			670 / 4.723	14,19%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			4.045 / 4.723	85,64%

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:	mutilierende 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

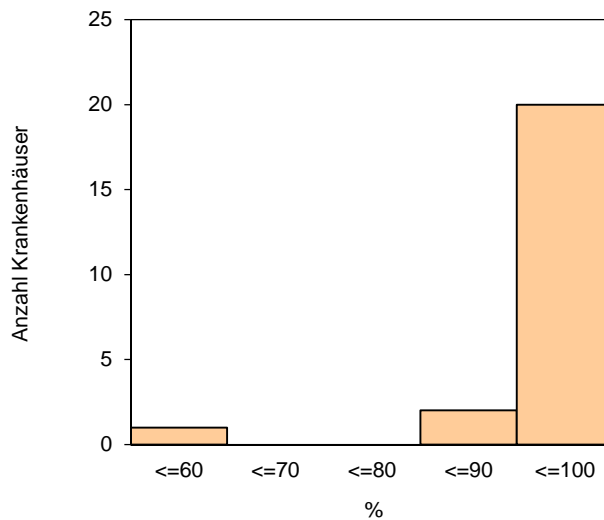
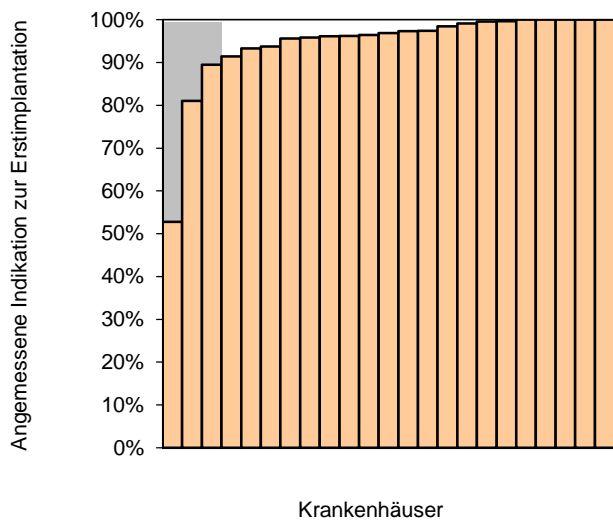
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die 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%	4.593 / 4.723	 96,74% - 97,68% >= 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		 >= 90,00%	4.559 / 4.717	 96,10% - 97,13%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

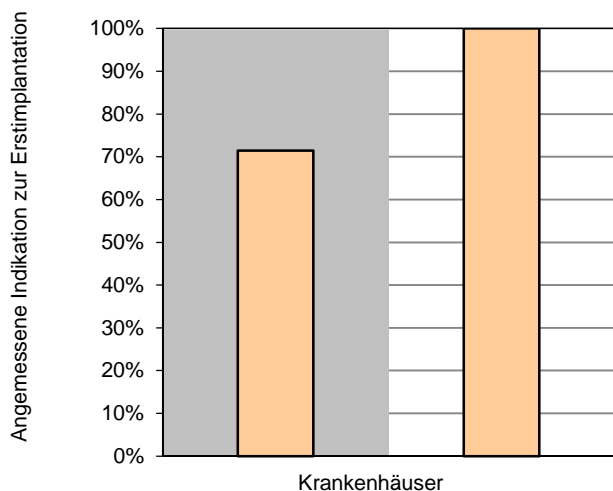
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/HEP/54001]:
 Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien an allen
 Hüftendoprothesen-Erstimplantationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,75	81,03	89,47	93,75	96,88	99,70	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,43				85,71				100,00

4 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			156 / 1.071	14,57%
Patienten mit Ruheschmerz			848 / 1.071	79,18%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch			17 / 1.071	1,59%
Implantatabrieb/-verschleiß			64 / 1.071	5,98%
Implantatfehlage der Pfanne			78 / 1.071	7,28%
Implantatfehlage des Schaftes			25 / 1.071	2,33%
Lockerung der Pfannenkomponente			316 / 1.071	29,51%
Lockerung der Schaftkomponente			267 / 1.071	24,93%
Osteolyse der Pfanne			58 / 1.071	5,42%
Osteolyse des Femurs			54 / 1.071	5,04%
periprothetischer Fraktur			132 / 1.071	12,32%
Endoprothesen(sub)luxation			134 / 1.071	12,51%
großer Knochendefekt Pfanne			57 / 1.071	5,32%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			24 / 1.071	2,24%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			6 / 1.071	0,56%
periartikuläre Ossifikation			15 / 1.071	1,40%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit Entzündungszeichen ¹			437 / 1.071	40,80%
Patienten mit positivem mikrobiologischen Kriterium ²			220 / 1.071	20,54%
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			992 / 1.071	92,62%
Vertrauensbereich				90,90% - 94,04%
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 Periartikuläre 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			1.035 / 1.099	94,18% 92,63% - 95,41%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

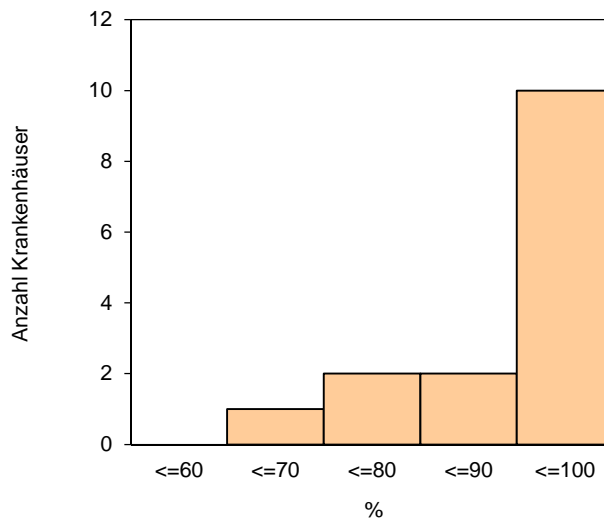
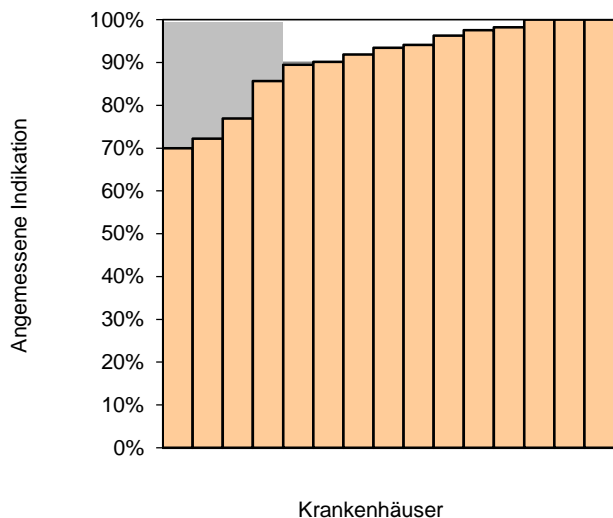
³ Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafts, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente,
 Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit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

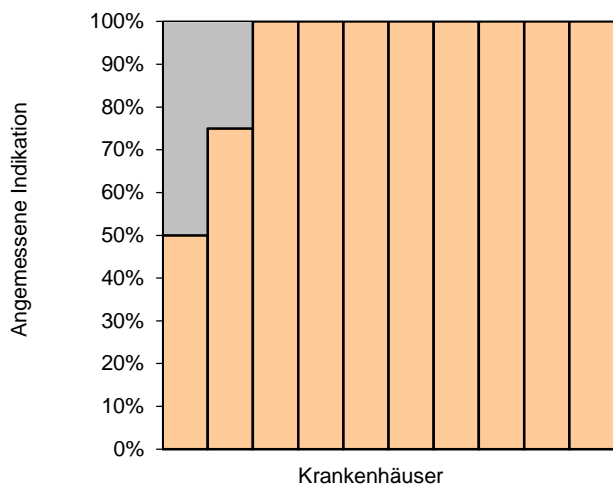
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/HEP/54002]:
 Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Wechseln**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,00		72,22	85,71	93,43	98,25	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00		62,50	100,00	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			893 / 1.430	62,45%
24 - 48 Stunden			351 / 1.430	24,55%
> 48 Stunden			186 / 1.430	13,01%
Vertrauensbereich				11,36% - 14,85%
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			827 / 1.367	60,50%
24 - 48 Stunden			314 / 1.367	22,97%
> 48 Stunden			226 / 1.367	16,53%
Vertrauensbereich				14,66% - 18,60%
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				

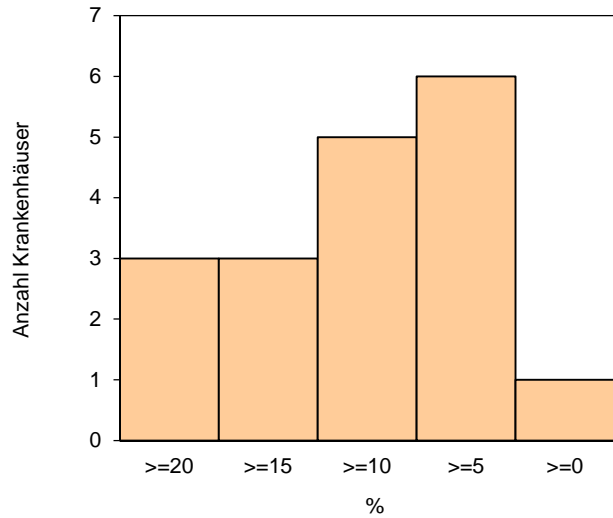
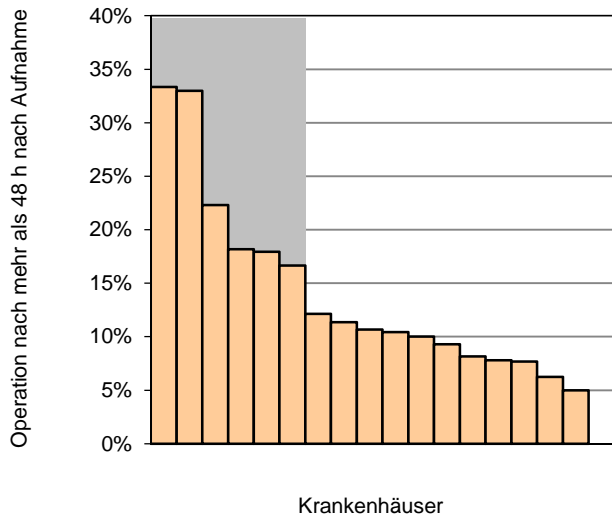
	Gesamt 2018			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	544 / 870 62,53%	133 / 230 57,83%	114 / 172 66,28%	102 / 158 64,56%
24 - 48 Stunden	226 / 870 25,98%	48 / 230 20,87%	39 / 172 22,67%	38 / 158 24,05%
> 48 Stunden	100 / 870 11,49%	49 / 230 21,30%	19 / 172 11,05%	18 / 158 11,39%
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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

