

Jahresauswertung 2017 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 14.036
Datensatzversion: HEP 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17396-L110138-P53005

Jahresauswertung 2017 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 14.036
Datensatzversion: HEP 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17396-L110138-P53005

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2017/HEP/54001 QI 1: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation			98,02%	>= 90,00%	innerhalb	97,30%	10
2017/HEP/54002 QI 2: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			93,25%	>= 86,00%	innerhalb	92,49%	13
2017/HEP/54003 QI 3: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			13,00%	<= 15,00%	innerhalb	15,33%	16
2017/HEP/54004 QI 4: Sturzprophylaxe			96,85%	>= 80,00%	innerhalb	94,69%	19

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

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 5: Allgemeine Komplikationen							
5a: 2017/HEP/54015 bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			9,88%	<= 24,30%	innerhalb	9,57%	21
5b: 2017/HEP/54016 bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation			1,57%	<= 6,03%	innerhalb	1,30%	24
5c: 2017/HEP/54017 bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			5,69%	<= 17,46%	innerhalb	5,45%	27
QI 6: Spezifische Komplikationen							
6a: 2017/HEP/54018 bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			5,07%	<= 11,11%	innerhalb	5,20%	30
6b: 2017/HEP/54019 bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation			2,45%	<= 7,42%	innerhalb	2,93%	30
6c: 2017/HEP/54120 bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			13,66%	<= 29,42%	innerhalb	11,45%	30

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

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2017/HEP/54010 QI 7: Beweglichkeit bei Entlassung			98,45%	>= 95,00%	innerhalb	98,30%	35
2017/HEP/54012 QI 8: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			1,10	<= 2,33	innerhalb	1,02	38
2017/HEP/54013 QI 9: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit			33,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	19,00 Fälle	41
2017/HEP/10271 QI 10: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			1,10	<= 3,73	innerhalb	0,72	43

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

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. 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 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/HEP/850152 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen			60,60%	<= 80,00%	innerhalb	59,74%	44
2017/HEP/850151 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur			33,62%	<= 50,00%	innerhalb	29,09%	46

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 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Indikatoren und Kennzahlen ohne Referenzbereich

Die Berechnung dieser Kennzahlen findet auf Grundlage der Rechenregeln der QIDB 2017 statt.

Nach dem Verständnis des IQTIG müssen Qualitätsindikatoren, sofern sie sich nicht in der Erprobung befinden, grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Anderenfalls werden sie als Kennzahlen bezeichnet (siehe in dem vom IQTIG hinterlegten QIDB-2016-Positionspapier "Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich"). Durch technische Umstellungen bei der Bundesauswertungsstelle sind in der QIDB 2017 sowohl Qualitätsindikatoren als auch Kennzahlen ohne Angabe eines Referenzbereiches abgebildet. Erläuterungen zu diesen Indikatoren und Kennzahlen finden Sie in der QIDB 2017 im Anhang "Historie der Qualitätsindikatoren".

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden in dieser Auswertung auch Kennzahlen ohne Referenzbereich berechnet und zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die in den Vorjahren noch gültigen Indikator-IDs sind dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

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

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

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

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

Planungsrelevante Indikatoren

Die QIDB 2017 beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende 11 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

Qualitätsindikator 1: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen¹

Indikator-ID: 2017/HEP/54001

Referenzbereich: >= 90,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien²				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score ³				
0 Punkte			7 / 9.755	0,07%
1 - 2 Punkte			11 / 9.755	0,11%
3 - 4 Punkte			176 / 9.755	1,80%
5 - 9 Punkte			7.009 / 9.755	71,85%
10 Punkte			2.552 / 9.755	26,16%
5 - 10 Punkte			9.561 / 9.755	98,01%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ³				
Grad 0			3 / 9.755	0,03%
Grad 1			19 / 9.755	0,19%
Grad 2			51 / 9.755	0,52%
Grad 3			54 / 9.755	0,55%
Grad 4			38 / 9.755	0,39%
Grad 5			3 / 9.755	0,03%
Schmerzen*				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			1.959 / 9.755	20,08%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			7.763 / 9.755	79,58%

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

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

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturrenden (Pseudarthrose) und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah) Vertrauensbereich Referenzbereich			9.562 / 9.755	98,02%
		>= 90,00%	97,73% - 98,28%	>= 90,00%

