

Jahresauswertung 2019 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.394
Datensatzversion: HEP 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18391-L117531-P55157

Jahresauswertung 2019 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.394
Datensatzversion: HEP 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18391-L117531-P55157

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2019/HEP/54001 QI: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation			98,53%	>= 90,00%	innerhalb	97,25%	13
2019/HEP/54002 QI: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			95,51%	>= 86,00%	innerhalb	92,62%	17
2019/HEP/54003 QI: Präoperative Verweildauer			12,32%	<= 15,00%	innerhalb	13,01%	20
2019/HEP/54004 QI: Sturzprophylaxe			95,86%	>= 90,00%	innerhalb	95,15%	23

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Allgemeine Komplikationen							
2019/HEP/54015							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur							
			1,06	<= 2,07	innerhalb	0,91	25
2019/HEP/54016							
QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation							
			2,16%	<= 5,59%	innerhalb	2,13%	28
2019/HEP/54017							
QI: bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel							
			6,90%	<= 17,60%	innerhalb	4,82%	31

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Spezifische Komplikationen							
2019/HEP/54018 QI: bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			4,58%	<= 11,06%	innerhalb	4,87%	34
2019/HEP/54019 QI: bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation			2,54%	<= 7,45%	innerhalb	2,10%	36
2019/HEP/54120 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			0,64	<= 2,25	innerhalb	0,68	38
2019/HEP/191800_54120 KKez: Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen			0,87	-	-	0,72	41
2019/HEP/191801_54120 KKez: Ebene 2: Weichteilkomplikationen			0,47	-	-	0,65	44

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2019/HEP/54010 TKez: Beweglichkeit bei Entlassung			97,89%	-	-	96,74%	47
2019/HEP/54012 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			0,86	<= 2,25	innerhalb	0,95	50
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung 2019/HEP/54013 QI: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			1,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	0,00 Fälle	54
2019/HEP/191914 TKez: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,10	-	-	0,84	56

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2019/HEP/10271							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)							
			1,10	<= 2,83	innerhalb	1,09	59

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. 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 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/HEP/850152 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			31,87%	<= 50,00%	innerhalb	37,68%	60
2019/HEP/850151 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation			36,67%	<= 50,00%	innerhalb	39,02%	62
2019/HEP/851804 Irrtümlich angelegte Prozedurbögen			25,00 Fälle	< 3,00 Fälle	außerhalb	35,00 Fälle	64
2019/HEP/851905 Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			71,32%	< 100,00%	innerhalb	75,19%	66

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 2019. 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 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/HEP/851906 Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung			0,46%	<= 3,00%	innerhalb	0,50%	68
2019/HEP/851907 Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantation mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes			10,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	3,00 Fälle	70

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 2019. 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 2019 wurden 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 „KKez“ oder „TKez“ 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“, „Implantierbare Defibrillatoren“, „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, 9/4, 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 2191 im Modul 9/1 und 132000 im Modul 9/4 wurden vom IQTIG ausgesetzt.

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

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 bereits in der Auswertung für das Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt wurden, bezieht sich diese Auswertung nur auf Patientinnen und Patienten, die 2019 aufgenommen und 2019 entlassen wurden. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 sind daher mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel: Möglichst oft eine angemessene Indikation

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/HEP/54001

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien¹				
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score ²				
0 Punkte			4 / 4.139	0,10%
1 - 2 Punkte			16 / 4.139	0,39%
3 - 4 Punkte			59 / 4.139	1,43%
5 - 9 Punkte			3.453 / 4.139	83,43%
10 Punkte			607 / 4.139	14,67%
5 - 10 Punkte			4.060 / 4.139	98,09%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ²				
Grad 0			19 / 4.139	0,46%
Grad 1			3 / 4.139	0,07%
Grad 2			12 / 4.139	0,29%
Grad 3			29 / 4.139	0,70%
Grad 4			38 / 4.139	0,92%
Grad 5			6 / 4.139	0,14%
Schmerzen³				
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Belastungsschmerz			730 / 4.139	17,64%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Ruheschmerz			3.397 / 4.139	82,07%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit atraumatischer Femurkopfnekrose			182 / 4.139	4,40%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit atraumatischer Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation Stadium 3 oder 4 ²			114 / 4.139	2,75%

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, zu Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek und zu den Bewegungsmaßen und Bewegungseinschränkungen sowie den ARCO-Klassifikationen siehe nächste Seite

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

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

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

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

ARCO-Klassifikationen	
Stadium und Klinik, Pathologie, Bildgebung:	
Stadium 0	- Normalbefund im Röntgenbild, MRT und Szintigraphie - Nekrosezeichen in der Histologie
Stadium I	- normales Röntgenbild/CT - pathologischer MR- oder Szintigraphiebefund - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkop fzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %)
Stadium II	- im Röntgenbild Strukturveränderungen des Knochens ohne Konturveränderungen des Femurkopfes - normaler Gelenkspalt - Hüftkopfnekrose-spezifische MR-Befunde - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkop fzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %)
Stadium III	- im Röntgenbild Knochenstrukturveränderungen mit subchondraler Fraktur in Form einer sichelförmigen Aufhellungszone ("crescent sign") - Kontur des Femurkopfes flacht sich ab - normal weiter Gelenkspalt - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral), Größe der beteiligten Femurkop fzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %) und Ausmaß der Kopfabflachung (< 2 mm, 2-4 mm, > 4 mm)
Stadium IV	- Entwicklung einer Arthrosis deformans - Abflachung des Hüftkopfes - Gelenkspaltverschmälerung

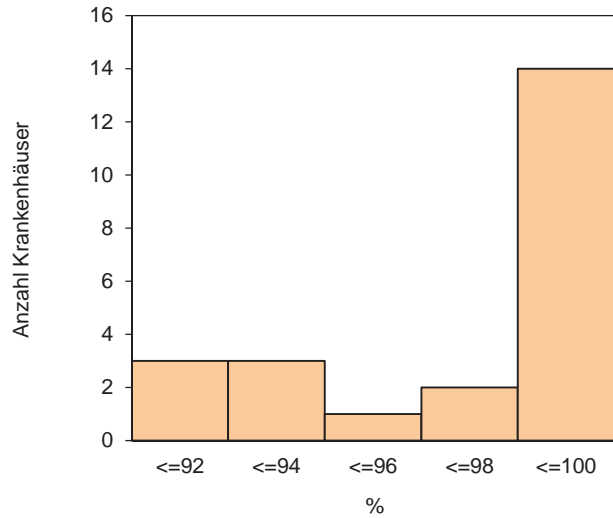
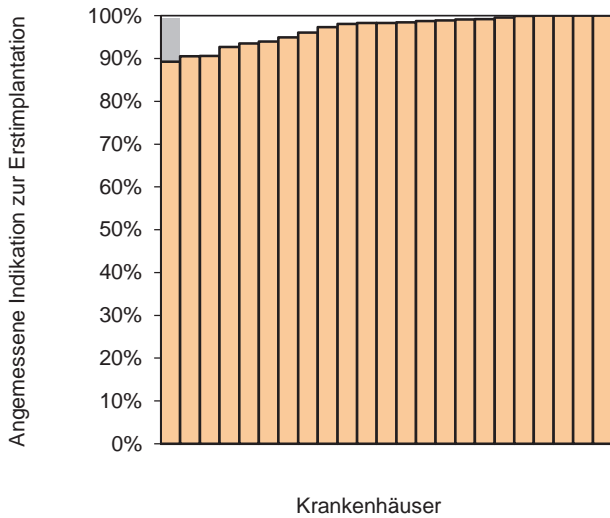
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek 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 oder die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation erfüllen oder das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen Vertrauensbereich Referenzbereich			4.078 / 4.139	98,53%
			98,11% - 98,85%	
		>= 90,00%		>= 90,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und 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 oder die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation erfüllen oder das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen Vertrauensbereich			4.593 / 4.723	97,25%
				96,74% - 97,68%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

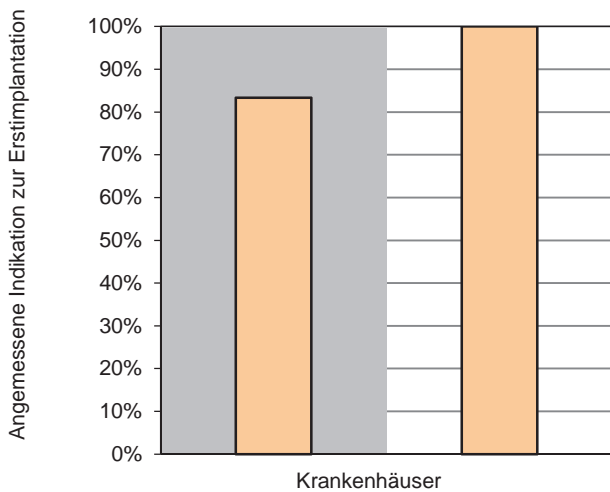
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/HEP/54001]:
 Anteil von Eingriffen bei Patientinnen und Patienten mit angemessener Indikation anhand klinischer und röntgenologischer
 Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen**

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
	89,29	90,55	90,63	94,00	98,31	99,59	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
	83,33				91,67				100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Qualitätsziel: Möglichst oft eine angemessene Indikation
Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Wechsel
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2019/HEP/54002
Referenzbereich: >= 86,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Schmerzen				
Patientinnen und Patienten mit Belastungsschmerz			188 / 914	20,57%
Patientinnen und Patienten mit Ruheschmerz			655 / 914	71,66%
Röntgenologische Kriterien				
Patientinnen und Patienten mit:				
Implantatbruch			22 / 914	2,41%
Implantatabrieb/-verschleiß			64 / 914	7,00%
Implantatfehlage der Pfanne			64 / 914	7,00%
Implantatfehlage des Schaftes			26 / 914	2,84%
Lockerung der Pfannenkomponente			246 / 914	26,91%
Lockerung der Schaftkomponente			270 / 914	29,54%
periprothetischer Fraktur			118 / 914	12,91%
Endoprothesen(sub)luxation			132 / 914	14,44%
Knochendefekt Pfanne			52 / 914	5,69%
Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			28 / 914	3,06%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			4 / 914	0,44%
periartikuläre Ossifikation			23 / 914	2,52%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patientinnen und Patienten mit Entzündungszeichen ¹			369 / 914	40,37%
Patientinnen und Patienten mit positivem mikrobiologischen Kriterium ²			187 / 914	20,46%
Patientinnen und Patienten mit Endoprothesen(sub)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder mindestens einem Schmerz Kriterium ² und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium ³ oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ⁴ oder Entzündungszeichen ⁵ im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			873 / 914	95,51%
Vertrauensbereich				93,97% - 96,68%
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.

⁴ Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafts, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) oder Periarthkuläre Ossifikation

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Endoprothesen(sub)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem klinischen/röntgeno- logischen Kriterium ³ oder erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ⁴ oder Entzündungszeichen ⁵ im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			992 / 1.071	92,62% 90,90% - 94,04%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

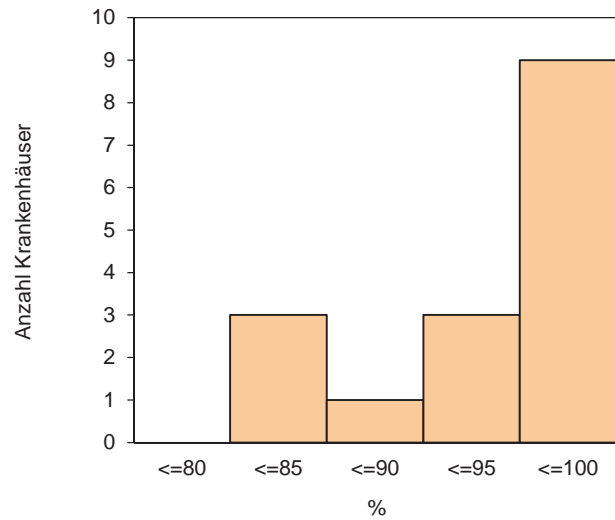
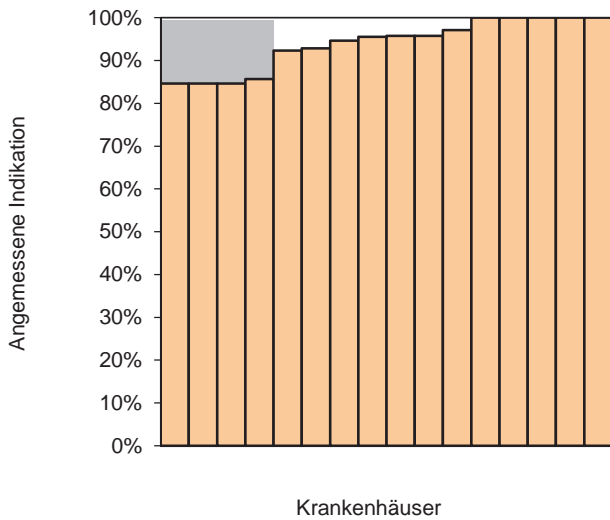
³ Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafts, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente,
 Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit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

⁴ Das mikrobiologische Kriterium ist erfüllt, wenn ein Erregernachweis anhand mikrobiologischer Keimkultur (Punktat, Abstrich)
 durchgeführt wurde und positiv ist.