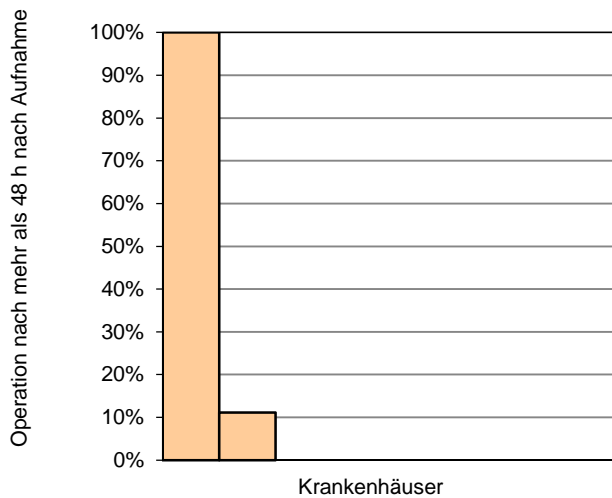
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		5,00	7,81	10,55	17,95	32,98		33,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	5,56			100,00

3 Krankenhäuser haben 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			4.850 / 5.097	95,15%
Vertrauensbereich				94,53% - 95,71%
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			4.849 / 4.975	97,47%
Vertrauensbereich				96,99% - 97,87%

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

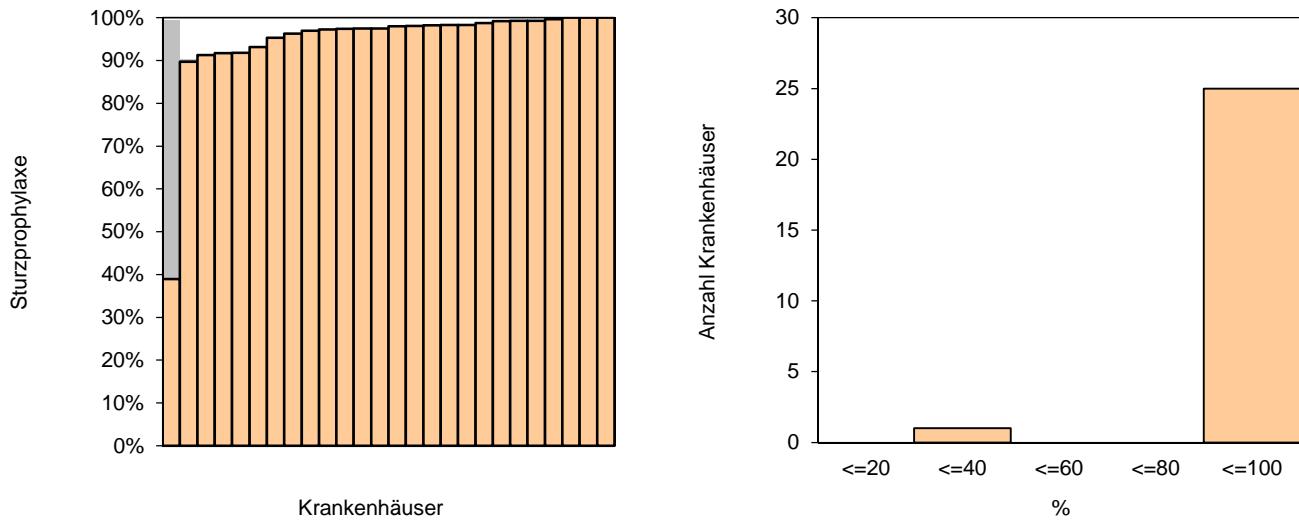
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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 Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

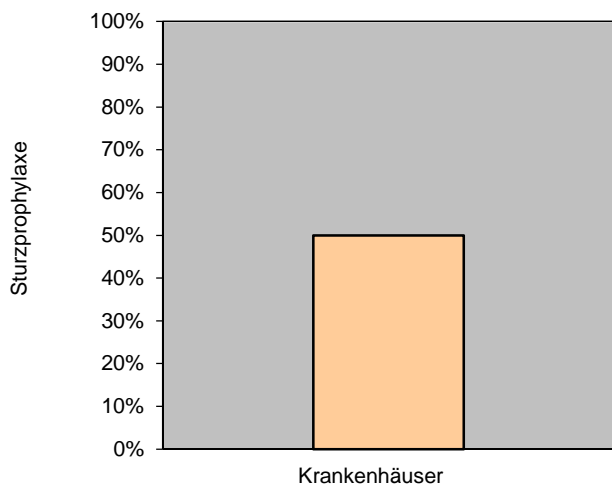
26 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,92	89,68	91,30	95,31	97,77	99,23	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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		138 / 1.431 9,64%
vorhergesagt (E) ³		149,78 / 1.431 10,47%
O - E		-0,82%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		0,92
Vertrauensbereich		0,79 - 1,08
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		179 / 1.373 13,04%
vorhergesagt (E)*		141,09 / 1.373 10,28%
O - E		2,76%
O/E** Vertrauensbereich		1,27 1,11 - 1,45

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.

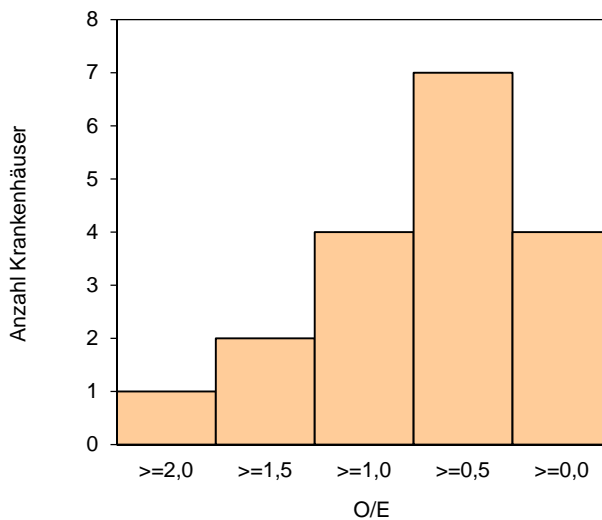
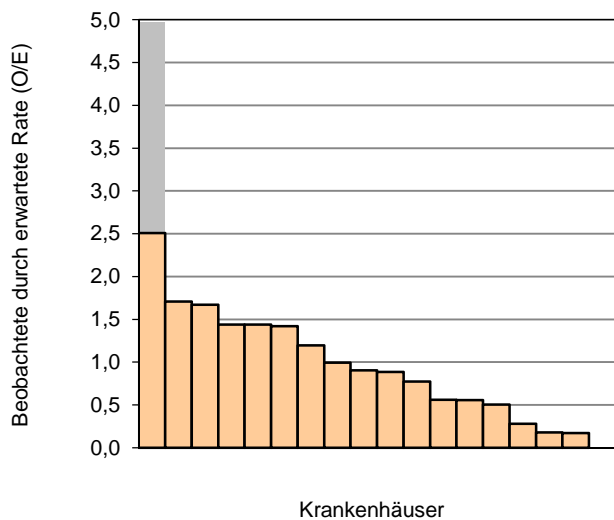
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

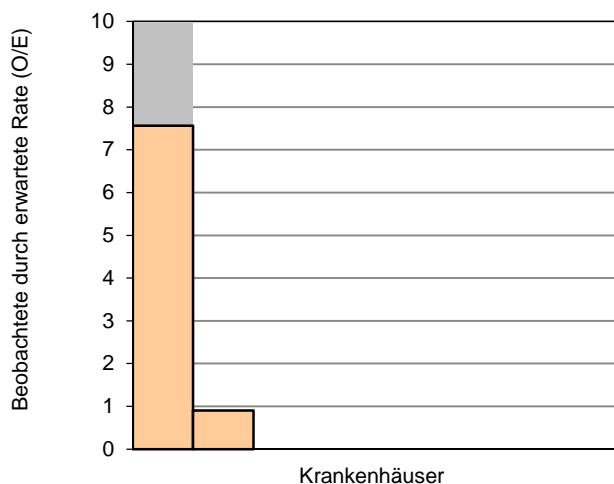
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2018/HEP/54015]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen behandlungsbedürftigen
 Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,17	0,50	0,89	1,44	1,71		2,51

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	0,45			7,56

3 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	100 / 4.695 2,13%	39 / 3.499 1,11%	61 / 1.195 5,10%
Vertrauensbereich	1,75% - 2,58%		
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	112 / 4.664 2,40% 2,00% - 2,88%	49 / 3.622 1,35%	63 / 1.040 6,06%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

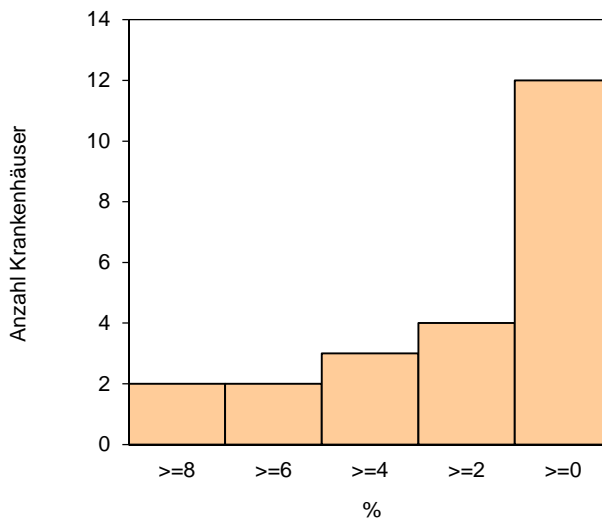
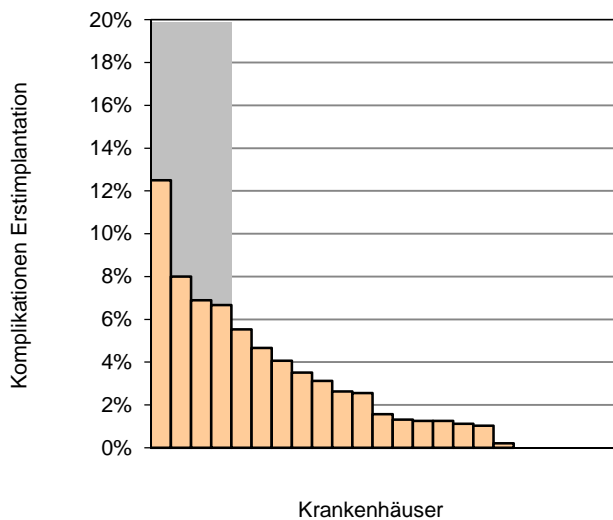
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