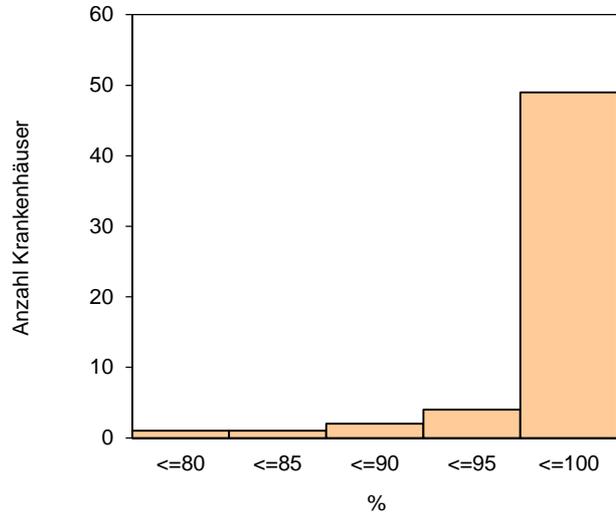
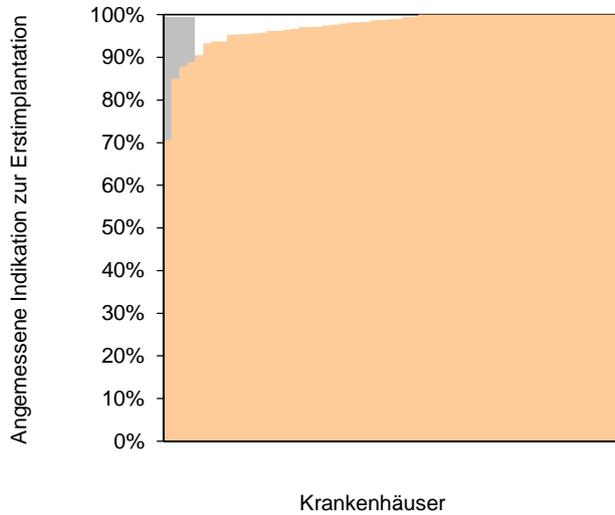
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturrenden (Pseudarthrose) und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah) Vertrauensbereich			9.249 / 9.506	97,30%
			96,95% - 97,60%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2017/HEP/54001]:

Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen unter Ausschluss von Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

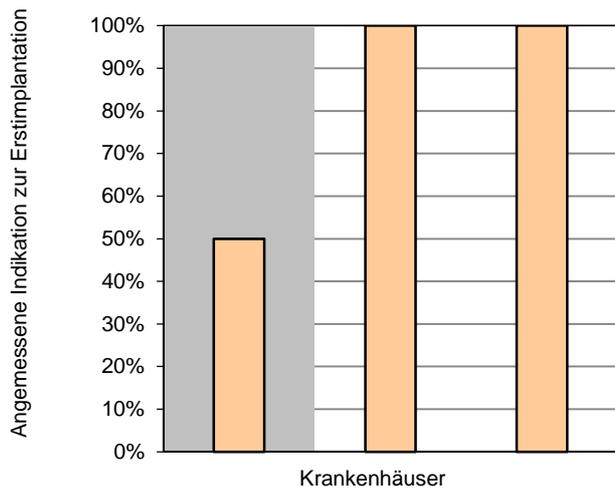
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,59	87,91	93,33	96,25	98,94	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien
Grundgesamtheit:	Alle Hüftendoprothesen-Wechsel ¹
Indikator-ID:	2017/HEP/54002
Referenzbereich:	>= 86,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			556 / 1.630	34,11%
Patienten mit Ruheschmerz			862 / 1.630	52,88%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch			36 / 1.630	2,21%
Implantatabrieb/-verschleiß			224 / 1.630	13,74%
Implantatfehlage der Pfanne			123 / 1.630	7,55%
Implantatfehlage des Schaftes			48 / 1.630	2,94%
Lockerung der Pfannenkomponente			337 / 1.630	20,67%
Lockerung der Schaftkomponente			322 / 1.630	19,75%
Osteolyse der Pfanne			153 / 1.630	9,39%
Osteolyse des Femurs			109 / 1.630	6,69%
periprothetischer Fraktur			210 / 1.630	12,88%
Endoprothesen(sub)luxation			190 / 1.630	11,66%
großer Knochendefekt Pfanne			113 / 1.630	6,93%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			40 / 1.630	2,45%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			10 / 1.630	0,61%
periartikuläre Ossifikation			48 / 1.630	2,94%