⁵ Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

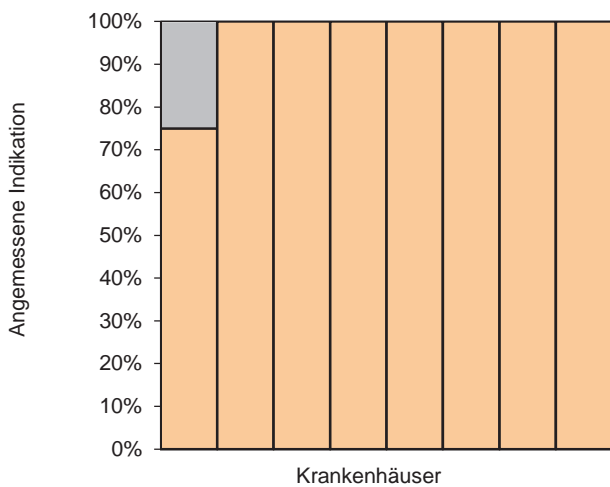
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/HEP/54002]:
 Anteil von Eingriffen bei Patientinnen und Patienten mit angemessener Indikation anhand der klinischen Symptomatik,
 röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Wechsels**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,62		84,62	89,01	95,65	100,00	100,00		100,00

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
	75,00			100,00	100,00	100,00			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer
Grundgesamtheit:	Eingriffe bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ¹
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2019/HEP/54003
Referenzbereich:	<= 15,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			914 / 1.437	63,60%
24 - 48 Stunden			346 / 1.437	24,08%
> 48 Stunden			177 / 1.437	12,32%
Vertrauensbereich				10,72% - 14,12%
Referenzbereich		<= 15,00%		<= 15,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und 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%
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 2019			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patientinnen und 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				

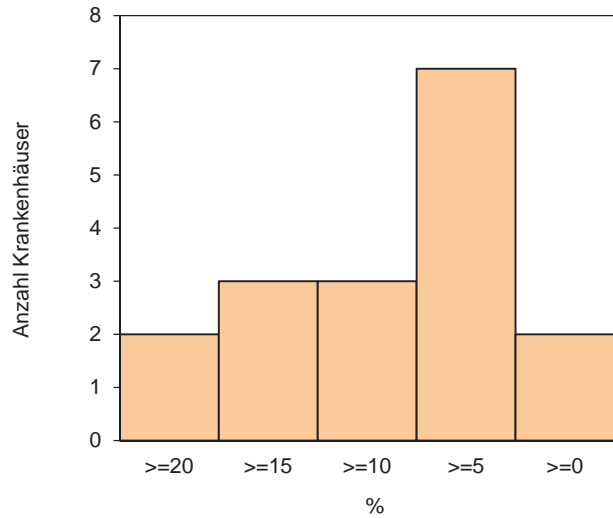
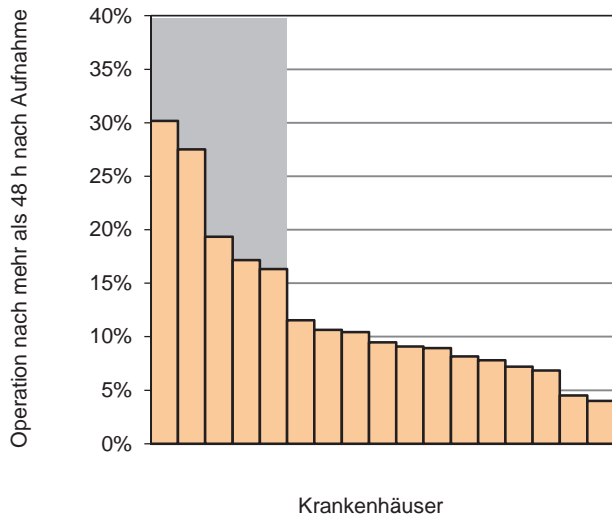
	Gesamt 2019			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	541 / 871 62,11%	128 / 202 63,37%	123 / 175 70,29%	122 / 189 64,55%
24 - 48 Stunden	217 / 871 24,91%	47 / 202 23,27%	36 / 175 20,57%	46 / 189 24,34%
> 48 Stunden	113 / 871 12,97%	27 / 202 13,37%	16 / 175 9,14%	21 / 189 11,11%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/HEP/54003]:

Anteil von Eingriffen bei Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unter Ausschluss von Behandlungsfällen mit Entlassungsdiagnose S72.2, S72.3, S72.4, S72.7 ohne gleichzeitige petrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

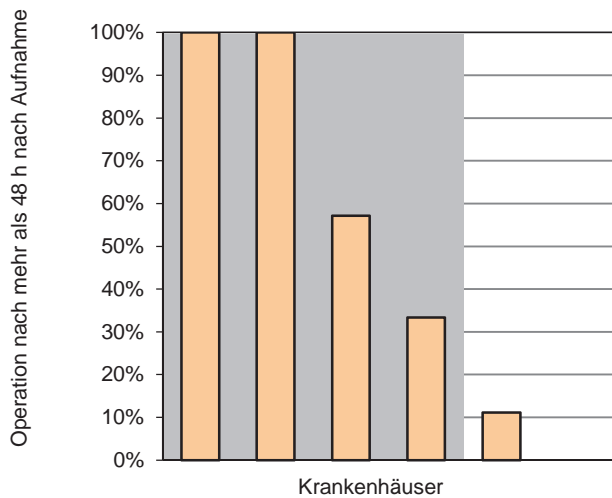
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,00		4,51	7,81	9,46	16,33	27,50		30,17

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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			11,11	45,24	100,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

Qualitätsziel:	Häufige strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bei Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel ¹
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2019/HEP/54004
Referenzbereich:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			4.491 / 4.685	95,86%
Vertrauensbereich				95,25% - 96,39%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und 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%

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

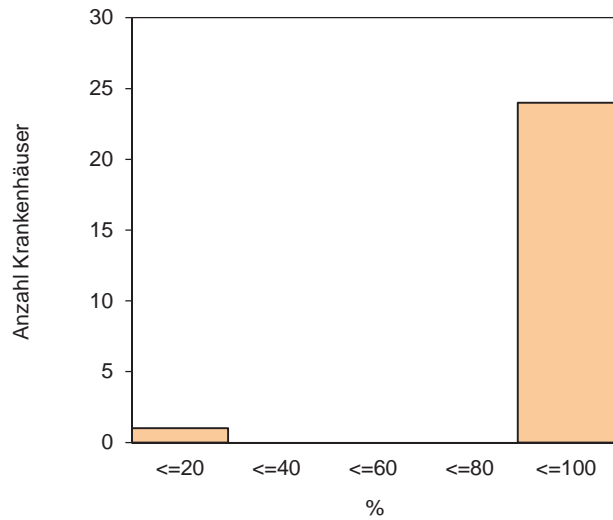
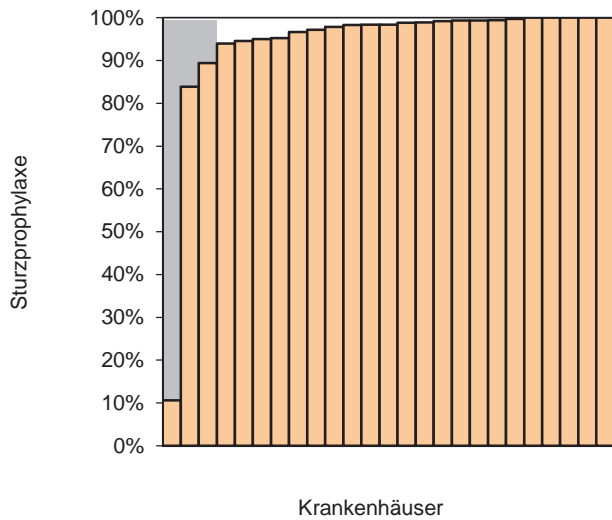
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/HEP/54004]:

Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst u. multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden an allen Patientinnen und Patienten ab 65 J. mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel unter Ausschl. von Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind u. b. d. multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

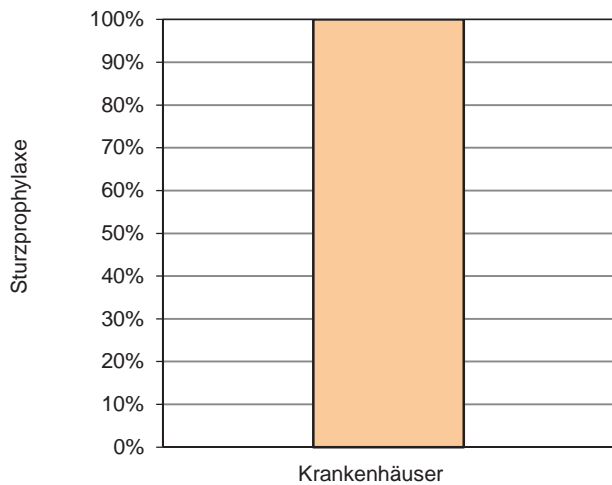
25 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,59	83,87	89,39	95,28	98,41	99,40	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
	100,00				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine Komplikationen

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/HEP/54015

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 2,07 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		165 / 1.431 11,53%
vorhergesagt (E) ³		155,72 / 1.431 10,88%
O - E		0,65%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E ⁴	█	1,06
Vertrauensbereich		0,92 - 1,22
Referenzbereich	<= 2,07	<= 2,07

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 Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

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

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur zur erwarteten Rate.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ³		138 / 1.431 9,64%
vorhergesagt (E) ⁴		151,17 / 1.431 10,56%
O - E		-0,92%
O/E ⁵ Vertrauensbereich	█	0,91 0,78 - 1,07

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

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

⁴ KKez E_54015: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54015.

⁵ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur zur erwarteten Rate.

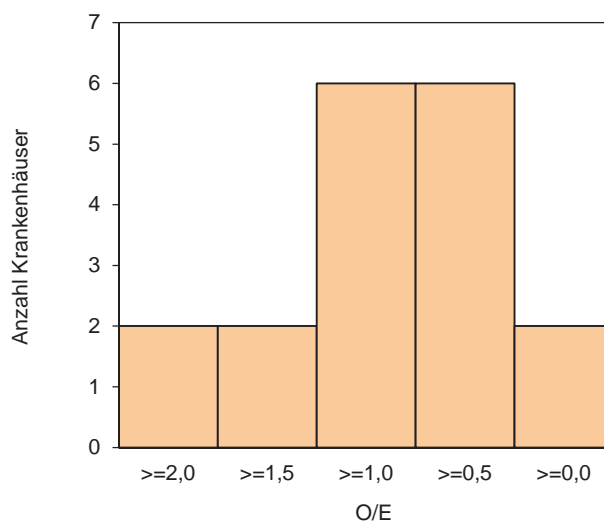
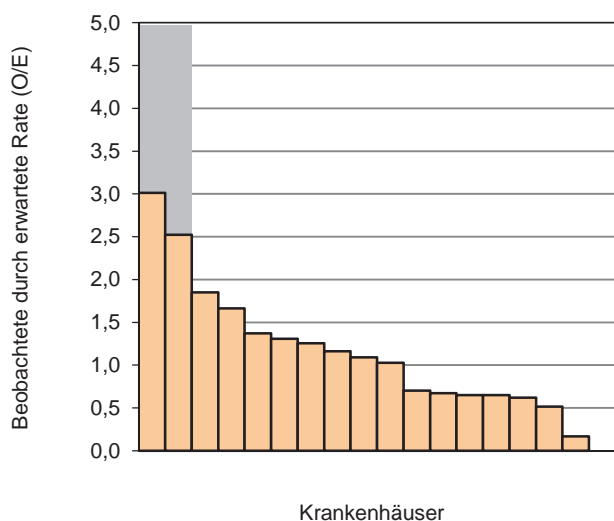
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

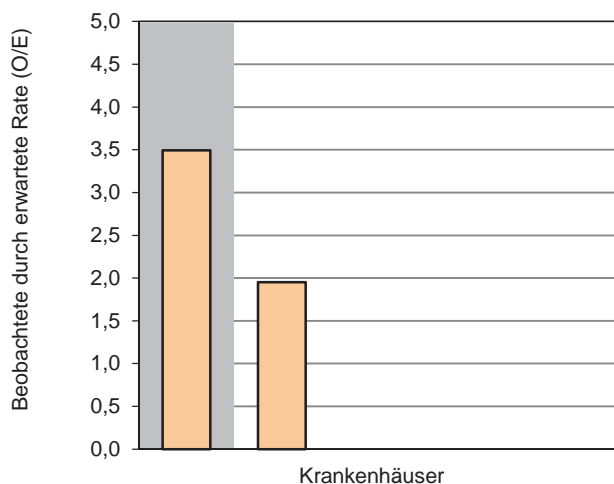
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2019/HEP/54015]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen behandlungsbedürftigen
 Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

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	0,65	1,06	1,37	2,52		3,01

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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	1,95			3,49

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
	Gruppe 2:	Patientinnen und Patienten mit ASA 1 bis 2
	Gruppe 3:	Patientinnen und Patienten mit ASA 3 bis 4
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/HEP/54016
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5,59% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich	<= 5,59%		
Referenzbereich	<= 5,59%		

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	89 / 4.122 2,16%	25 / 2.916 0,86%	64 / 1.206 5,31%
Vertrauensbereich	1,76% - 2,65%		
Referenzbereich	<= 5,59%		