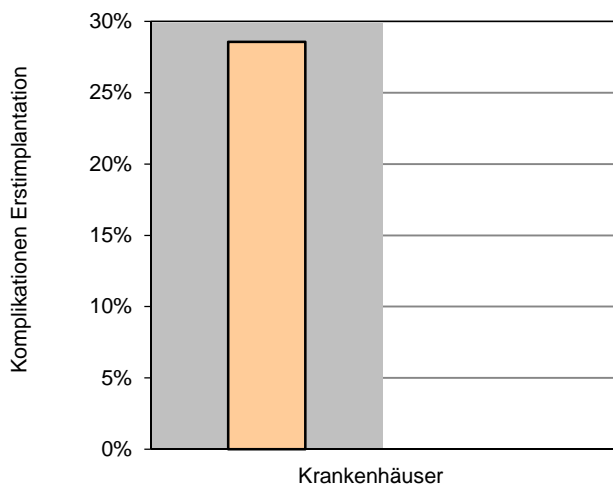
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,21	1,56	4,66	6,90	8,00	12,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				14,29				28,57

4 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	49 / 1.017 4,82%	11 / 617 1,78%	38 / 400 9,50%
Vertrauensbereich	3,66% - 6,31%		
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	69 / 1.042 6,62% 5,27% - 8,30%	19 / 680 2,79%	50 / 362 13,81%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

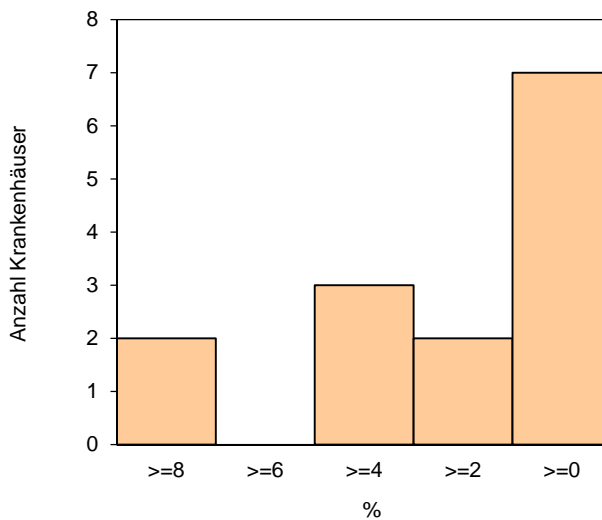
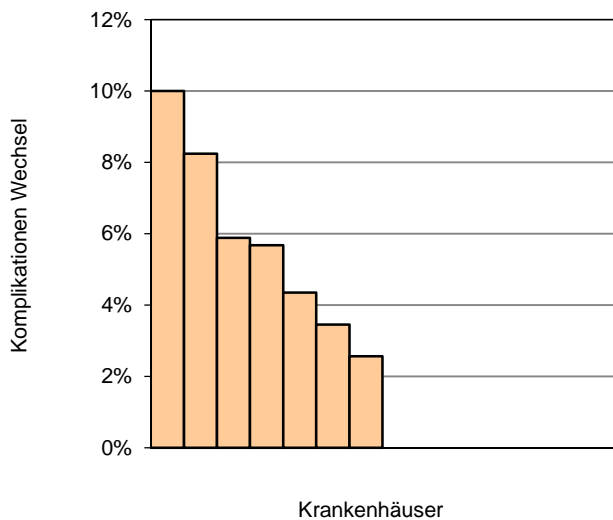
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

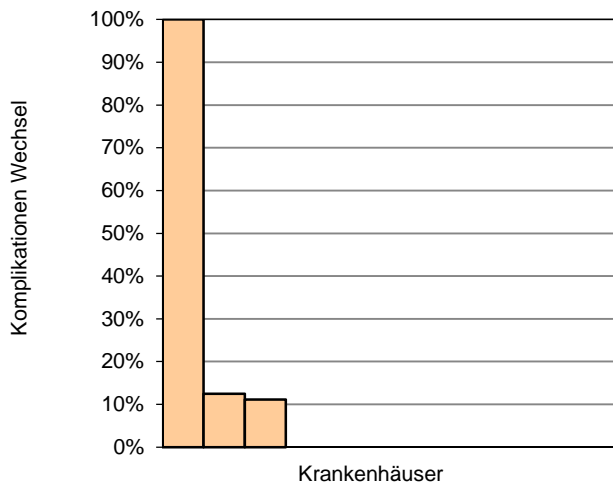
14 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	1,28	5,68	8,25		10,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	11,11	12,50		100,00

4 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			70 / 1.437	4,87%
Vertrauensbereich				3,87% - 6,11%
Referenzbereich		<= 11,41%		<= 11,41%

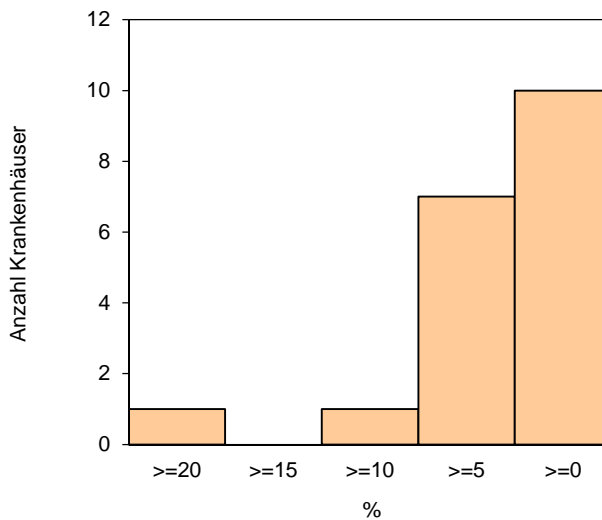
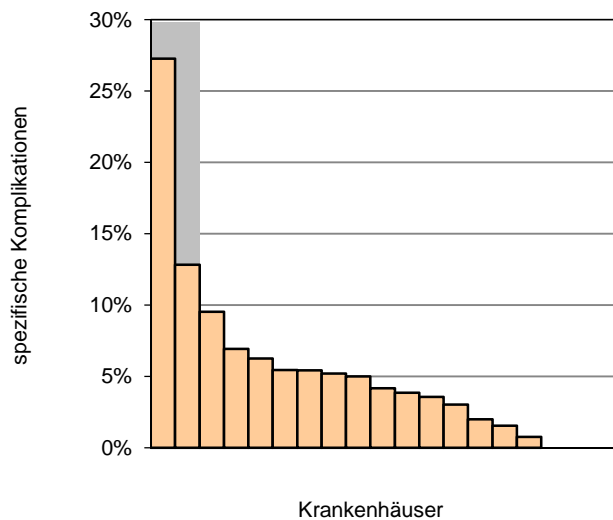
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			75 / 1.377	5,45%
Vertrauensbereich				4,37% - 6,77%

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.

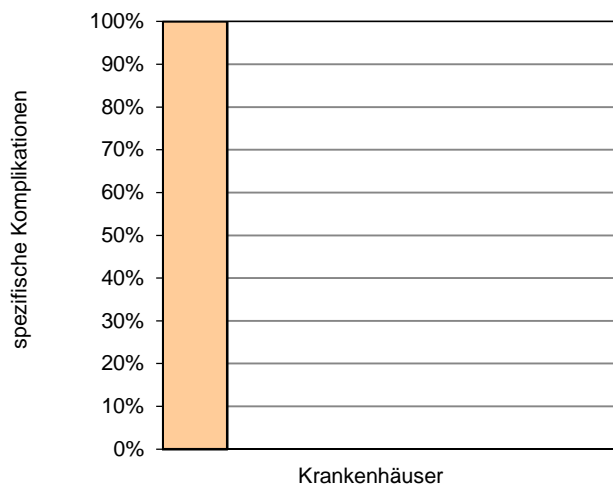
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	1,54	4,17	6,25	12,82		27,27

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Krankenhäuser haben weniger als 10 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			100,00

3 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			99 / 4.723	2,10%
Vertrauensbereich				1,72% - 2,55%
Referenzbereich		<= 7,50%		<= 7,50%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			83 / 4.717	1,76%
Vertrauensbereich				1,42% - 2,18%

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

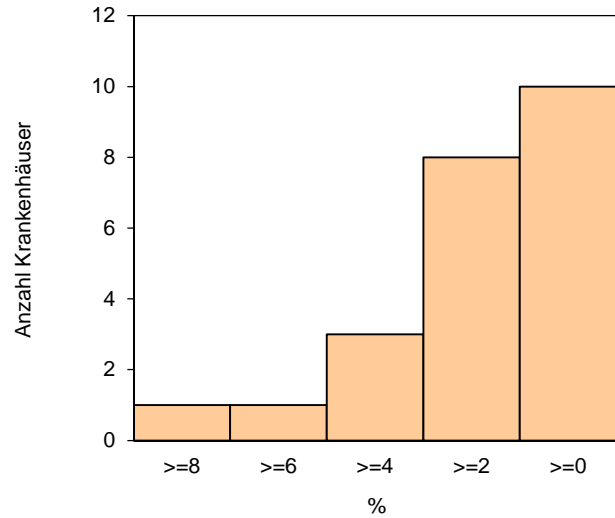
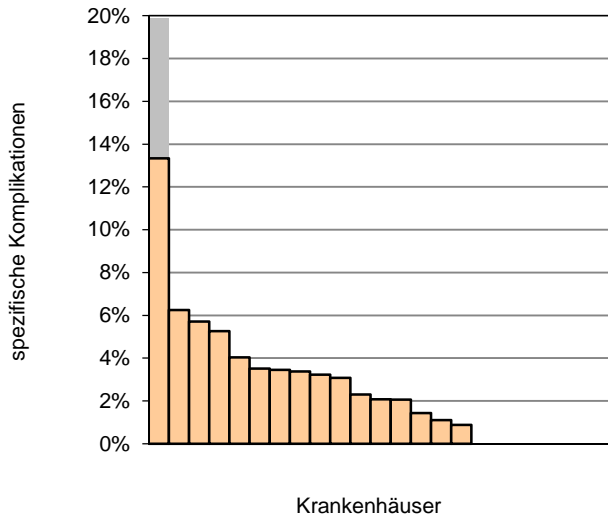
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