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel			415 / 1.630	25,46%
Patienten mit Entzündungszeichen ¹			510 / 1.630	31,29%
Patienten mit positiven mikrobiologischen Kriterium ²			265 / 1.630	16,26%
Patienten mit Endoprothesen(sub-)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantatabrieb/-verschleiß) oder isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel und (eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) oder mindestens einem Schmerzkriterium ³ und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium* oder erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			1.520 / 1.630	93,25%
Vertrauensbereich				91,93% - 94,37%
Referenzbereich		>= 86,00%		>= 86,00%

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesen(sub- luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantat- abrieb/-verschleiß) oder isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel und (eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Kompli- kation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) oder mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem klinischen/röntgeno- logischen Kriterium ³ oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* oder Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			1.528 / 1.652	92,49% 91,12% - 93,67%

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2017 kann die Darstellung der Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2016 abweichen.

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, Implantatfehlhage des Schafts, Implantatfehlhage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente,
 Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) oder Periarikuläre Ossifikation

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

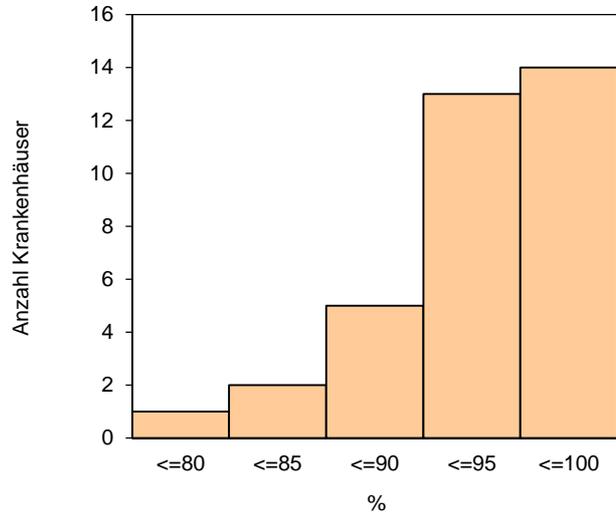
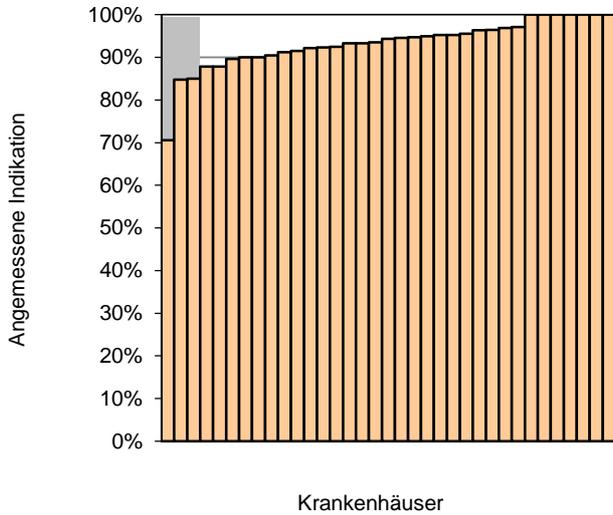
** Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2017/HEP/54002]:

Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Wechseln unter Ausschluss von Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

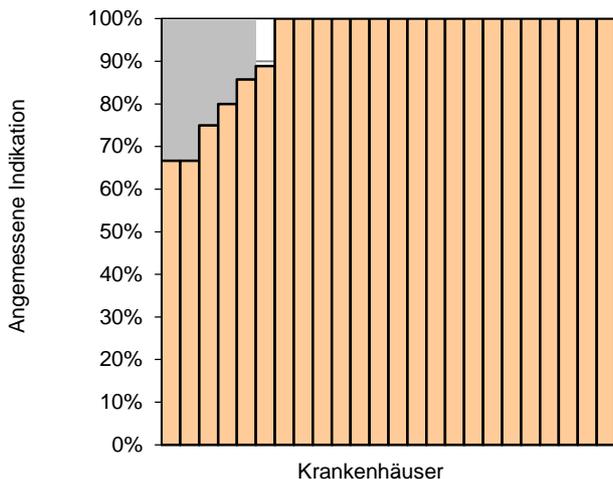
35 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,59	84,81	87,88	90,48	94,34	96,88	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67	66,67	75,00	94,44	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer