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 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	100 / 4.695 2,13% 1,75% - 2,58%	39 / 3.499 1,11%	61 / 1.195 5,10%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

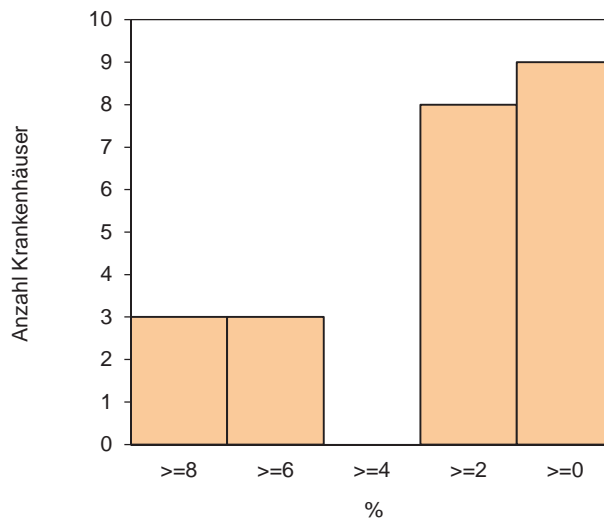
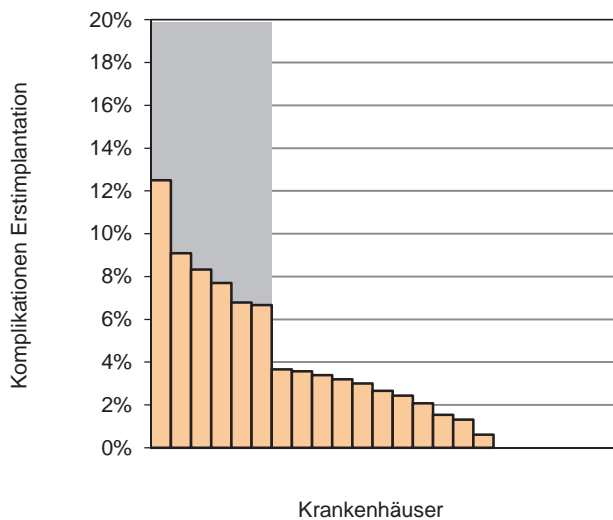
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2019/HEP/54016]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

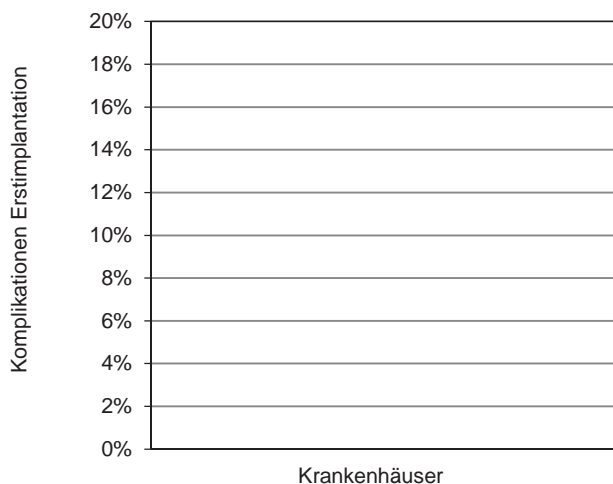
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	2,66	6,67	8,33	9,09	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				0,00				0,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels
	Gruppe 2:	Patientinnen und Patienten mit ASA 1 bis 2
	Gruppe 3:	Patientinnen und Patienten mit ASA 3 bis 4
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/HEP/54017
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 17,60% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 17,60%		

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	58 / 841 6,90%	15 / 465 3,23%	43 / 376 11,44%
Vertrauensbereich	5,37% - 8,81%		
Referenzbereich	<= 17,60%		

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 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	49 / 1.017 4,82% 3,66% - 6,31%	11 / 617 1,78%	38 / 400 9,50%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

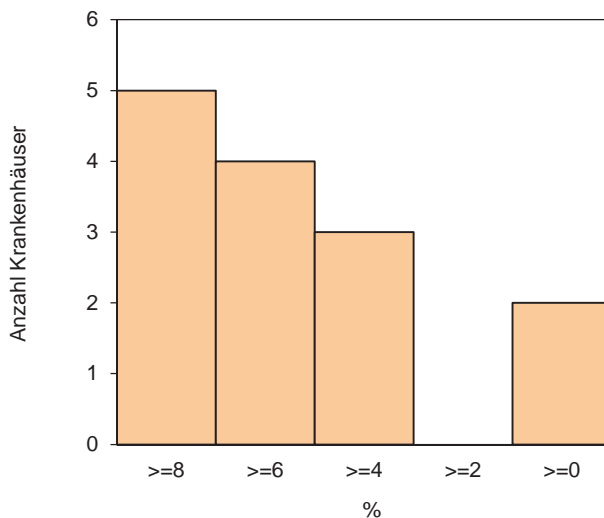
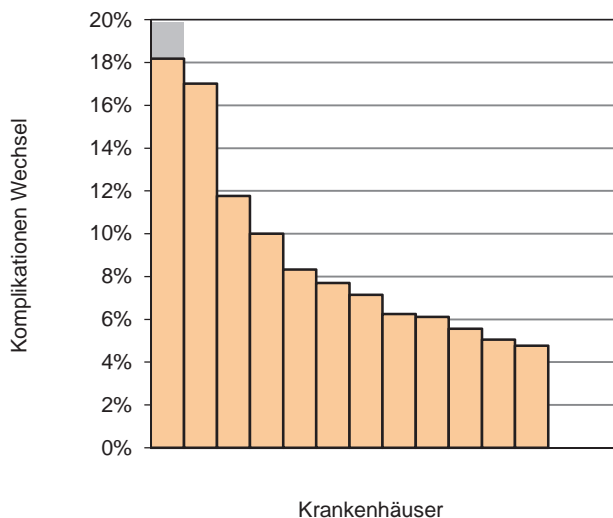
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2019/HEP/54017]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

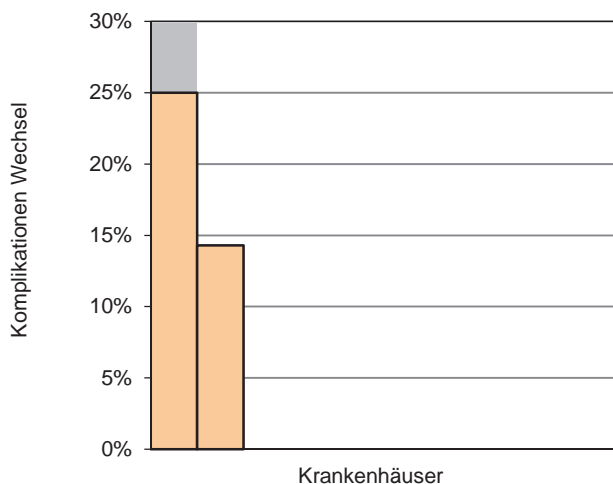
14 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	5,05	6,70	10,00	17,02		18,18

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	19,64		25,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel: Selten spezifische Komplikationen

Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/HEP/54018

Referenzbereich: <= 11,06% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			66 / 1.440	4,58%
Vertrauensbereich				3,62% - 5,79%
Referenzbereich		<= 11,06%		<= 11,06%

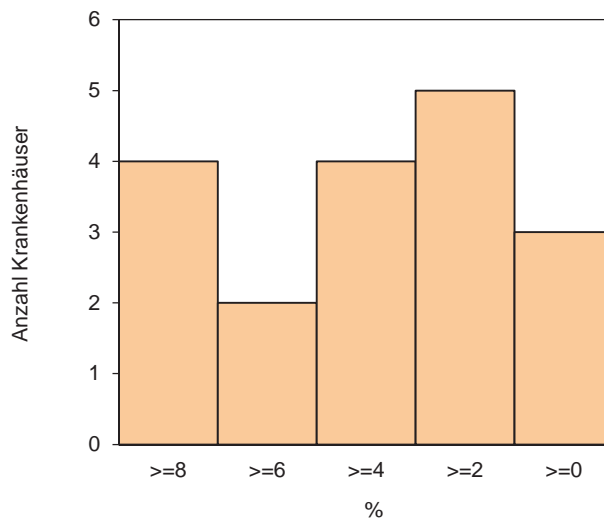
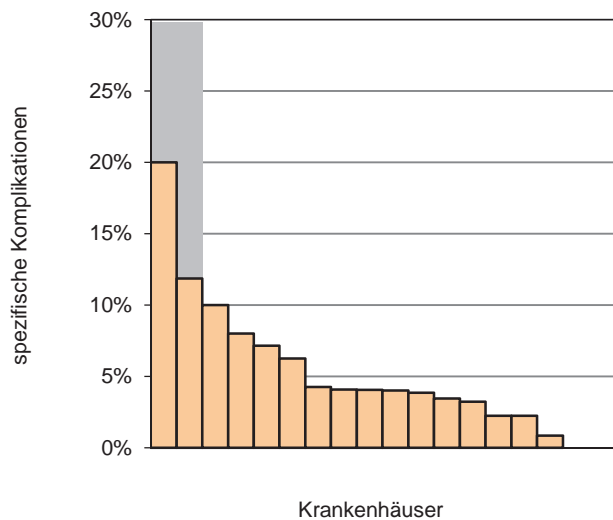
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			70 / 1.437	4,87%
Vertrauensbereich				3,87% - 6,11%

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.

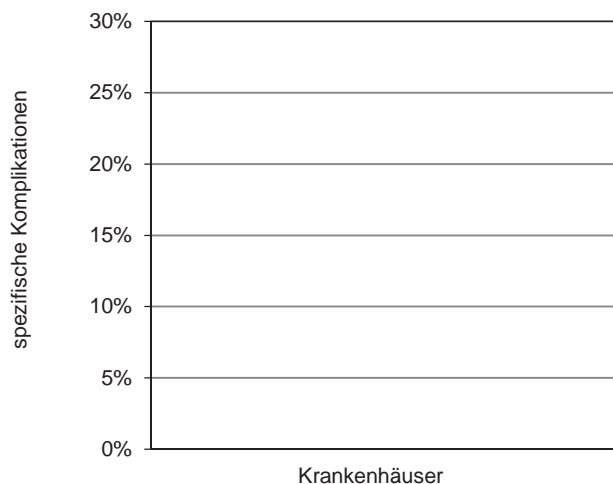
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2019/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 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		0,00	2,24	4,03	7,14	11,85		20,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			0,00

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: 2019/HEP/54019
Referenzbereich: <= 7,45% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			105 / 4.139	2,54%
Vertrauensbereich				2,10% - 3,06%
Referenzbereich		<= 7,45%		<= 7,45%

Vorjahresdaten²	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%

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

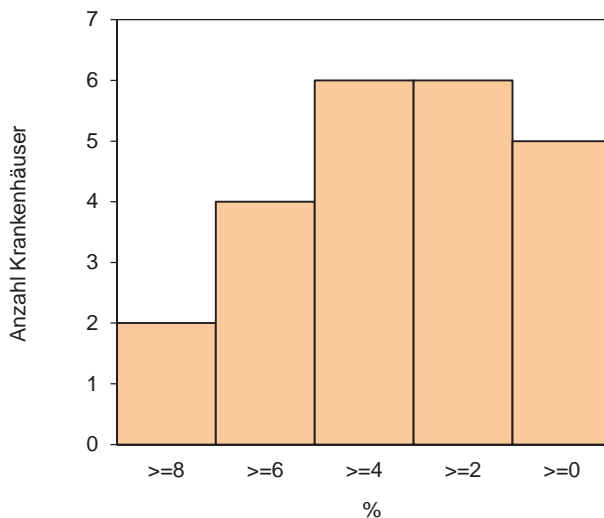
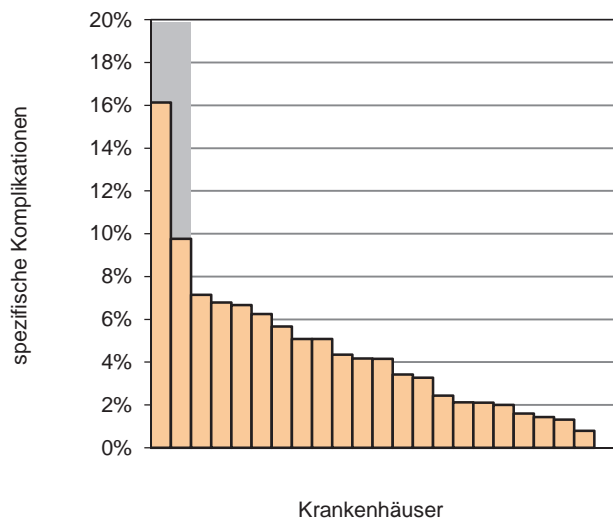
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/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:

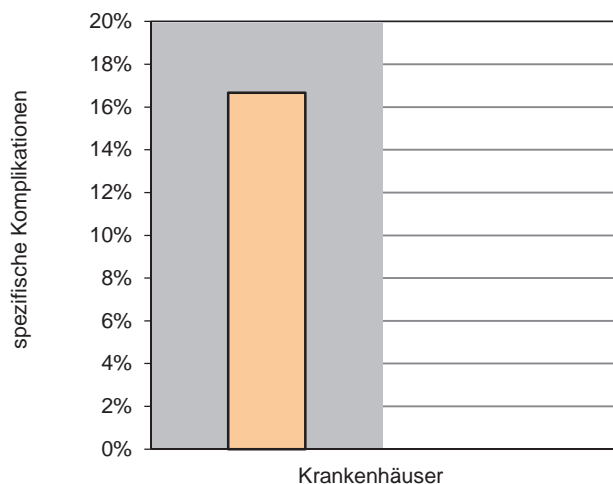
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,79	1,32	2,00	4,15	6,25	7,14	9,76	16,13

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				8,33				16,67

1 Krankenhaus hat 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: 2019/HEP/54120

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 2,25 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		66 / 914 7,22%
vorhergesagt (E) ³		102,97 / 914 11,27%
O - E		-4,04%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E ⁴		0,64
Vertrauensbereich		0,51 - 0,81
Referenzbereich	<= 2,25	<= 2,25

¹ 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

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.