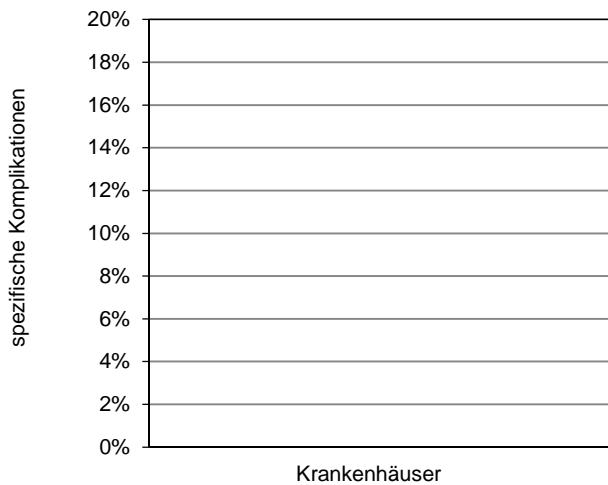
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	2,07	3,51	5,71	6,25	13,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 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		79 / 1.071 7,38%
vorhergesagt (E) ³		107,93 / 1.071 10,08%
O - E		-2,70%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		0,73
Vertrauensbereich		0,59 - 0,90
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 / 1.099 6,37%
vorhergesagt (E)*		111,80 / 1.099 10,17%
O - E		-3,80%
O/E**		0,63
Vertrauensbereich		0,50 - 0,78

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 primäre Implantatfehlhage, 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.

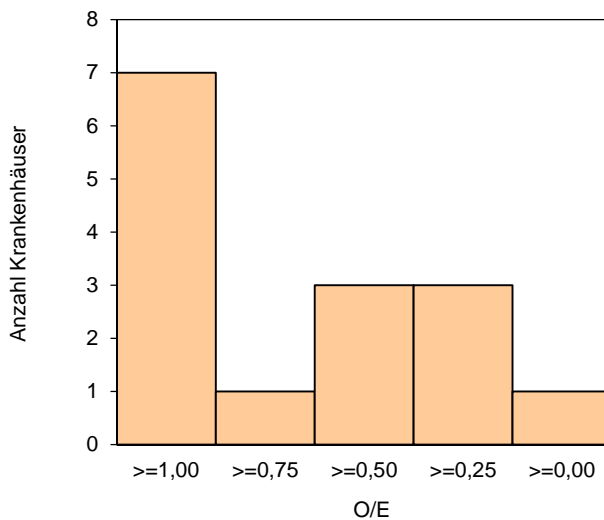
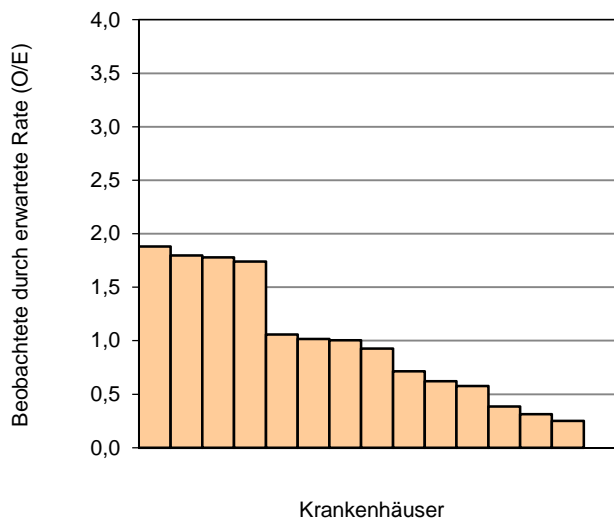
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

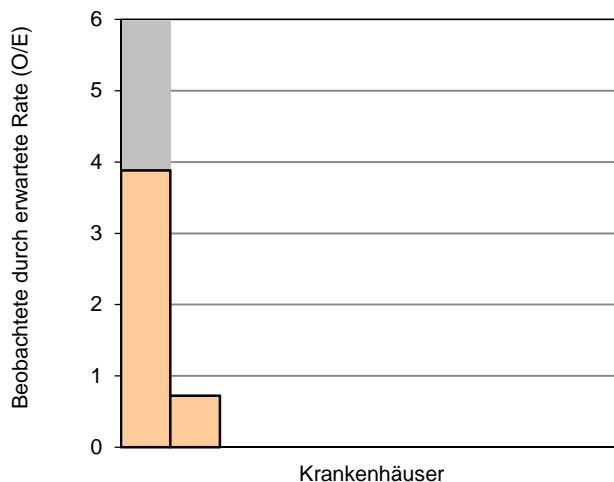
15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,25	0,38	0,93	1,74	1,80		1,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	2,30		3,88

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		35 / 1.071 3,27%
vorhergesagt (E) ²		45,51 / 1.071 4,25%
O - E		-0,98%

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		0,77 0,56 - 1,06

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		42 / 1.099 3,82%
vorhergesagt (E) ³		48,89 / 1.099 4,45%
O - E		-0,63%
O/E* Vertrauensbereich		0,86 0,64 - 1,15

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.

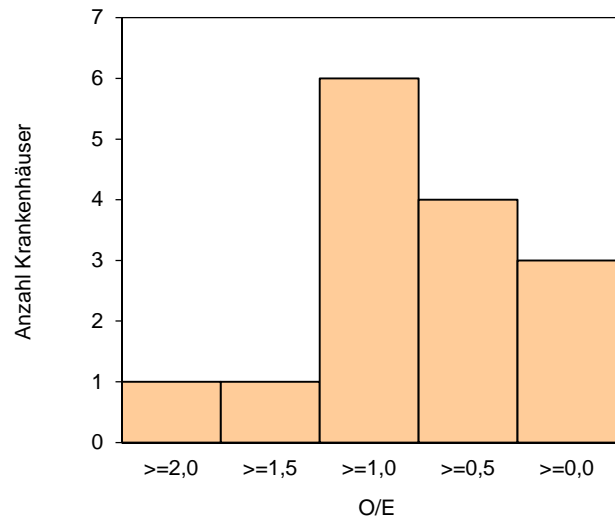
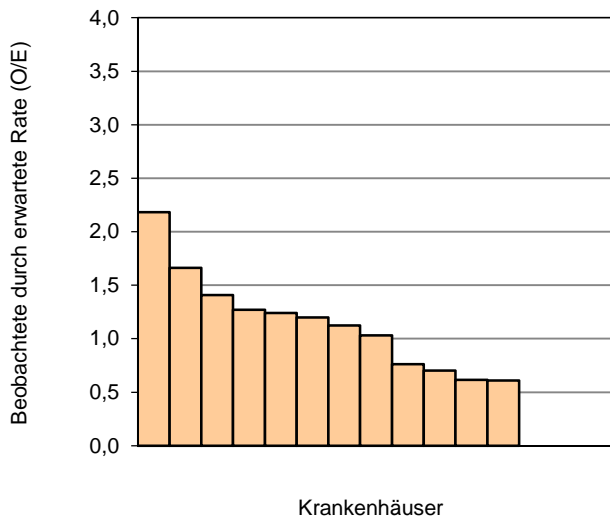
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

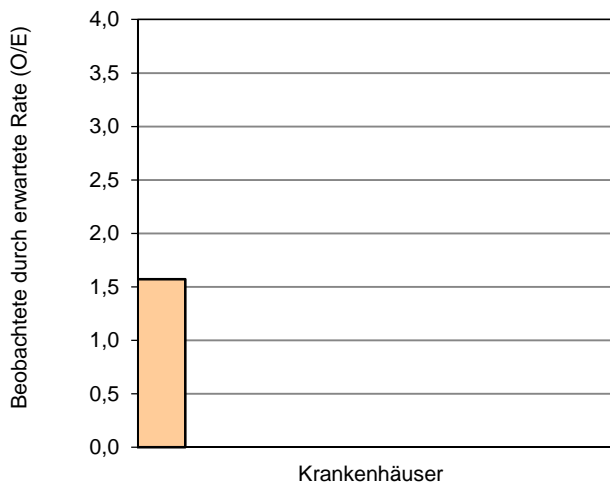
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_KK_191800_54120, Kennzahl-ID 2018/HEP/191800_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 1)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,61	1,03	1,27	1,66		2,18

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	0,78		1,57

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		44 / 1.036 4,25%
vorhergesagt (E) ³		62,48 / 1.036 6,03%
O - E		-1,78%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*		0,70
Vertrauensbereich		0,53 - 0,94

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		28 / 1.057 2,65%
vorhergesagt (E)*		63,15 / 1.057 5,97%
O - E		-3,33%
O/E** Vertrauensbereich		0,44 0,31 - 0,64

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.