Grundgesamtheit: Eingriffe bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur¹

Indikator-ID: 2017/HEP/54003

Referenzbereich: <= 15,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			1.735 / 2.853	60,81%
24 - 48 Stunden			747 / 2.853	26,18%
> 48 Stunden			371 / 2.853	13,00%
Vertrauensbereich				11,82% - 14,29%
Referenzbereich		<= 15,00%		<= 15,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			1.542 / 2.675	57,64%
24 - 48 Stunden			723 / 2.675	27,03%
> 48 Stunden			410 / 2.675	15,33%
Vertrauensbereich				14,01% - 16,74%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2017			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

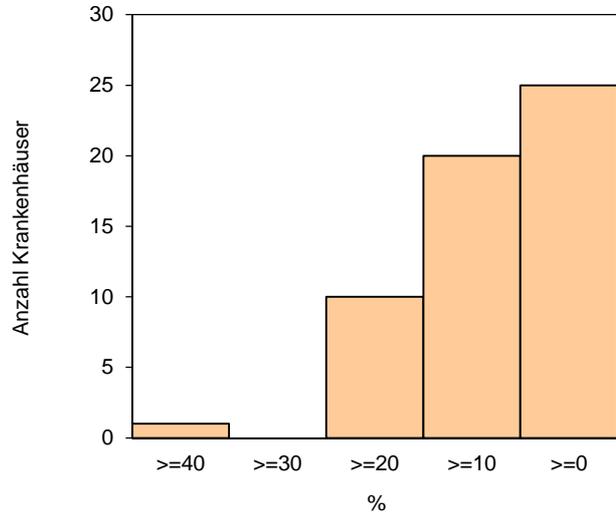
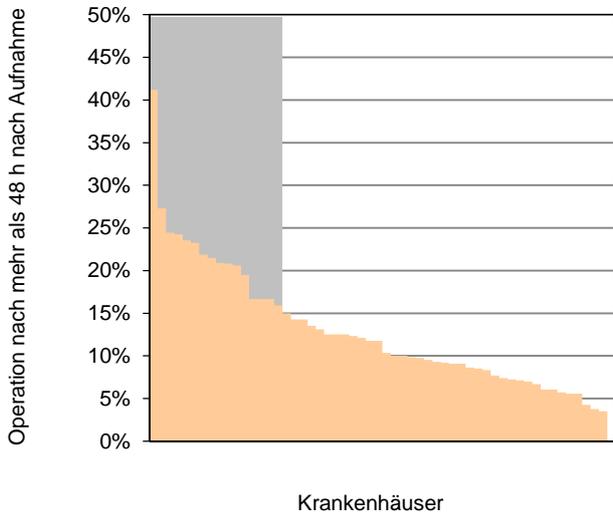
	Gesamt 2017			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	1.119 / 1.776 63,01%	218 / 368 59,24%	205 / 372 55,11%	193 / 337 57,27%
24 - 48 Stunden	449 / 1.776 25,28%	83 / 368 22,55%	114 / 372 30,65%	101 / 337 29,97%
> 48 Stunden	208 / 1.776 11,71%	67 / 368 18,21%	53 / 372 14,25%	43 / 337 12,76%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2017/HEP/54003]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

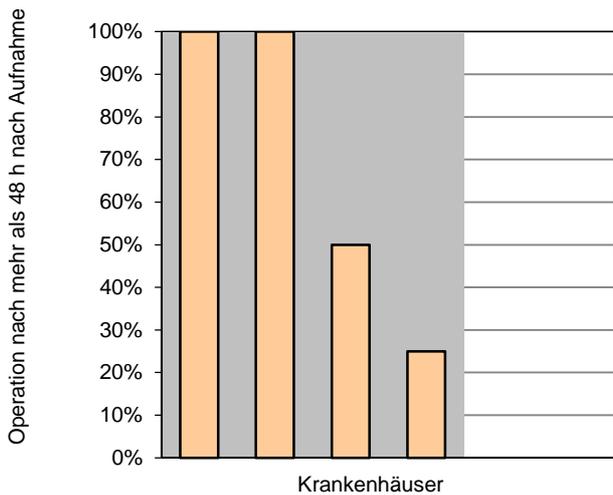
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	3,75	5,56	7,55	11,05	16,67	23,26	24,44	41,18