⁴ 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 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²		
beobachtet (O) ³		79 / 1.071 7,38%
vorhergesagt (E) ⁴		116,30 / 1.071 10,86%
O - E		-3,48%
O/E ⁵		0,68
Vertrauensbereich		0,55 - 0,84

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt 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.

⁴ 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.

⁵ 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.

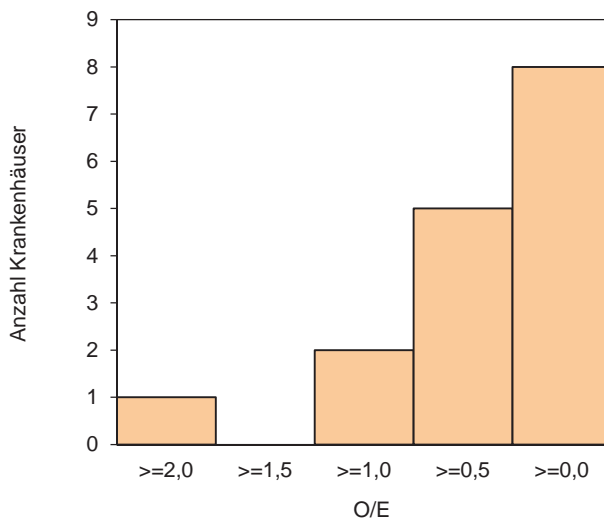
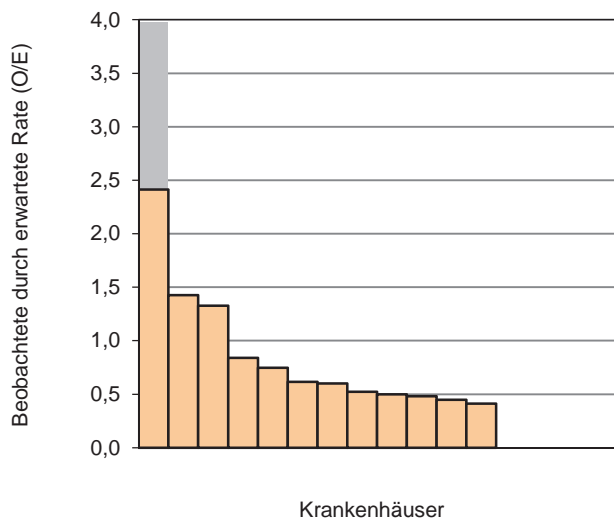
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2019/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:

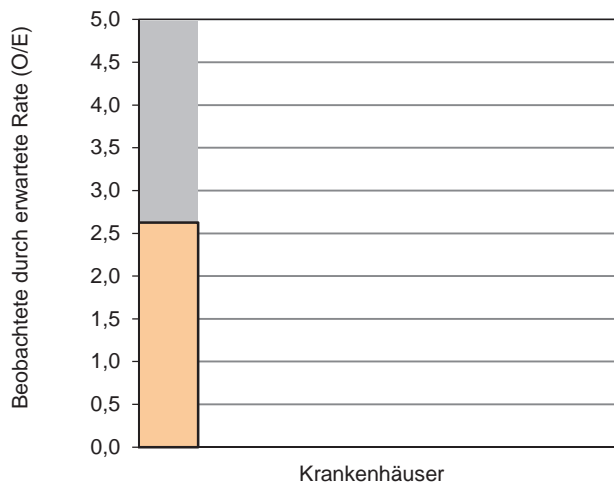
16 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,21	0,51	0,79	1,42		2,41

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	0,00			2,63

2 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: 2019/HEP/191800_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O) ¹		38 / 914 4,16%
vorhergesagt (E) ²		43,54 / 914 4,76%
O - E		-0,61%

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 2019	Gesamt 2019
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
O/E ³ Vertrauensbereich		0,87 0,64 - 1,19

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 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O) ²		35 / 1.071 3,27%
vorhergesagt (E) ³		48,92 / 1.071 4,57%
O - E		-1,30%
O/E ⁴ Vertrauensbereich		0,72 0,52 - 0,99

¹ Die Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte wurde in der QIDB nicht definiert.

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.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat zur erwarteten Rate.

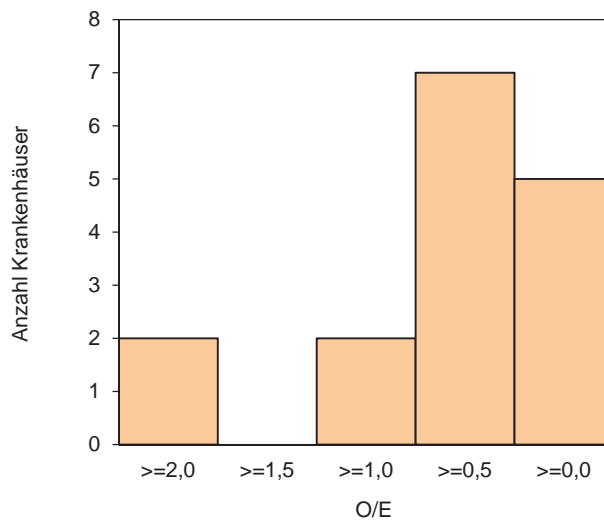
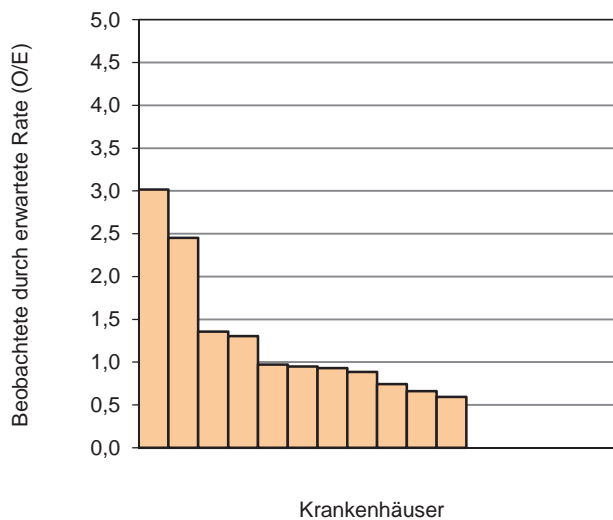
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

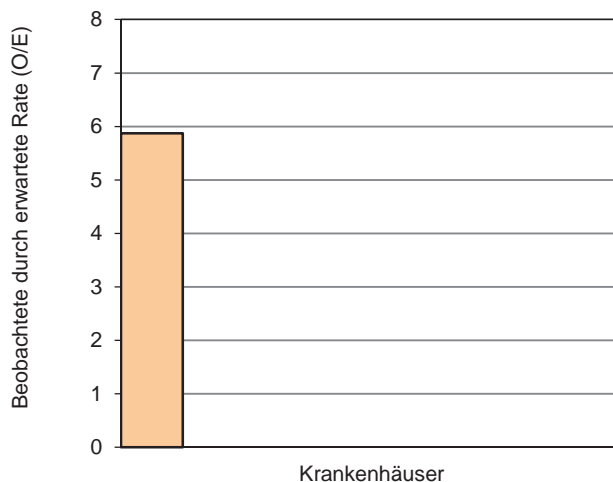
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_KKez_191800_54120, Kennzahl-ID 2019/HEP/191800_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 1)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 16 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	0,81	1,14	2,45		3,02

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	0,00			5,87

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 2: Weichteilkomplikationen

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

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2019/HEP/191801_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		28 / 876 3,20%
vorhergesagt (E) ³		59,69 / 876 6,81%
O - E		-3,62%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E ⁴ Vertrauensbereich		0,47 0,33 - 0,67

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.

⁴ 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 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²		
beobachtet (O) ³		44 / 1.036 4,25%
vorhergesagt (E) ⁴		67,64 / 1.036 6,53%
O - E		-2,28%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		0,65 0,49 - 0,87

¹ Die Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte wurde in der QIDB nicht definiert.

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.

⁴ 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.

⁵ 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.

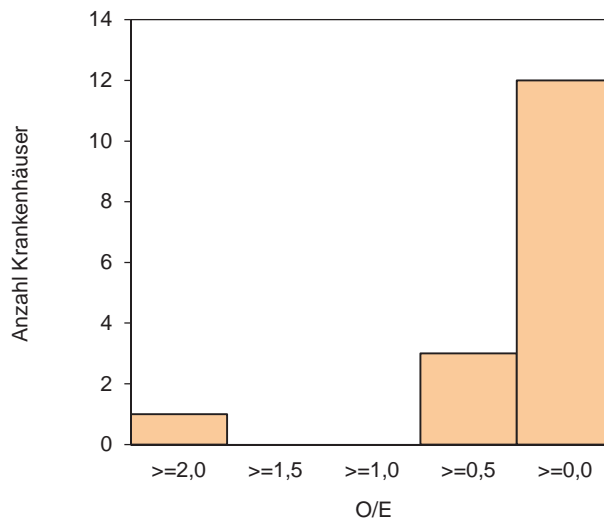
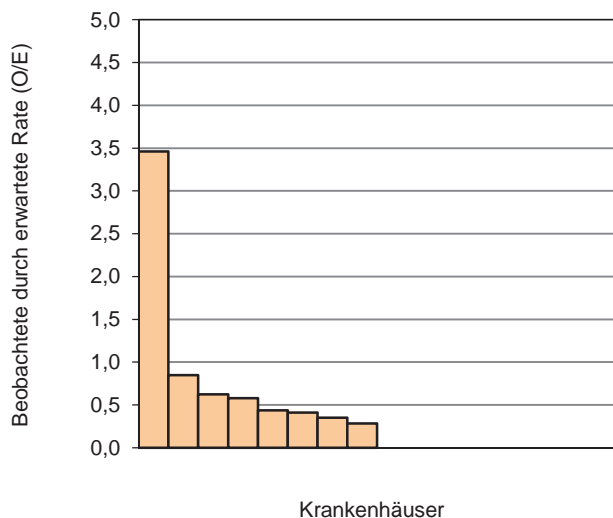
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

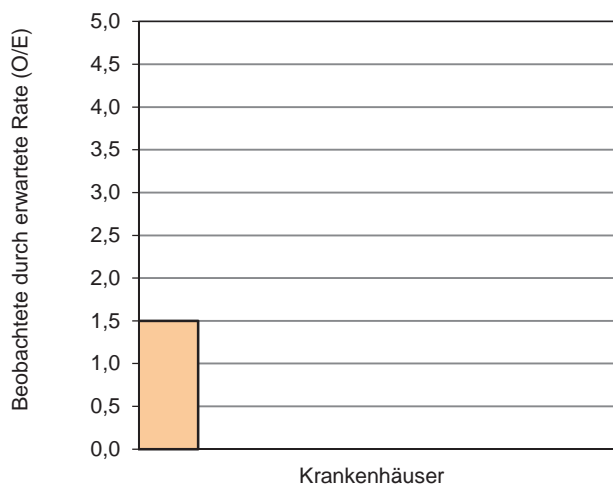
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c_KKez_191801_54120, Kennzahl-ID 2019/HEP/191801_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 2)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 16 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	0,14	0,51	0,85		3,46

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	0,00			1,50

2 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 Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Indikator-ID: 2019/HEP/54010

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			4.030 / 4.117	97,89% 97,40% - 98,28%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und 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%

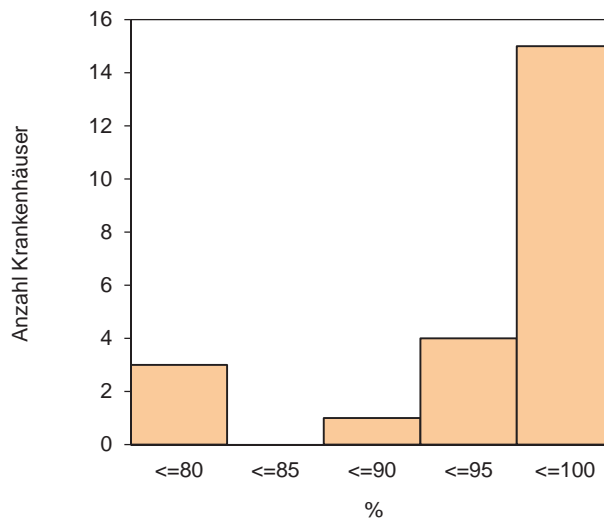
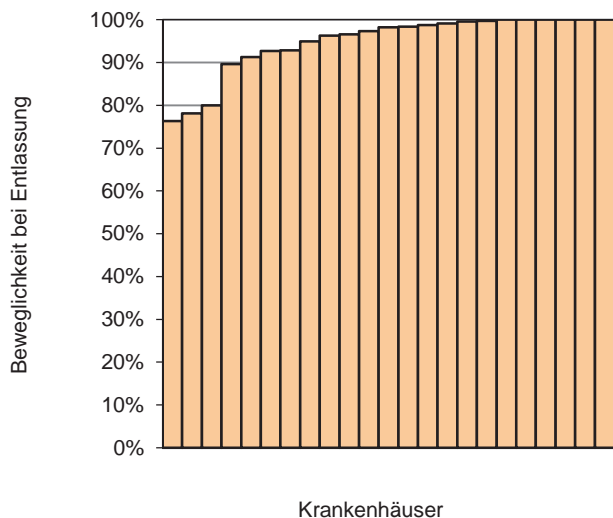
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7_TKez_54010, Kennzahl-ID 2019/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:

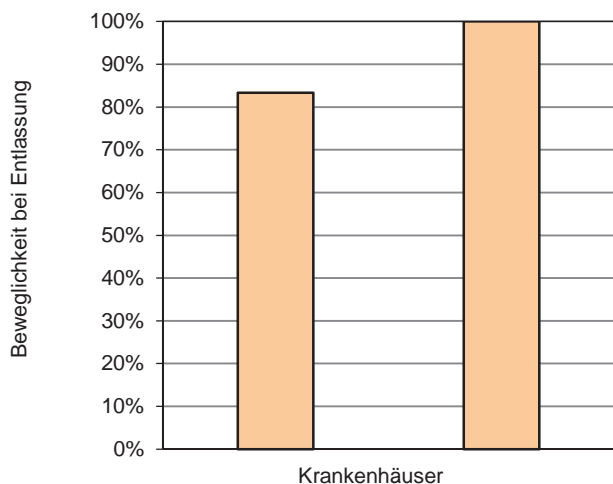
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,34	78,13	80,00	92,68	98,25	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
	83,33				91,67				100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und 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 2019			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2019			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	3.717 / 3.785 98,20%	85 / 91 93,41%	157 / 163 96,32%	71 / 78 91,03%

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: Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und 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: 2019/HEP/54012

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 2,25 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²		200 / 5.741 3,48%
vorhergesagt (E) ³		232,45 / 5.741 4,05%
O - E		-0,57%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E ⁴	█	0,86
Vertrauensbereich		0,75 - 0,99
Referenzbereich	<= 2,25	<= 2,25

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


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

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

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

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

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ³		205 / 6.503 3,15%
vorhergesagt (E) ⁴		216,17 / 6.503 3,32%
O - E		-0,17%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		0,95 0,83 - 1,08

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

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

⁴ KKez E_54012: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

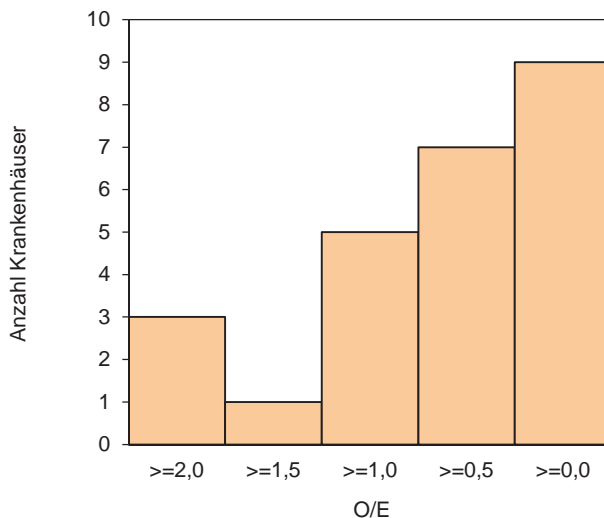
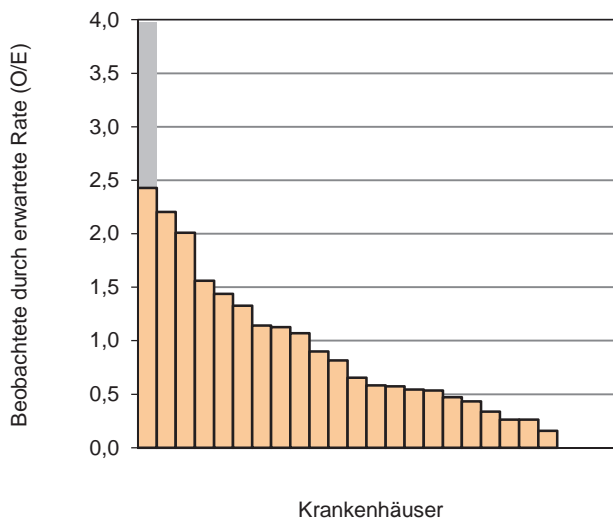
⁵ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

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

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

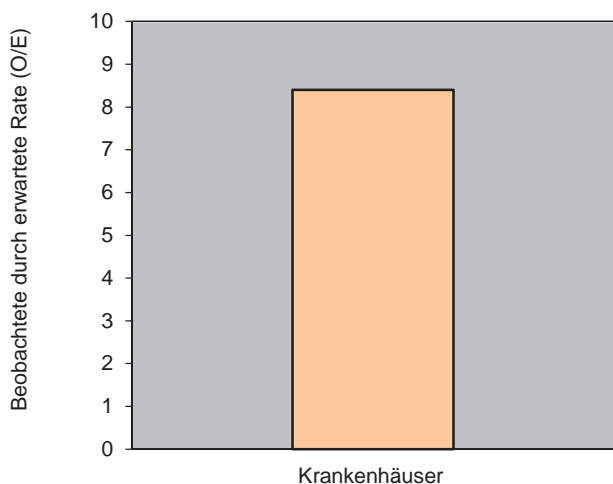
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 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	0,34	0,58	1,14	2,01	2,20	2,43

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,40				8,40				8,40

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1: Alle Patientinnen und 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 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patientinnen und Patienten			5.541 / 5.741	96,52%
Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit ¹ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patientinnen und Patienten)			200 / 5.741	3,48%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur)			150 / 1.112	13,49%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)			17 / 3.927	0,43%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)			33 / 702	4,70%

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

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen).
 Nicht im Indikator eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/HEP/54013

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patientinnen und Patienten			1 / 3.703	1,00 Fälle 0,03%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patientinnen und Patienten			0 / 4.496	0,00 Fälle 0,00%

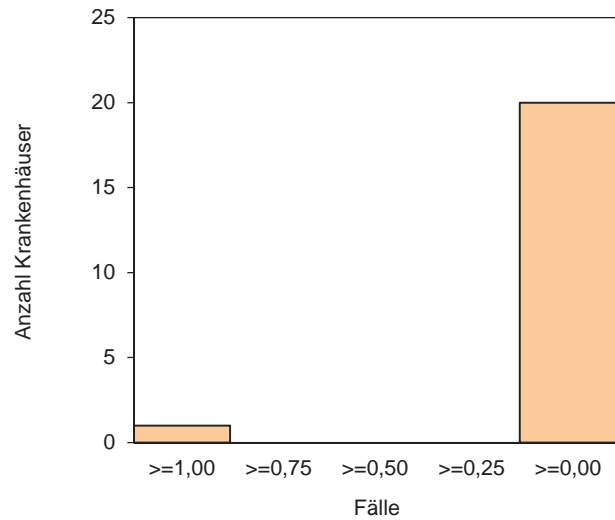
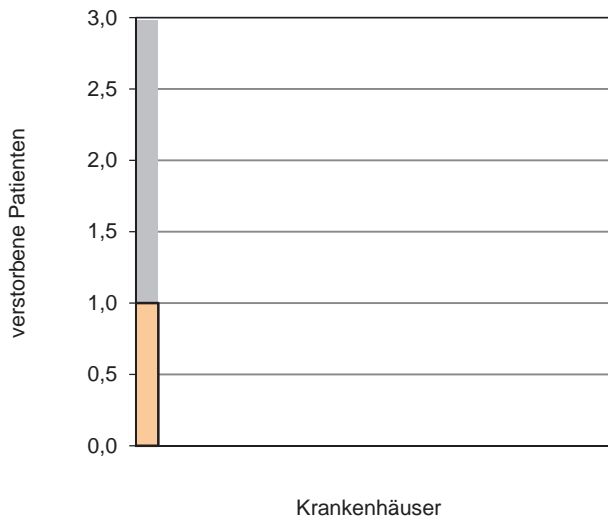
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2019/HEP/54013]:

Anzahl verstorbener Patientinnen und Patienten von allen Patientinnen und Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen). Nicht im Indikator eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

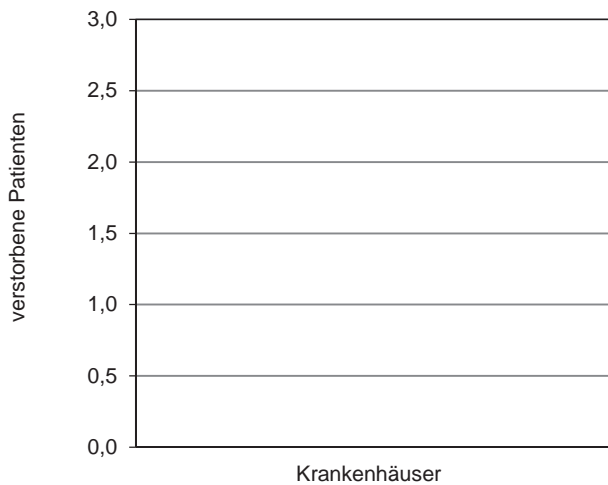
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,00	0,00	1,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Kennzahl: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an
 Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Indikator-ID: 2019/HEP/191914

**Methode der
 Risikoadjustierung:** Logistische Regression

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		92 / 1.431 6,43%
vorhergesagt (E) ²		83,45 / 1.431 5,83%
O - E		0,60%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³ Vertrauensbereich		1,10 0,90 - 1,34

¹ KKez O_191914: Beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten

² KKez E_191914: Erwartete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 191914.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten zu der erwarteten Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ²		68 / 1.431 4,75%
vorhergesagt (E) ³		80,61 / 1.431 5,63%
O - E		-0,88%
O/E ⁴		0,84
Vertrauensbereich		0,67 - 1,06

¹ Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet

² KKez O_191914: Beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten

³ KKez E_191914: Erwartete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 191914.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten zu der erwarteten Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

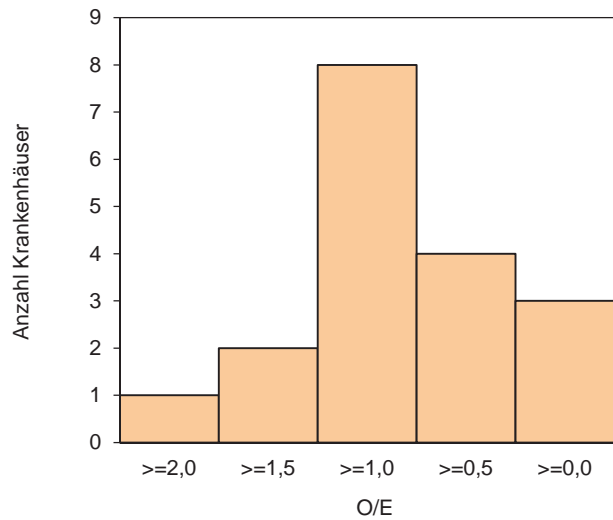
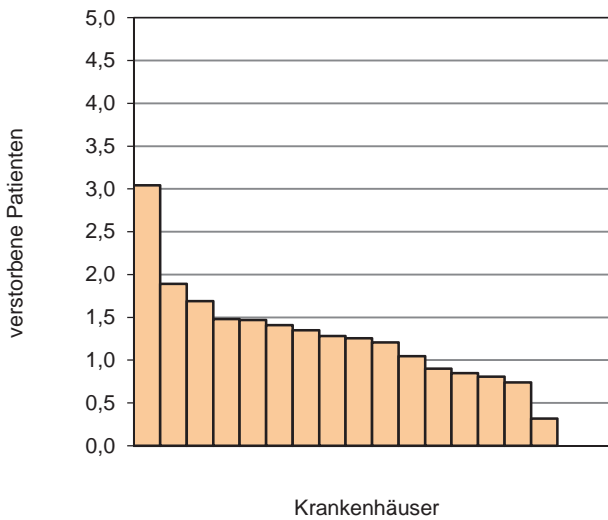
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10_TKez_191914, Indikator-ID 2019/HEP/191914]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

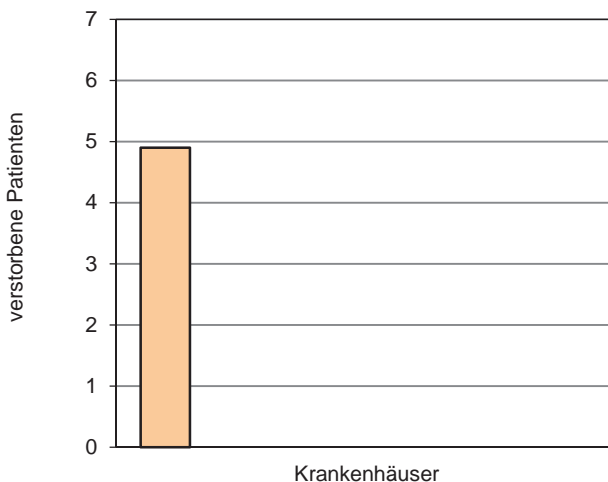
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,81	1,23	1,47	1,89		3,04

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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			4,90

3 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: Selten 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 Patientinnen und Patienten, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator (Follow-up)

Indikator-ID: 2019/HEP/10271

Referenzbereich: <= 2,83 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Auswertungszeitpunkt: 2019	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³		80 / 4.875
vorhergesagt (E) ⁴		72,71 / 4.875
O/E ⁵		1,10
Vertrauensbereich		0,88 - 1,36
Referenzbereich	<= 2,83	<= 2,83

Auswertungszeitpunkt: 2018 ⁶	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³		82 / 4.941
vorhergesagt (E) ⁴		75,05 / 4.941
O/E ⁵		1,09
Vertrauensbereich		0,87 - 1,35

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 Patientinnen und 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 2018. 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 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.