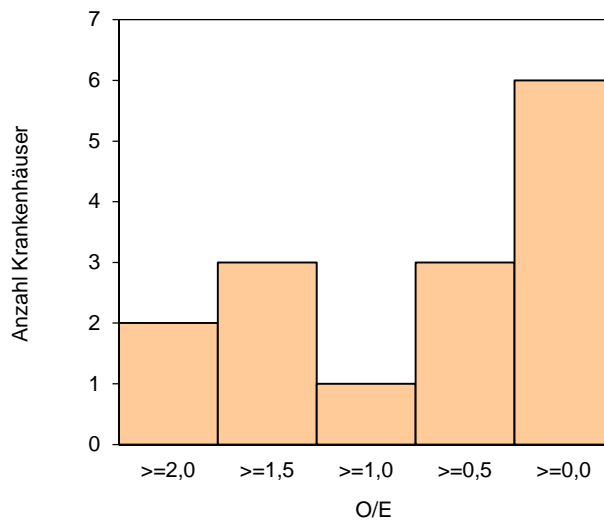
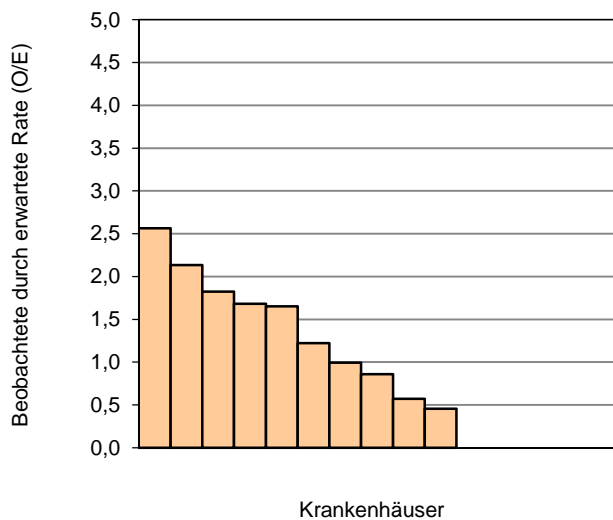
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

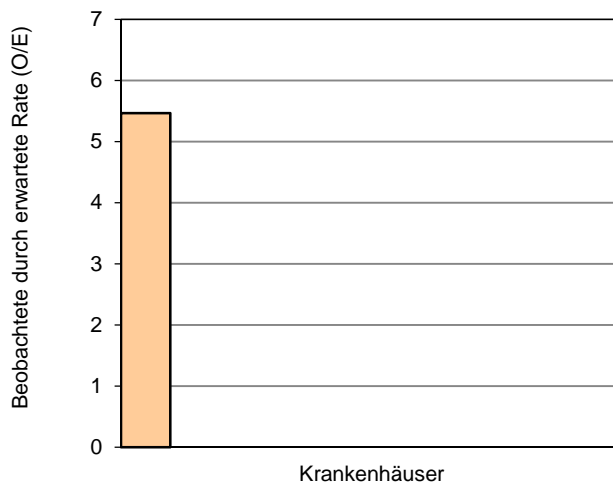
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_KK_191801_54120, Kennzahl-ID 2018/HEP/191801_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 2)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	0,86	1,68	2,13		2,56

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	2,73		5,47

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			4.540 / 4.693	96,74% 96,19% - 97,21%

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			4.528 / 4.649	97,40% 96,90% - 97,82%

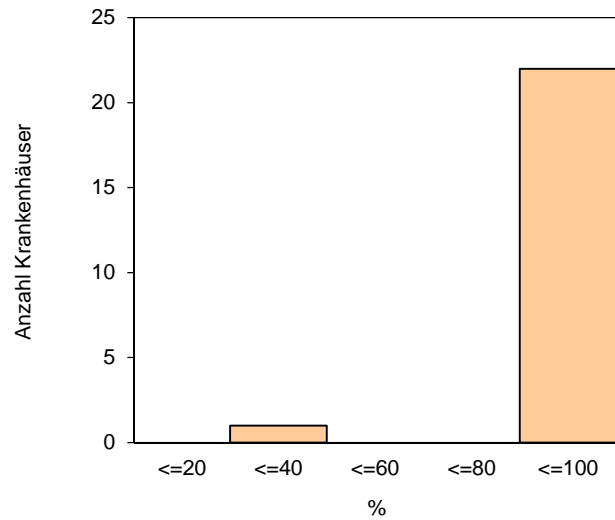
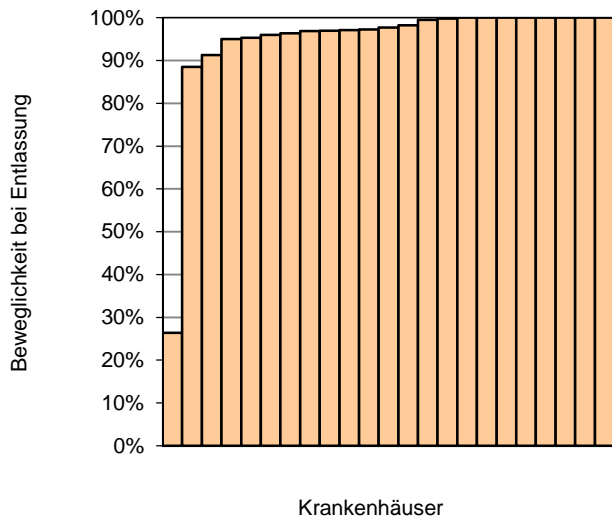
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

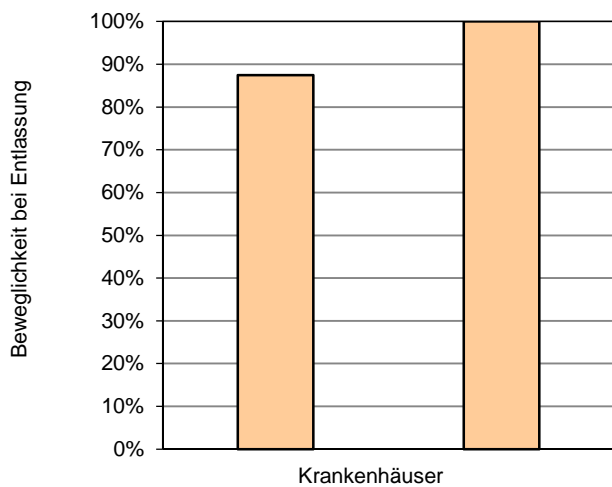
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	26,37	88,54	91,30	96,00	97,71	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 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)	4.291 / 4.397 97,59%	71 / 89 79,78%	96 / 111 86,49%	82 / 96 85,42%

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		205 / 6.503 3,15%
vorhergesagt (E) ³		238,80 / 6.503 3,67%
O - E		-0,52%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E*		0,86
Vertrauensbereich		0,75 - 0,98
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		216 / 6.424 3,36%
vorhergesagt (E)*		224,92 / 6.424 3,50%
O - E		-0,14%
O/E** Vertrauensbereich		0,96 0,84 - 1,09

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.

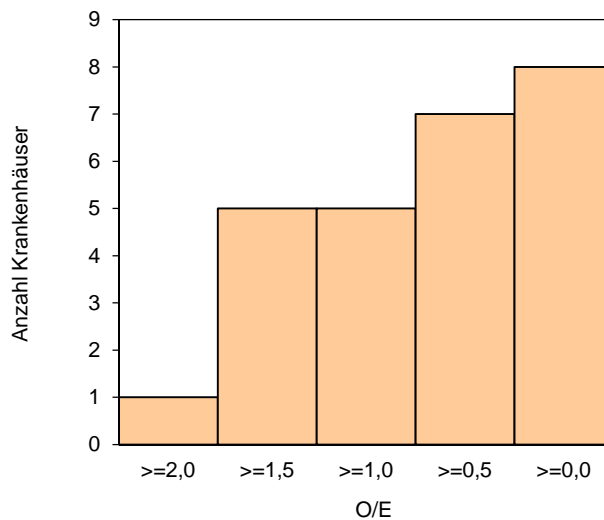
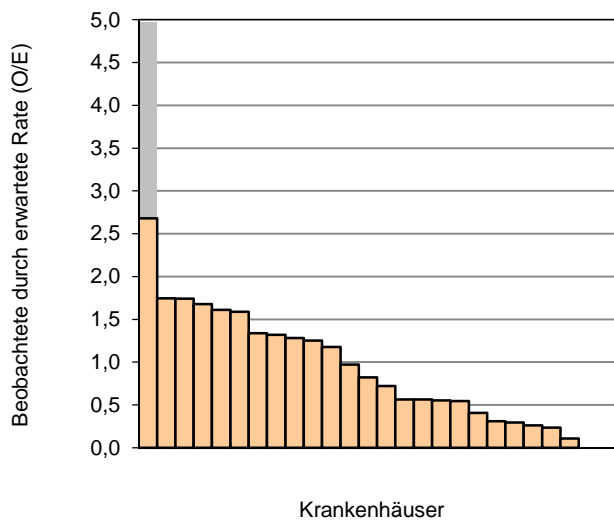
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

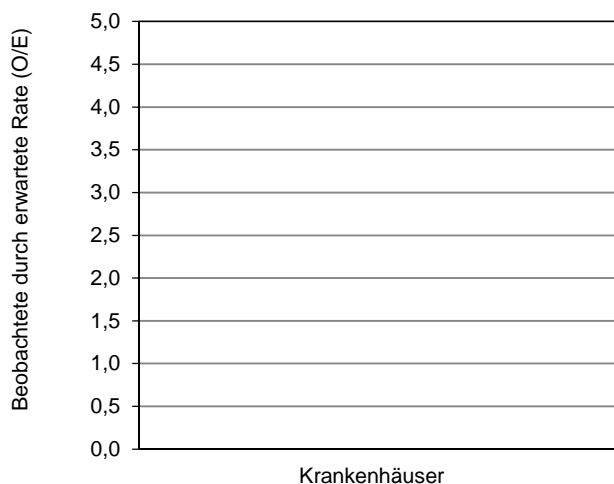
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,11	0,31	0,77	1,34	1,74	1,75	2,68

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 2 Krankenhäuser haben weniger als 10 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 Krankenhaus hat 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			6.298 / 6.503	96,85%
Patienten mit Gehunfähigkeit ¹ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			205 / 6.503	3,15%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur)			157 / 1.117	14,06%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)			28 / 4.528	0,62%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)			20 / 858	2,33%

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			6 / 5.881	6,00 Fälle 0,10%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			10 / 5.841	10,00 Fälle 0,17%