⁴ KKez E_10271: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 10271

⁵ 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.

⁶ 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, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

AK-ID: 2019/HEP/850152

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde ¹			29 / 91	31,87%
Vertrauensbereich				23,20% - 42,01%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde			26 / 69	37,68%
Vertrauensbereich				27,18% - 49,48%

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.

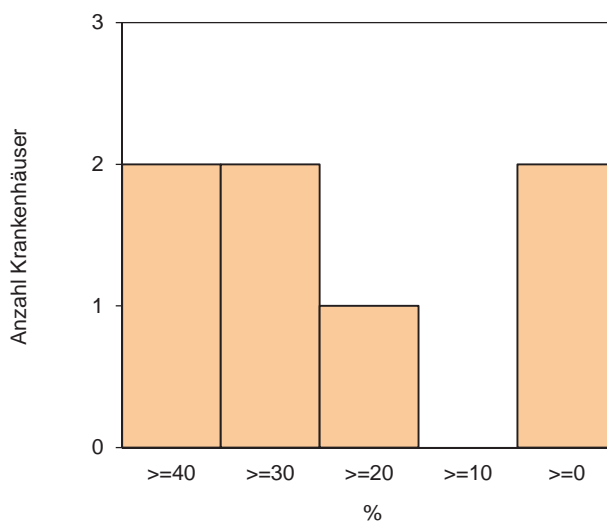
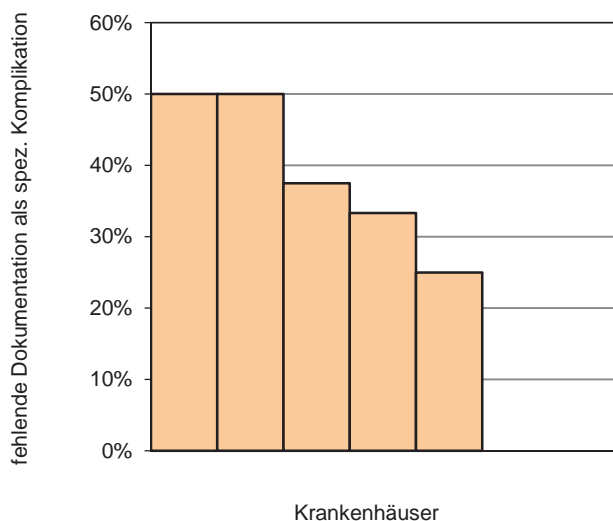
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850152, AK-ID 2019/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, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

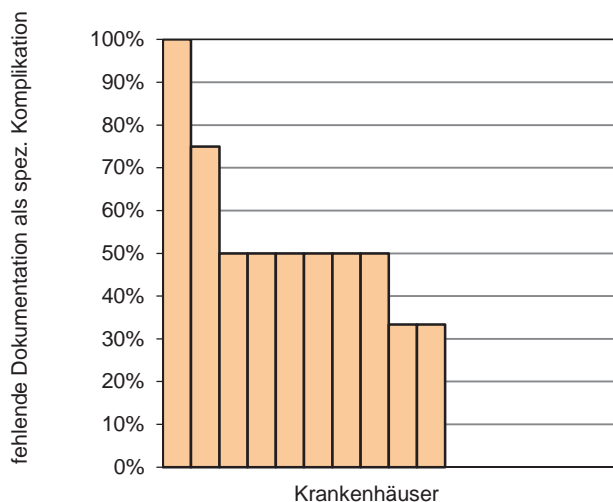
7 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	33,33	50,00			50,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 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	41,67	50,00	75,00		100,00

3 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: 2019/HEP/850151

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹			22 / 60	36,67%
Vertrauensbereich				25,62% - 49,32%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			32 / 82	39,02%
Vertrauensbereich				29,18% - 49,85%

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

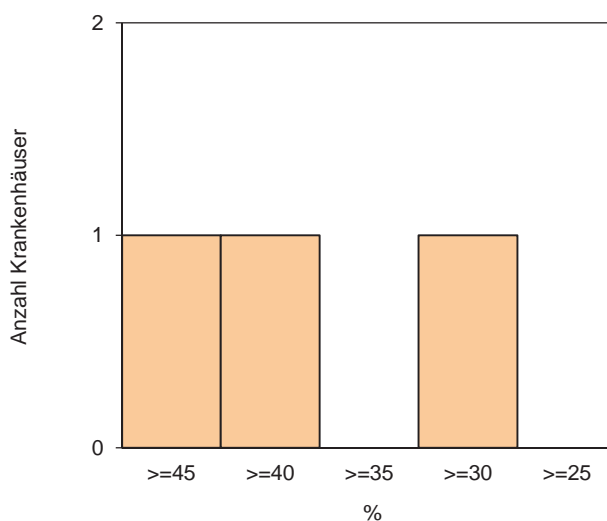
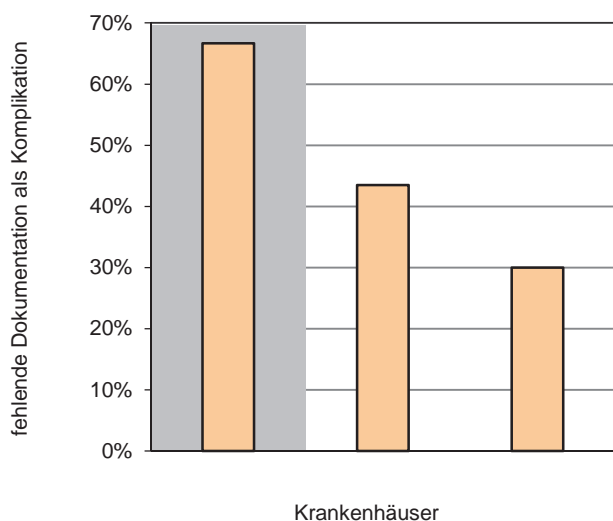
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_850151, AK-ID 2019/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:

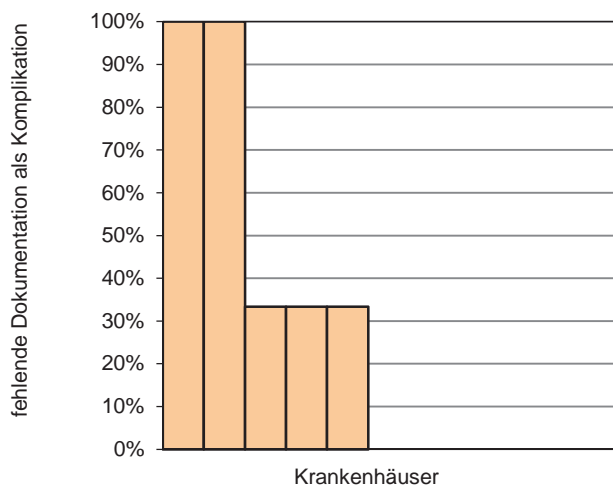
3 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,00				43,48				66,67

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 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	33,33	100,00		100,00

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit mehr als einer OP

AK-ID: 2019/HEP/851804

Referenzbereich: < 3,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	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 Referenzbereich		< 3,00 Fälle	25 / 97	25,00 Fälle < 3,00 Fälle

Vorjahresdaten¹	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			35 / 86	35,00 Fälle

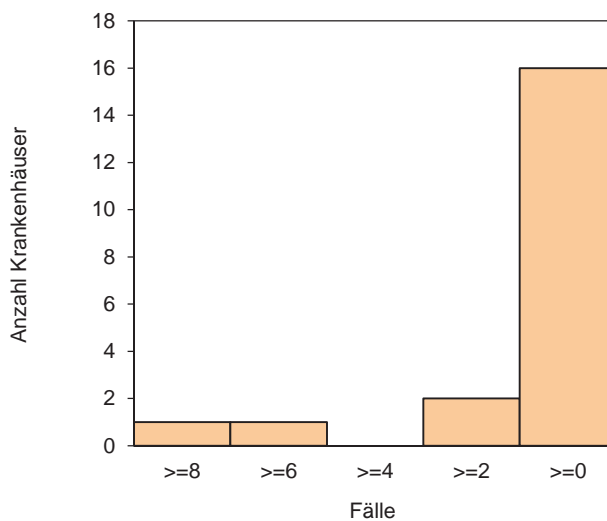
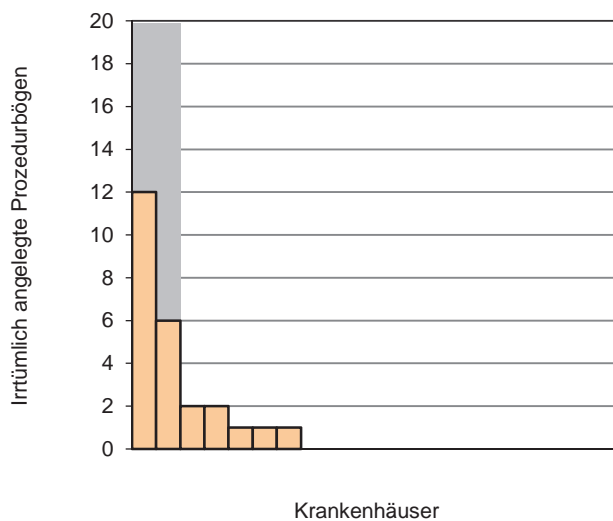
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_851804, AK-ID 2019/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 von allen Fällen mit mehr als einer OP

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

20 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	4,00	9,00	12,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Auffälligkeitskriterium: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer


Grundgesamtheit: Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postop. Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer

AK-ID: 2019/HEP/851905

Referenzbereich: < 100,00%

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			189 / 265	71,32% 65,60% - 76,43% < 100,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen Vertrauensbereich			294 / 391	75,19% 70,68% - 79,21%

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

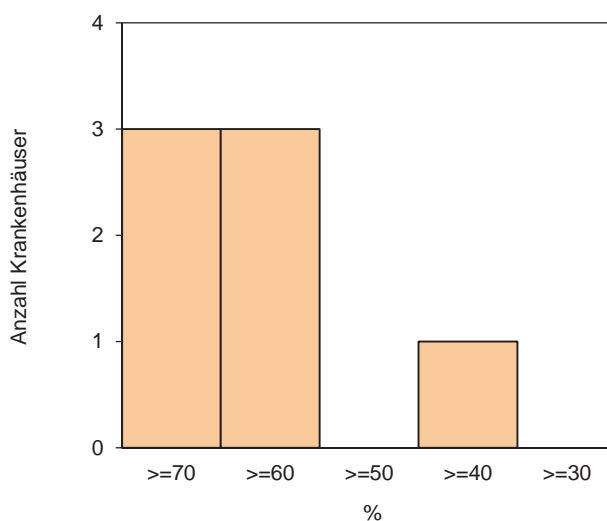
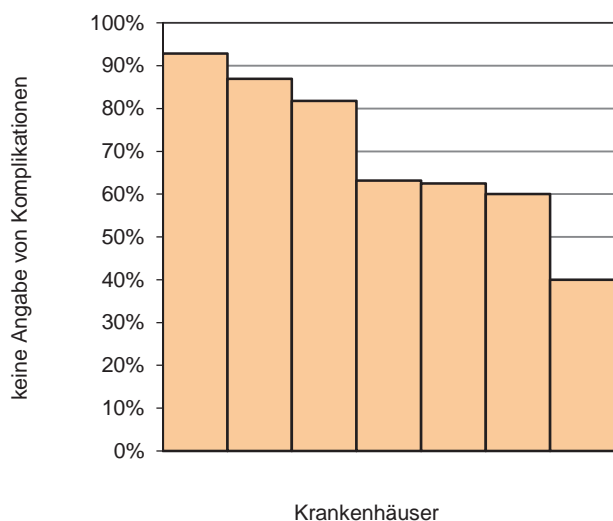
² AK im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_851905, AK-ID 2019/HEP/851905]:

Anteil von Eingriffen ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen an allen elektiven Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postop. Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