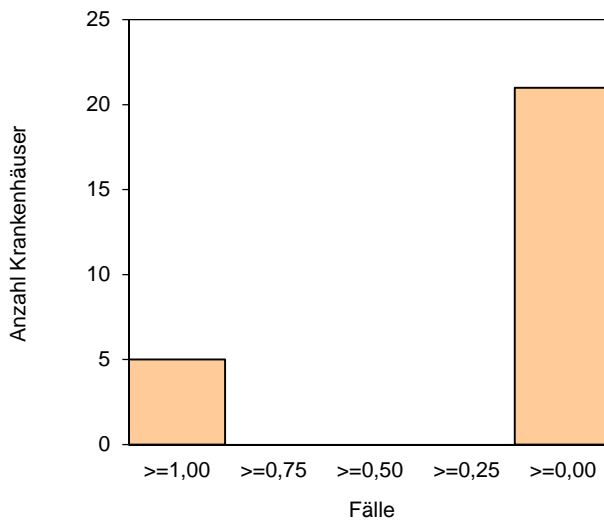
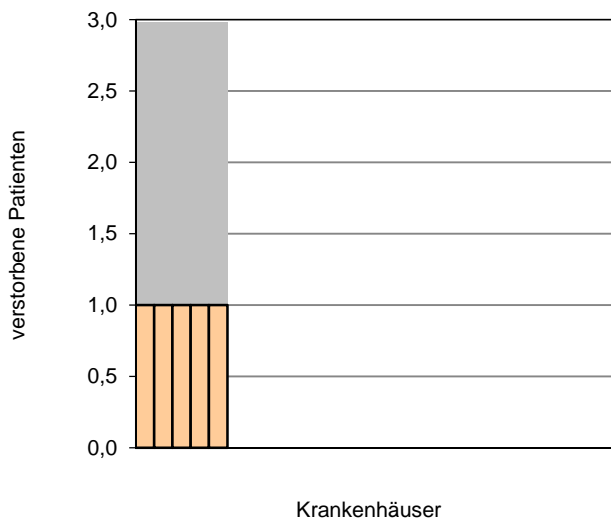
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

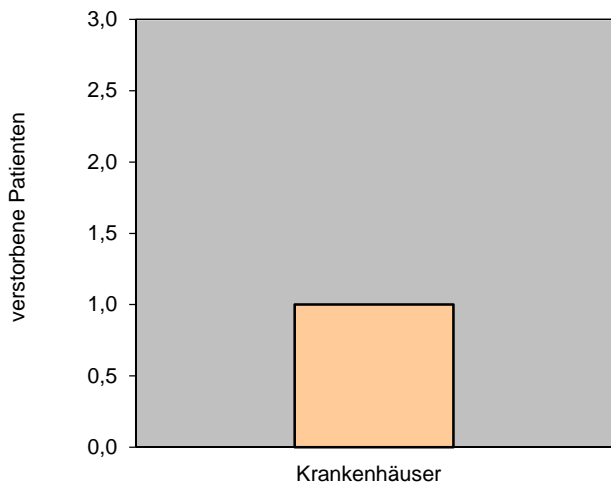
26 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,00	1,00	1,00	1,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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		82 / 4.942
vorhergesagt (E)*		67,12 / 4.942
O/E**		1,22
Vertrauensbereich		0,98 - 1,51
Referenzbereich	<= 3,12	<= 3,12

Auswertungszeitpunkt: 2017***	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³		86 / 5.048
vorhergesagt (E)*		69,86 / 5.048
O/E**		1,23
Vertrauensbereich		0,99 - 1,51

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			33 / 82	40,24%
Vertrauensbereich				30,30% - 51,06%
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			42 / 85	49,41%
Vertrauensbereich				39,04% - 59,83%

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.

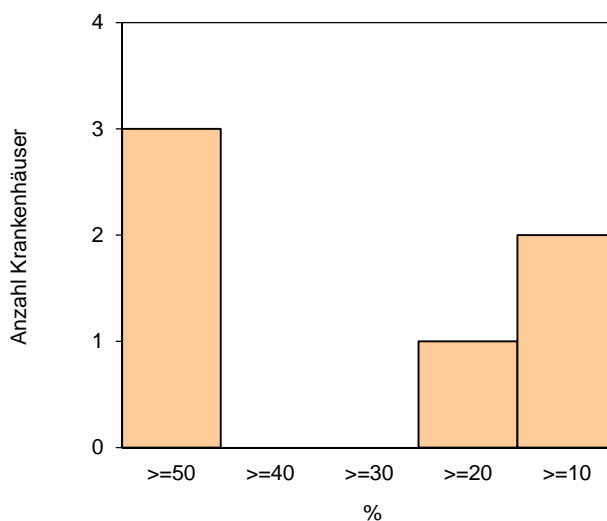
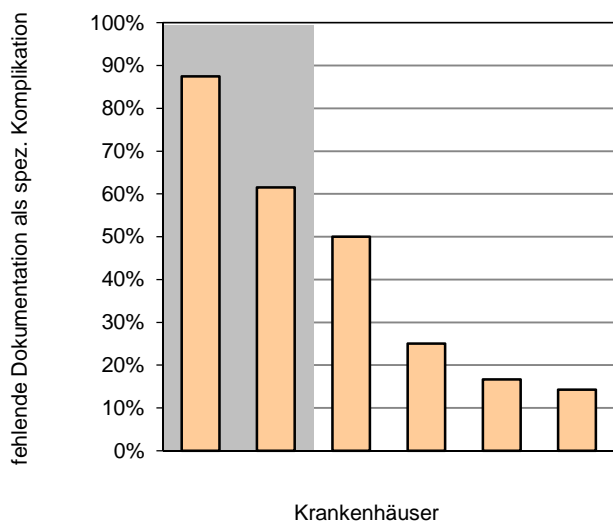
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [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:

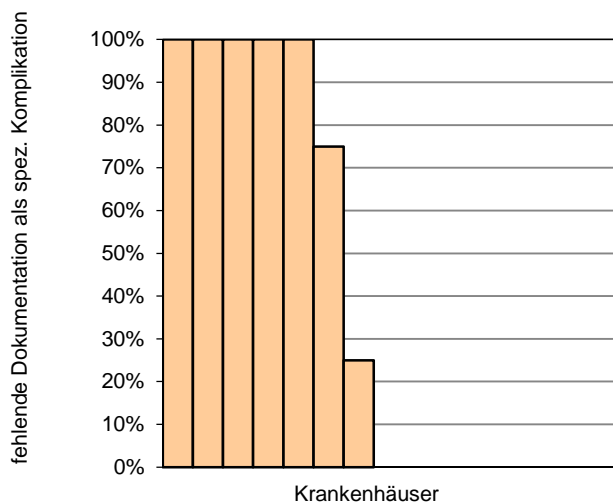
6 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	14,29			16,67	37,50	61,54			87,50

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 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	100,00	100,00		100,00

8 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			32 / 82	39,02%
Vertrauensbereich				29,18% - 49,85%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			52 / 96	54,17%
Vertrauensbereich				44,23% - 63,78%

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

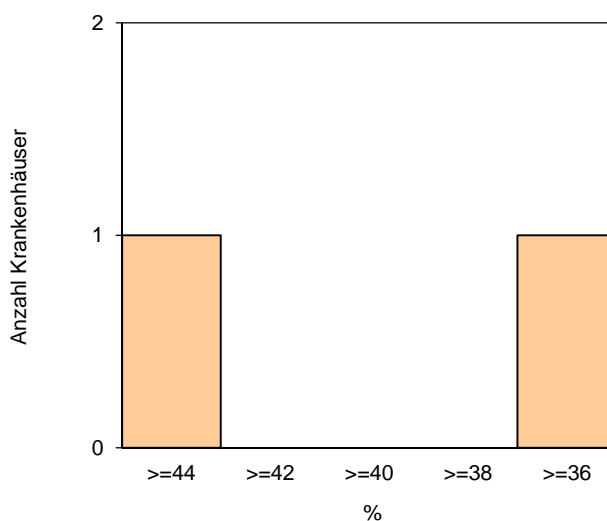
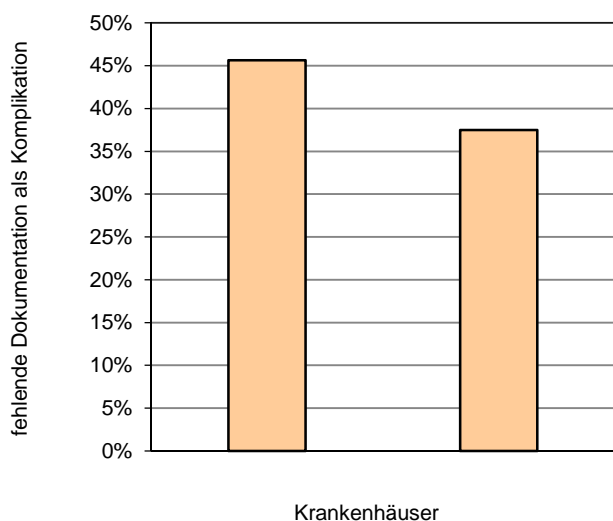
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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:

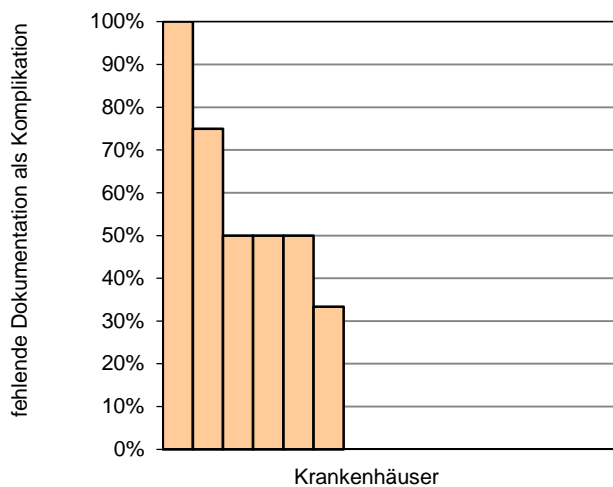
2 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,50				41,58				45,65

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 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	75,00		100,00

12 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	35 / 86	35,00 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			54 / 140	54,00 Fälle