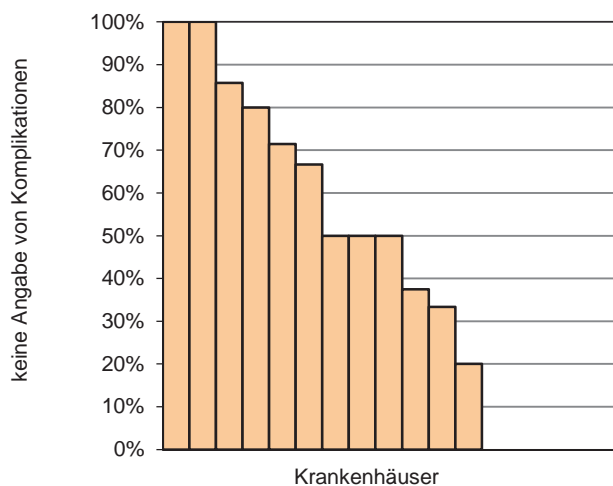
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,00			60,00	63,16	86,92			92,86

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 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	50,00	71,43	100,00		100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

Grundgesamtheit: Alle hüftendoprothetischen Eingriffe mit übermittelter OPS-Seitenlokalisierung, die nicht die OPS-Seitenlokalisationsangabe "beidseitig" (B) tragen

AK-ID: 2019/HEP/851906

Referenzbereich: <= 3,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 10271

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung ¹			30 / 6.491	0,46%
Vertrauensbereich				0,32% - 0,66%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung			36 / 7.228	0,50%
Vertrauensbereich				0,36% - 0,69%

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 50 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

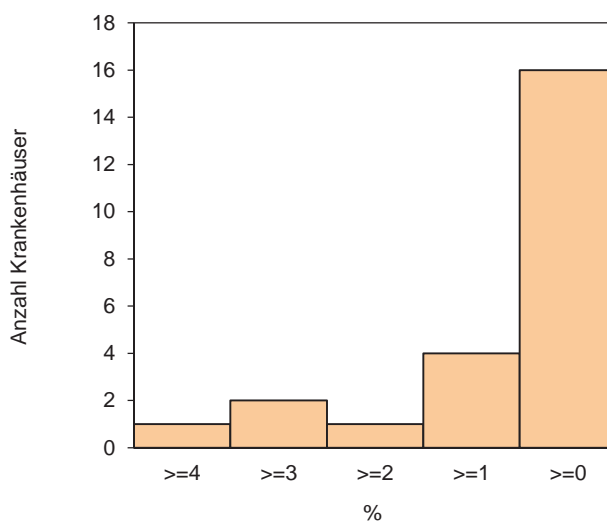
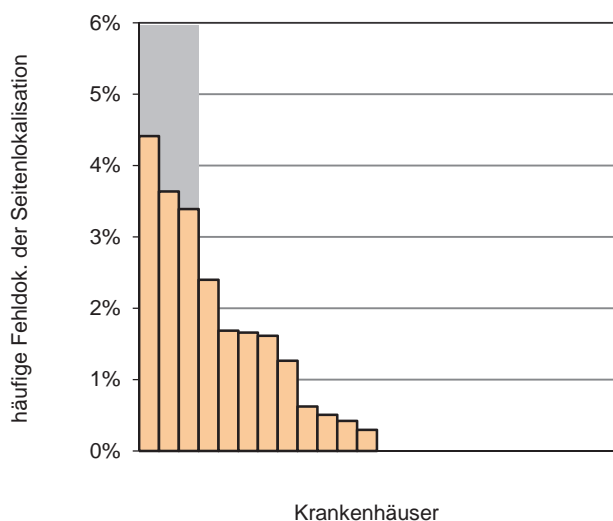
² AK im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_851906, AK-ID 2019/HEP/851906]:

Anteil von Eingriffen mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisation zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisation an allen Hüftendoprothetischen Eingriffen mit übermittelter OPS-Seitenlokalisation, die nicht die OPS-Seitenlokalisationsangabe „Beidseitig“ (B) tragen

Krankenhäuser mit mindestens 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

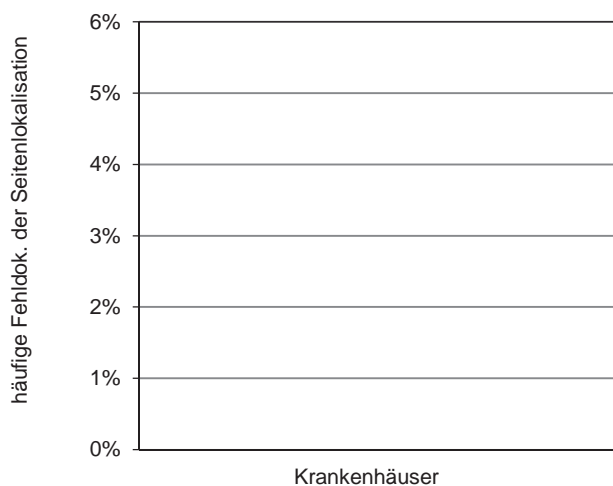
24 Krankenhäuser haben mindestens 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	1,64	3,39	3,64	4,41

Krankenhäuser mit weniger als 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 50 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und
 - anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz)
 - innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

AK-ID: 2019/HEP/851907

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Eingriffe ohne Angaben zu: - spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen - postoperativen Wundinfektionen ¹ Referenzbereich			10 / 49	10,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Eingriffe ohne Angaben zu: - spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen - postoperativen Wundinfektionen			3 / 39	3,00 Fälle

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

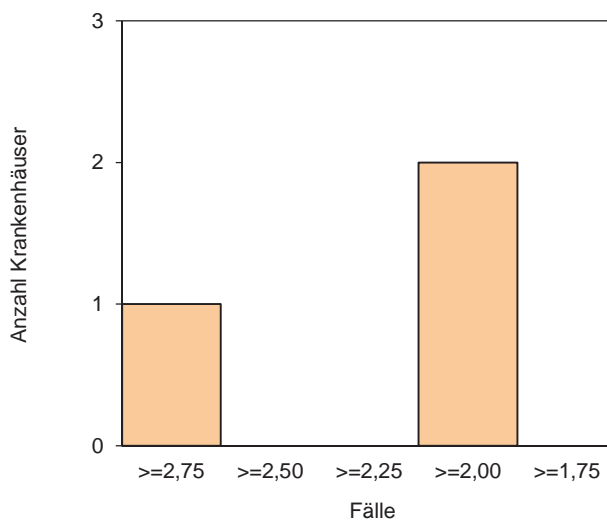
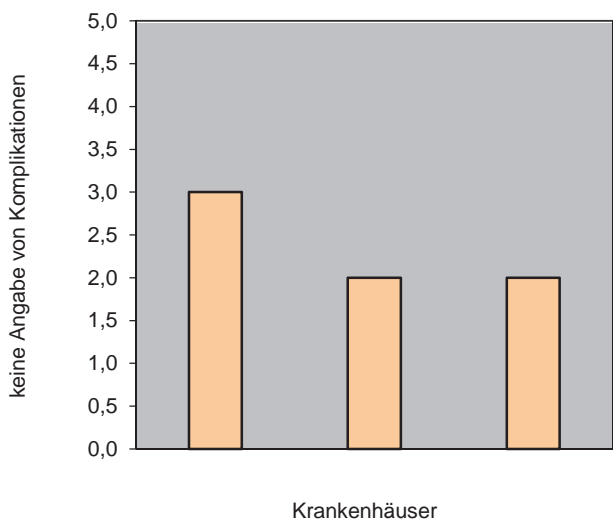
² AK im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851907, AK-ID 2019/HEP/851907]:

Anzahl an Eingriffen ohne Angaben zu spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen oder postoperativen Wundinfektionen von allen Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz) innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

23 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2019 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.394
Datensatzversion: HEP 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18391-L117531-P55157

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.986	31,06	1.962	27,47
2. Quartal			1.741	27,23	1.825	25,55
3. Quartal			1.613	25,23	1.674	23,44
4. Quartal			1.054	16,48	1.682	23,55
Gesamt			6.394		7.143	
Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.440		1.437	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Anzahl der Wechsel			914		1.071	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.394		7.143	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				12,16		12,02
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.493		7.231	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,87		1,86
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.493		7.231	
Median				7,00		7,00
Mittelwert				10,54		10,33

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
5	D62	Akute Blutungsanämie
6	R26.3	Immobilität
7	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
8	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				M16.1	3.308	51,74	M16.1	3.618	50,65
2				I10.00	2.273	35,55	I10.00	2.273	31,82
3				U50.00	1.239	19,38	U50.00	1.767	24,74
4				S72.01	1.208	18,89	M65.95	1.392	19,49
5				D62	913	14,28	M25.75	1.257	17,60
6				R26.3	756	11,82	S72.01	1.182	16,55
7				M25.75	698	10,92	R26.3	790	11,06
8				Z92.1	656	10,26	D62	735	10,29

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 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 2019¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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	5-800.4g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk
5	5-782.ad	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Becken

OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	2.645	40,74	5-820.00	3.085	42,66
2				5-820.02	1.258	19,37	5-820.02	1.340	18,53
3				5-820.41	1.044	16,08	5-800.4g	1.089	15,06
4				5-800.4g	645	9,93	5-820.41	1.063	14,70
5				5-782.ad	488	7,52	5-800.3g	652	9,02

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			3.176	49,67	3.919	54,86
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			3.216	50,30	3.221	45,09
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			2	0,03	3	0,04
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.394		7.143	
< 50 Jahre			277 / 6.394	4,33	376 / 7.143	5,26
50 - 59 Jahre			792 / 6.394	12,39	947 / 7.143	13,26
60 - 69 Jahre			1.343 / 6.394	21,00	1.546 / 7.143	21,64
70 - 79 Jahre			2.041 / 6.394	31,92	2.323 / 7.143	32,52
80 - 89 Jahre			1.613 / 6.394	25,23	1.633 / 7.143	22,86
>= 90 Jahre			328 / 6.394	5,13	318 / 7.143	4,45
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.394		7.143	
Median				74,00		73,00
Mittelwert				72,02		71,11
Geschlecht						
männlich			2.411	37,71	2.712	37,97
weiblich			3.912	61,18	4.431	62,03
unbestimmt			71	1,11	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			779	12,18	753	10,54
Gehen am Stück bis 500 m möglich			3.757	58,76	4.630	64,82
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.306	20,43	1.200	16,80
im Zimmer mobil			385	6,02	359	5,03
immobil			167	2,61	201	2,81
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			4.210	65,84	4.917	68,84
Unterarmgehstützen/Gehstock			972	15,20	1.074	15,04
Rollator/Gehbock			974	15,23	885	12,39
Rollstuhl			167	2,61	176	2,46
bettlägerig			71	1,11	91	1,27
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor			4.570	71,47	5.157	72,20
ja, Pflegegrad 1			565	8,84	547	7,66
ja, Pflegegrad 2			350	5,47	194	2,72
ja, Pflegegrad 3			264	4,13	153	2,14
ja, Pflegegrad 4			99	1,55	57	0,80
ja, Pflegegrad 5			20	0,31	20	0,28
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			526	8,23	1.015	14,21

Auslösende OPS-Kodes 2019¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-820.00	2.626	41,07	5-820.00	3.068	42,95
2				5-820.02	1.257	19,66	5-820.02	1.339	18,75
3				5-820.41	1.043	16,31	5-820.41	1.063	14,88
4				5-820.01	470	7,35	5-820.01	500	7,00
5				5-821.25	139	2,17	5-821.25	199	2,79

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozeduren

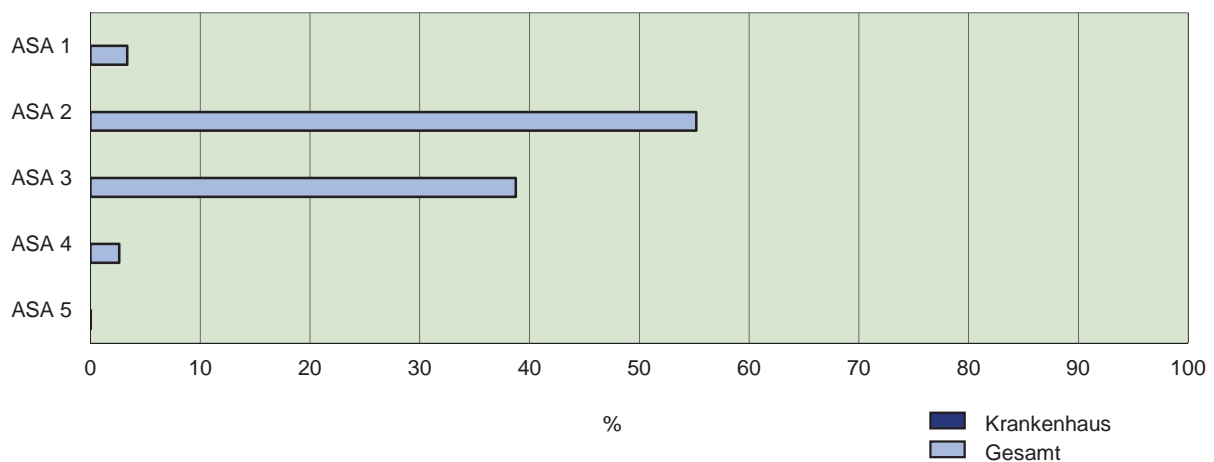
Eingriff

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
zu operierende Seite						
rechts			3.393	52,26	3.759	51,98
links			3.100	47,74	3.472	48,02

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			219	3,37	317	4,38
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.585	55,21	4.209	58,21
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			2.516	38,75	2.541	35,14
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			172	2,65	162	2,24
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			1	0,02	2	0,03

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			6.279	96,70	6.968	96,36
bedingt aseptische Eingriffe			31	0,48	40	0,55
kontaminierte Eingriffe			9	0,14	11	0,15
septische Eingriffe			174	2,68	212	2,93

Operation

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1.440	22,18	1.437	19,87
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			4.139	63,75	4.723	65,32
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			834	12,84	975	13,48
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			80	1,23	96	1,33
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			6.493		7.231	
Median				67,00		64,00
Mittelwert				77,80		73,95

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk- nahen Femurfrakturen			1.440		1.437	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			72	5,00	75	5,22
vorbestehende Koxarthrose			594	41,25	574	39,94
Frakturereignis war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme ereignete sich erst während des stationären Krankenhaus- aufenthaltes			1.386	96,25	1.379	95,96
			54	3,75	58	4,04
Frakturlokalisierung						
medial			1.360	94,44	1.332	92,69
lateral			37	2,57	49	3,41
pertrochantär			26	1,81	34	2,37
sonstige			17	1,18	22	1,53
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation) Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			63 / 1.360	4,63	87 / 1.332	6,53
unverschoben			141 / 1.360	10,37	82 / 1.332	6,16
verschoben			827 / 1.360	60,81	783 / 1.332	58,78
komplett verschoben			329 / 1.360	24,19	380 / 1.332	28,53

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			1.440		1.437	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			522	36,25	454	31,59
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			44 / 522	8,43	52 / 454	11,45
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure) ¹			260 / 522	49,81	225 / 454	49,56
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)			216 / 522	41,38	157 / 454	34,58
sonstige ¹			17 / 522	3,26	30 / 454	6,61

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen sind die Vorjahreswerte nur eingeschränkt vergleichbar.