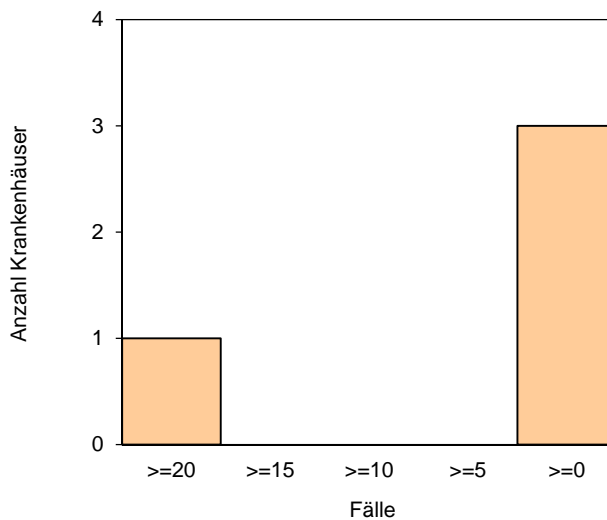
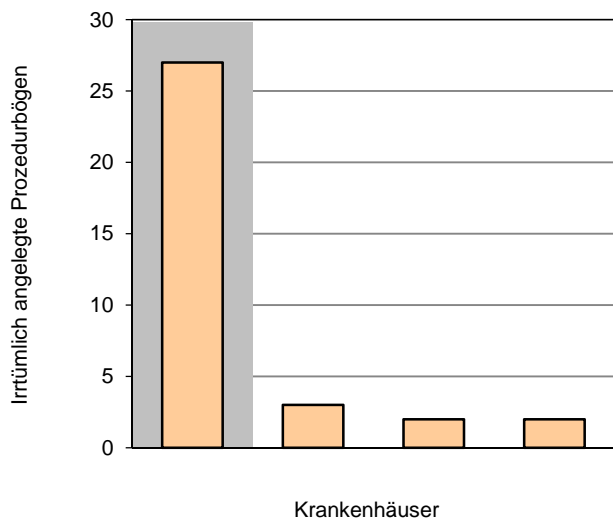
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

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: 4



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,00			2,00	2,50	15,00			27,00

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 29
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.143
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17713-L113085-P53952

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.962	27,47	2.129	28,95
2. Quartal			1.825	25,55	1.779	24,19
3. Quartal			1.674	23,44	1.668	22,68
4. Quartal			1.682	23,55	1.779	24,19
Gesamt			7.143		7.355	
Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.437		1.390	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.723		4.719	
Anzahl der Wechsel			1.071		1.394	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			7.143		7.355	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.143		7.355	
Median				8,00		9,00
Mittelwert				12,02		12,29
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.231		7.503	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,86		1,95
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.231		7.503	
Median				7,00		7,00
Mittelwert				10,33		10,64

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	U50.00	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte
4	M65.95	Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
5	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
7	R26.3	Immobilität
8	D62	Akute Blutungsanämie

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	3.618	50,65	M16.1	3.396	46,17
2				I10.00	2.273	31,82	I10.00	2.188	29,75
3				U50.00	1.767	24,74	U50.00	1.711	23,26
4				M65.95	1.392	19,49	M25.75	1.693	23,02
5				M25.75	1.257	17,60	M65.95	1.500	20,39
6				S72.01	1.182	16,55	S72.01	1.054	14,33
7				R26.3	790	11,06	T84.0	982	13,35
8				D62	735	10,29	M16.9	849	11,54

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	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilyementiert)
3	5-800.4g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk
4	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
5	5-800.3g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Hüftgelenk

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	3.085	42,66	5-820.00	2.898	38,62
2				5-820.02	1.340	18,53	5-820.02	1.412	18,82
3				5-800.4g	1.089	15,06	5-820.41	1.016	13,54
4				5-820.41	1.063	14,70	5-800.4g	935	12,46
5				5-800.3g	652	9,02	5-800.5g	893	11,90

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			7.143		7.355	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			3.919	54,86	4.113	55,92
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			3.221	45,09	3.239	44,04
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			3	0,04	3	0,04
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.143		7.355	
< 50 Jahre			376 / 7.143	5,26	416 / 7.355	5,66
50 - 59 Jahre			947 / 7.143	13,26	973 / 7.355	13,23
60 - 69 Jahre			1.546 / 7.143	21,64	1.587 / 7.355	21,58
70 - 79 Jahre			2.323 / 7.143	32,52	2.444 / 7.355	33,23
80 - 89 Jahre			1.633 / 7.143	22,86	1.625 / 7.355	22,09
>= 90 Jahre			318 / 7.143	4,45	310 / 7.355	4,21
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.143		7.355	
Median				73,00		73,00
Mittelwert				71,11		70,89
Geschlecht						
männlich			2.712	37,97	2.724	37,04
weiblich			4.431	62,03	4.631	62,96
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.143		7.355	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			753	10,54	689	9,37
Gehen am Stück bis 500 m möglich			4.630	64,82	4.635	63,02
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.200	16,80	1.429	19,43
im Zimmer mobil			359	5,03	374	5,08
immobil			201	2,81	228	3,10
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			4.917	68,84	4.861	66,09
Unterarmgehstützen/Gehstock			1.074	15,04	1.211	16,46
Rollator/Gehbock			885	12,39	973	13,23
Rollstuhl			176	2,46	192	2,61
bettlägerig			91	1,27	118	1,60
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor			5.157	72,20	5.346	72,69
ja, Pflegegrad 1			547	7,66	658	8,95
ja, Pflegegrad 2			194	2,72	208	2,83
ja, Pflegegrad 3			153	2,14	162	2,20
ja, Pflegegrad 4			57	0,80	58	0,79
ja, Pflegegrad 5			20	0,28	20	0,27
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			1.015	14,21	903	12,28

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	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilyementiert)
3	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
4	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5	5-821.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes

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	3.068	42,95	-	-	-
2				5-820.02	1.339	18,75	-	-	-
3				5-820.41	1.063	14,88	-	-	-
4				5-820.01	500	7,00	-	-	-
5				5-821.25	199	2,79	-	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozeduren

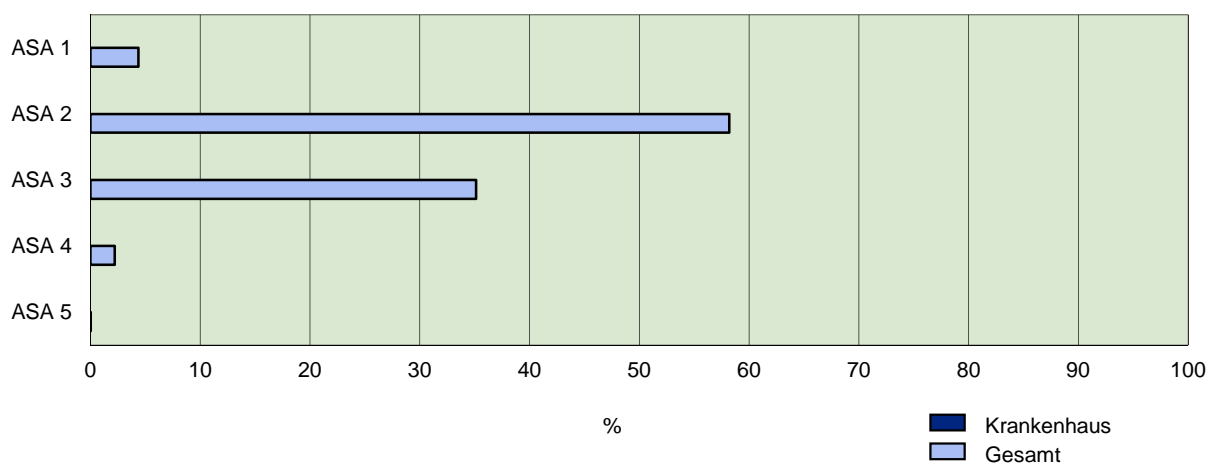
Eingriff

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
zu operierende Seite						
rechts			3.759	51,98	3.927	52,34
links			3.472	48,02	3.576	47,66

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			317	4,38	344	4,58
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.209	58,21	4.521	60,26
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			2.541	35,14	2.458	32,76
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			162	2,24	174	2,32
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			2	0,03	6	0,08

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			6.968	96,36	7.149	95,28
bedingt aseptische Eingriffe			40	0,55	39	0,52
kontaminierte Eingriffe			11	0,15	11	0,15
septische Eingriffe			212	2,93	304	4,05

Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1.437	19,87	1.390	18,53
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			4.723	65,32	4.719	62,89
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			975	13,48	1.303	17,37
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			96	1,33	91	1,21
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			7.231		7.503	
Median				64,00		65,00
Mittelwert				73,95		77,03

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk- nahen Femurfrakturen			1.437		1.390	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			75	5,22	82	5,90
vorbestehende Koxarthrose			574	39,94	545	39,21
Frakturereignis war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			1.379	95,96	1.338	96,26
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			58	4,04	52	3,74
Frakturlokalisierung						
medial			1.332	92,69	1.283	92,30
lateral			49	3,41	37	2,66
pertrochantär			34	2,37	44	3,17
sonstige			22	1,53	26	1,87
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			87 / 1.332	6,53	29 / 1.283	2,26
unverschoben			82 / 1.332	6,16	75 / 1.283	5,85
verschoben			783 / 1.332	58,78	820 / 1.283	63,91
komplett verschoben			380 / 1.332	28,53	359 / 1.283	27,98

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.437		1.390	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			454	31,59	457	32,88
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) ¹			52 / 454	11,45	-	-
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol) ¹			225 / 454	49,56	-	-
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) ¹			157 / 454	34,58	-	-
sonstige ¹			30 / 454	6,61	-	-

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			4.723		4.719	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			254	5,38	371	7,86
wenn ja:						
Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor¹						
ja			71	27,95	-	-
nein			183	72,05	-	-
Schmerzen						
keine Schmerzen			8	0,17	22	0,47
Belastungsschmerz			670	14,19	795	16,85
Ruheschmerz			4.045	85,64	3.902	82,69

¹ neues Datenfeld in 2018

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.723		4.719	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.219	89,33	4.308	91,29
Extension/Flexion Anzahl gültiger Angaben			4.219		4.308	
Winkel Extension (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,12		0,13
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				2,60		2,41
Winkel Flexion (Grad) Median				90,00		90,00
Mittelwert				88,54		89,35
Ab-/Adduktion Anzahl gültiger Angaben			4.219		4.308	
Winkel Abduktion (Grad) Median				20,00		20,00
Mittelwert				17,01		17,39
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,14		0,11
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				9,91		10,70

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.723		4.719	
Außen-/Innenrotation Anzahl gültiger Angaben			4.219		4.308	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				15,00		15,00
Mittelwert				14,85		14,88
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,13		0,81
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				5,00		5,00
Mittelwert				6,22		6,24