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			272	6,57	254	5,38
wenn ja:						
Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor						
ja			63	23,16	71	27,95
nein			209	76,84	183	72,05
Schmerzen						
keine Schmerzen			12	0,29	8	0,17
Belastungsschmerz			730	17,64	670	14,19
Ruheschmerz			3.397	82,07	4.045	85,64

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			3.460	83,60	4.219	89,33
Extension/Flexion Anzahl gültiger Angaben			3.460		4.219	
Winkel Extension (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,16		0,12
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				2,59		2,60
Winkel Flexion (Grad) Median				90,00		90,00
Mittelwert				89,26		88,54
Ab-/Adduktion Anzahl gültiger Angaben			3.460		4.219	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,00		20,00
Mittelwert				16,69		17,01
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,08		0,14
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				9,82		9,91

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Außen-/Innenrotation Anzahl gültiger Angaben			3.460		4.219	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				15,00		15,00
Mittelwert				15,00		14,85
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,97		1,13
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				5,00		5,00
Mittelwert				6,15		6,22

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Osteophyten						
keine oder fraglich			72	1,74	89	1,88
eindeutig			2.639	63,76	3.048	64,54
große			1.428	34,50	1.586	33,58
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			22	0,53	56	1,19
eindeutig verschmälert			178	4,30	207	4,38
fortgeschritten verschmälert			1.682	40,64	1.711	36,23
aufgehoben			2.257	54,53	2.749	58,20
Sklerose						
keine Sklerose			18	0,43	51	1,08
leichte Sklerose			285	6,89	404	8,55
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.569	62,07	2.944	62,33
Sklerose mit Zysten			1.267	30,61	1.324	28,03
Deformierung						
keine Deformierung			160	3,87	185	3,92
leichte Deformierung			2.173	52,50	2.695	57,06
deutliche Deformierung			1.806	43,63	1.843	39,02

Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein			4.032	97,41	4.621	97,84
ja			107	2,59	102	2,16
wenn ja:						
Erosive Gelenkerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			19 / 107	17,76	25 / 102	24,51
Grad 1: geringe Veränderung			3 / 107	2,80	8 / 102	7,84
Grad 2: definitive Veränderung			12 / 107	11,21	16 / 102	15,69
Grad 3: deutliche Veränderung			29 / 107	27,10	29 / 102	28,43
Grad 4: schwere Veränderung			38 / 107	35,51	19 / 102	18,63
Grad 5: mutilierende Veränderung			6 / 107	5,61	5 / 102	4,90

Atraumatische Femurkopfnekrose

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			4.139		4.723	
Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?¹						
nein			3.096	74,80	-	-
ja			182	4,40	-	-
wenn ja:						
atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation¹						
Stadium 0			34 / 182	18,68	-	-
Stadium I			6 / 182	3,30	-	-
Stadium II			28 / 182	15,38	-	-
Stadium III			26 / 182	14,29	-	-
Stadium IV			88 / 182	48,35	-	-

¹ neues Datenfeld in 2019

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			914		1.071	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen			71	7,77	67	6,26
Belastungsschmerz			188	20,57	156	14,57
Ruhschmerz			655	71,66	848	79,18

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			914		1.071	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			369	40,37	437	40,80
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			196	21,44	213	19,89
durchgeführt, negativ			531	58,10	638	59,57
durchgeführt, positiv			187	20,46	220	20,54

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			914		1.071	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation						
Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			739	80,85	830	77,50
Implantatbruch			22 / 739	2,98	17 / 830	2,05
Implantatabrieb/-verschleiß			64 / 739	8,66	64 / 830	7,71
Implantatfehlage der Pfanne			64 / 739	8,66	78 / 830	9,40
Implantatfehlage des Schafts			26 / 739	3,52	25 / 830	3,01
Lockerung der Pfannenkomponente			246 / 739	33,29	316 / 830	38,07
Lockerung der Schaftkomponente			270 / 739	36,54	267 / 830	32,17
periprotetische Fraktur			118 / 739	15,97	132 / 830	15,90
Endoprothesen(sub)luxation			132 / 739	17,86	134 / 830	16,14
Knochendefekt Pfanne ¹			52 / 739	7,04	85 / 830	10,24
Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors) ¹			28 / 739	3,79	63 / 830	7,59
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			4 / 739	0,54	6 / 830	0,72
periartikuläre Ossifikation			23 / 739	3,11	15 / 830	1,81

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			243	3,74	256	3,54
primäre Implantatfehlage			5 / 243	2,06	5 / 256	1,95
sekundäre Implantatdislokation			13 / 243	5,35	15 / 256	5,86
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen-(sub)luxation			59 / 243	24,28	61 / 256	23,83
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom			50 / 243	20,58	57 / 256	22,27
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			4 / 243	1,65	2 / 256	0,78
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			14 / 243	5,76	11 / 256	4,30
periprothetische Fraktur			65 / 243	26,75	75 / 256	29,30
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			18 / 243	7,41	19 / 256	7,42
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			1 / 243	0,41	2 / 256	0,78
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			41 / 243	16,87	34 / 256	13,28

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			6.493		7.231	
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)						
ja			55	0,85	41	0,57
nein			6.438	99,15	7.190	99,43
wenn ja						
Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			17 / 55	30,91	9 / 41	21,95
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			25 / 55	45,45	20 / 41	48,78
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			13 / 55	23,64	12 / 41	29,27
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			124 / 273	45,42	131 / 280	46,79
nein			149 / 273	54,58	149 / 280	53,21

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			509	7,96	431	6,03
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)			79 / 509	15,52	62 / 431	14,39
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			116 / 509	22,79	98 / 431	22,74
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			7 / 509	1,38	15 / 431	3,48
Lungenembolie			20 / 509	3,93	17 / 431	3,94
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)			22 / 509	4,32	37 / 431	8,58
Schlaganfall			22 / 509	4,32	13 / 431	3,02
akute gastrointestinale Blutung			10 / 509	1,96	9 / 431	2,09
akute Niereninsuffizienz			101 / 509	19,84	95 / 431	22,04
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			245 / 509	48,13	190 / 431	44,08

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten ab 65 Jahren			4.686		5.097	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten						
nein			138 / 4.686	2,94	173 / 5.097	3,39
ja			4.548 / 4.686	97,06	4.924 / 5.097	96,61
Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)						
nein			176 / 4.686	3,76	166 / 5.097	3,26
ja			4.510 / 4.686	96,24	4.931 / 5.097	96,74

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			5.843	91,38	6.671	93,39
Extension/Flexion						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.051		4.573	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,04		0,02
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,03		0,03
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				89,78		89,70

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			338	5,29	211	2,95
Gehen am Stück bis 500 m möglich			1.059	16,56	955	13,37
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			4.506	70,47	5.510	77,14
im Zimmer mobil			309	4,83	297	4,16
immobil			75	1,17	100	1,40
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			74	1,16	102	1,43
Unterarmgehstützen/Gehstock			4.833	75,59	5.630	78,82
Rollator/Gehbock			1.228	19,21	1.177	16,48
Rollstuhl			115	1,80	120	1,68
bettlägerig			37	0,58	44	0,62

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
01: regulär beendet			3.142	49,14	3.219	45,07
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			128	2,00	140	1,96
03: aus sonstigen Gründen			5	0,08	26	0,36
04: gegen ärztlichen Rat			30	0,47	27	0,38
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,02	0	0,00
06: Verlegung			364	5,69	424	5,94
07: Tod			112	1,75	82	1,15
08: Verlegung nach § 14			8	0,13	6	0,08
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.398	37,50	3.024	42,34
10: in Pflegeeinrichtung			181	2,83	167	2,34
11: in Hospiz			2	0,03	3	0,04
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,06	2	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	2	0,03
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			14	0,22	14	0,20
22: Fallabschluss			5	0,08	7	0,10
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|---|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär 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 |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke
der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 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 | |

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			6.394		7.143	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550.-)¹			643	10,06	-	-
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.191	18,63	1.245	17,43
Dienstag			1.260	19,71	1.398	19,57
Mittwoch			1.244	19,46	1.476	20,66
Donnerstag			1.036	16,20	1.153	16,14
Freitag			1.120	17,52	1.235	17,29
Samstag			368	5,76	442	6,19
Sonntag			175	2,74	194	2,72

¹ neues Datenfeld in 2019

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 2019.

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 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 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.

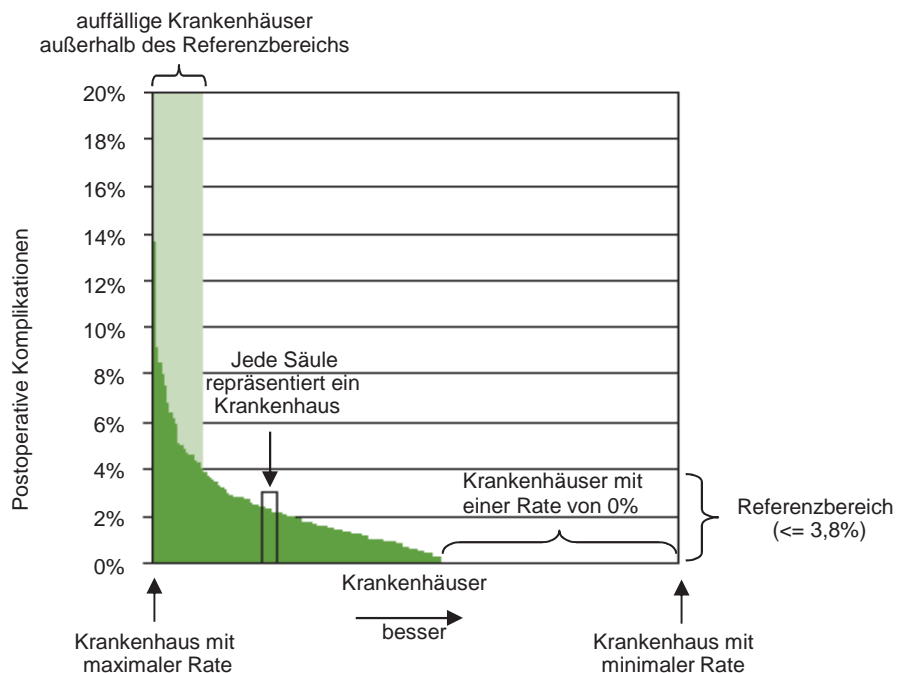
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

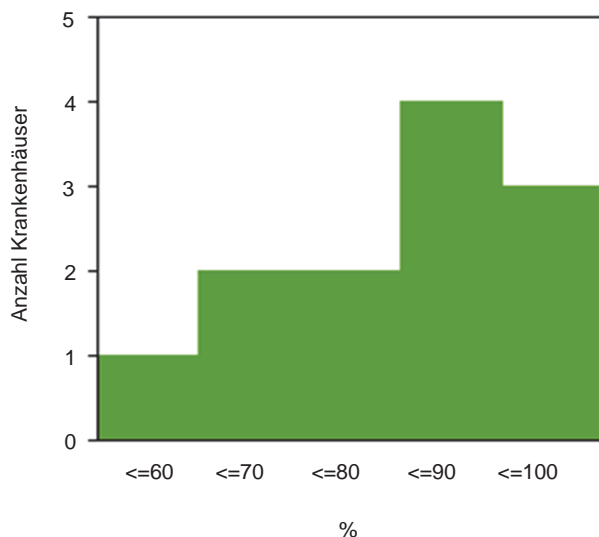
Beispiel:

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.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

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 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. 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.