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.723		4.719	
Osteophyten						
keine oder fraglich			89	1,88	117	2,48
eindeutig			3.048	64,54	2.402	50,90
große			1.586	33,58	2.200	46,62
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			56	1,19	30	0,64
eindeutig verschmälert			207	4,38	271	5,74
fortgeschritten verschmälert			1.711	36,23	1.766	37,42
aufgehoben			2.749	58,20	2.652	56,20
Sklerose						
keine Sklerose			51	1,08	20	0,42
leichte Sklerose			404	8,55	987	20,92
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.944	62,33	2.759	58,47
Sklerose mit Zysten			1.324	28,03	953	20,19
Deformierung						
keine Deformierung			185	3,92	166	3,52
leichte Deformierung			2.695	57,06	2.925	61,98
deutliche Deformierung			1.843	39,02	1.628	34,50

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.723		4.719	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein			4.621	97,84	4.637	98,26
ja			102	2,16	82	1,74
wenn ja:						
Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			25 / 102	24,51	7 / 82	8,54
Grad 1: geringe Veränderung			8 / 102	7,84	8 / 82	9,76
Grad 2: definitive Veränderung			16 / 102	15,69	13 / 82	15,85
Grad 3: deutliche Veränderung			29 / 102	28,43	29 / 82	35,37
Grad 4: schwere Veränderung			19 / 102	18,63	22 / 82	26,83
Grad 5: mutilierende Veränderung			5 / 102	4,90	3 / 82	3,66

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.071		1.394	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen			67	6,26	80	5,74
Belastungsschmerz			156	14,57	303	21,74
Ruhschmerz			848	79,18	1.011	72,53

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.071		1.394	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			437	40,80	367	26,33
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			213	19,89	240	17,22
durchgeführt, negativ			638	59,57	876	62,84
durchgeführt, positiv			220	20,54	278	19,94

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.071		1.394	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			830	77,50	1.142	81,92
Implantatbruch			17 / 830	2,05	49 / 1.142	4,29
Implantatabrieb/-verschleiß			64 / 830	7,71	206 / 1.142	18,04
Implantatfehlage der Pfanne			78 / 830	9,40	109 / 1.142	9,54
Implantatfehlage des Schafts			25 / 830	3,01	48 / 1.142	4,20
Lockerung der Pfannenkomponente			316 / 830	38,07	373 / 1.142	32,66
Lockerung der Schaftkomponente			267 / 830	32,17	303 / 1.142	26,53
Osteolyse der Pfanne			58 / 830	6,99	225 / 1.142	19,70
Osteolyse des Femurs			54 / 830	6,51	153 / 1.142	13,40
periprothetische Fraktur			132 / 830	15,90	128 / 1.142	11,21
Endoprothesen(sub)luxation			134 / 830	16,14	273 / 1.142	23,91
großer Knochendefekt Pfanne			57 / 830	6,87	173 / 1.142	15,15
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			24 / 830	2,89	65 / 1.142	5,69
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			6 / 830	0,72	5 / 1.142	0,44
periartikuläre Ossifikation			15 / 830	1,81	101 / 1.142	8,84

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			256	3,54	259	3,45
primäre Implantatfehlage			5 / 256	1,95	6 / 259	2,32
sekundäre Implantatdislokation			15 / 256	5,86	13 / 259	5,02
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub-)luxation			61 / 256	23,83	77 / 259	29,73
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			57 / 256	22,27	46 / 259	17,76
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			2 / 256	0,78	2 / 259	0,77
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			11 / 256	4,30	9 / 259	3,47
periprothetische Fraktur			75 / 256	29,30	61 / 259	23,55
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			19 / 256	7,42	24 / 259	9,27
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			2 / 256	0,78	3 / 259	1,16
sonstige			34 / 256	13,28	46 / 259	17,76

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
Postoperative Wundinfektion						
ja			41	0,57	55	0,73
nein			7.190	99,43	7.448	99,27
wenn ja						
Wundinfektionstiefe						
nach Definition der CDC						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			9 / 41	21,95	12 / 55	21,82
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			20 / 41	48,78	26 / 55	47,27
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			12 / 41	29,27	17 / 55	30,91
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			131 / 280	46,79	154 / 291	52,92
nein			149 / 280	53,21	137 / 291	47,08

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			7.231		7.503	
weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			117	1,62	125	1,67

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.143		7.355	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			431	6,03	515	7,00
Pneumonie			62 / 431	14,39	80 / 515	15,53
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			98 / 431	22,74	137 / 515	26,60
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			15 / 431	3,48	11 / 515	2,14
Lungenembolie			17 / 431	3,94	25 / 515	4,85
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			37 / 431	8,58	42 / 515	8,16
Schlaganfall			13 / 431	3,02	15 / 515	2,91
akute gastrointestinale Blutung			9 / 431	2,09	17 / 515	3,30
akute Niereninsuffizienz			95 / 431	22,04	139 / 515	26,99
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			190 / 431	44,08	186 / 515	36,12

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten ab 65 Jahren			5.097		5.198	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe) ¹						
nein			173 / 5.097	3,39	112 / 5.198	2,15
ja			4.924 / 5.097	96,61	5.086 / 5.198	97,85
Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)¹						
nein			166 / 5.097	3,26	100 / 5.198	1,92
ja			4.931 / 5.097	96,74	5.098 / 5.198	98,08

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			7.143		7.355	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			6.671	93,39	6.947	94,45
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.573		4.584	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,02		0,04
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,03		0,05
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				89,70		89,69

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.143		7.355	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			211	2,95	105	1,43
Gehen am Stück bis 500 m möglich			955	13,37	1.065	14,48
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			5.510	77,14	5.593	76,04
im Zimmer mobil			297	4,16	378	5,14
immobil			100	1,40	105	1,43
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			102	1,43	103	1,40
Unterarmgehstützen/Gehstock			5.630	78,82	5.844	79,46
Rollator/Gehbock			1.177	16,48	1.128	15,34
Rollstuhl			120	1,68	119	1,62
bettlägerig			44	0,62	51	0,69

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			7.143		7.355	
01: regulär beendet			3.219	45,07	2.960	40,24
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			140	1,96	79	1,07
03: aus sonstigen Gründen			26	0,36	18	0,24
04: gegen ärztlichen Rat			27	0,38	17	0,23
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			424	5,94	435	5,91
07: Tod			82	1,15	117	1,59
08: Verlegung nach § 14			6	0,08	8	0,11
09: in Rehabilitationseinrichtung			3.024	42,34	3.500	47,59
10: in Pflegeeinrichtung			167	2,34	174	2,37
11: in Hospiz			3	0,04	3	0,04
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,03	2	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,03	2	0,03
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			14	0,20	25	0,34
22: Fallabschluss			7	0,10	15	0,20
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			7.143		7.355	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.245	17,43	1.410	19,17
Dienstag			1.398	19,57	1.338	18,19
Mittwoch			1.476	20,66	1.581	21,50
Donnerstag			1.153	16,14	1.245	16,93
Freitag			1.235	17,29	1.243	16,90
Samstag			442	6,19	353	4,80
Sonntag			194	2,72	185	2,52

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.

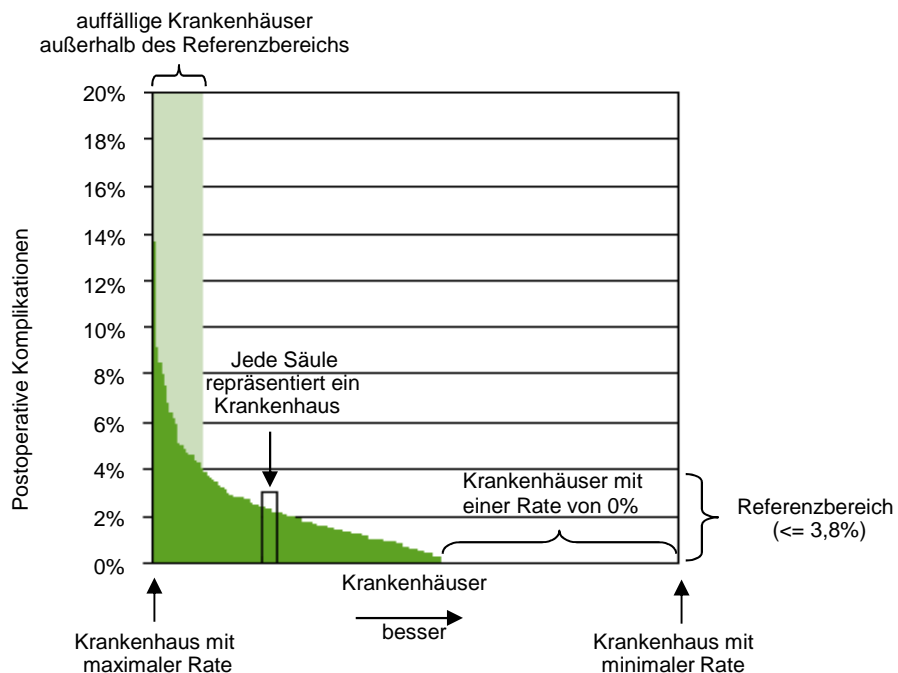
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

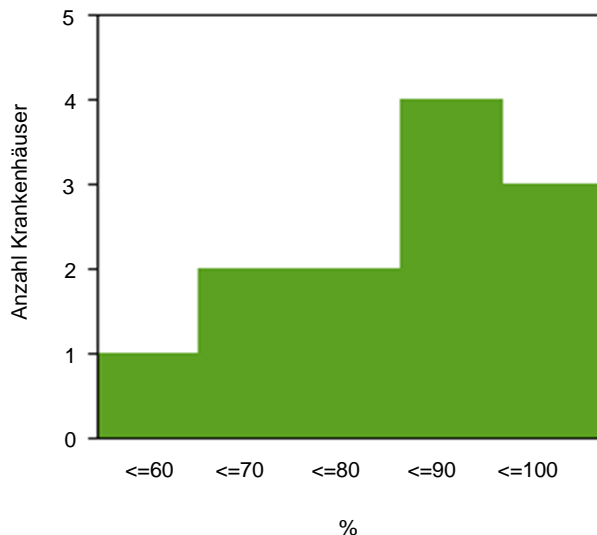
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	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 Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/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 Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der 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.