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			0,00	37,50	100,00			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Sturzprophylaxe

- Qualitätsziel:** Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel
- Indikator-ID:** 2017/HEP/54004
- Referenzbereich:** >= 80,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden Vertrauensbereich Referenzbereich			10.105 / 10.434	96,85%
				96,49% - 97,17%
		>= 80,00%		>= 80,00%

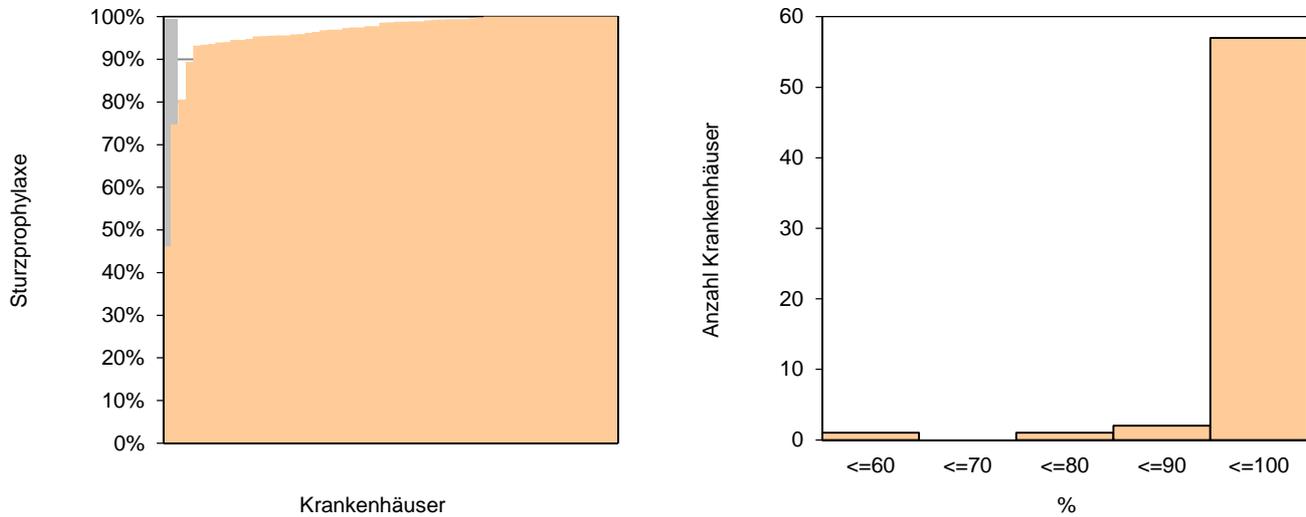
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden Vertrauensbereich			9.662 / 10.204	94,69%
				94,24% - 95,11%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2017/HEP/54004]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

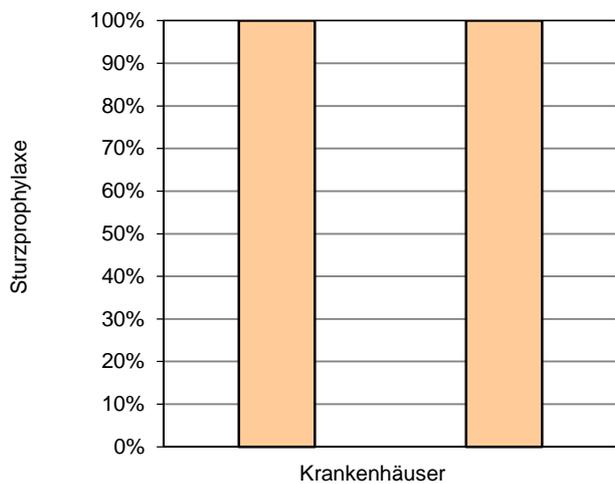
61 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,15	89,39	93,62	95,60	98,72	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
	100,00				100,00				100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 5a): 2017/HEP/54015

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 24,30% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	9,88%	3,89%	11,87%
Vertrauensbereich	8,84% - 11,03%		
Referenzbereich	<= 24,30%		
	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	283 / 2.864 9,88%	28 / 720 3,89%	254 / 2.139 11,87%
Vertrauensbereich	8,84% - 11,03%		
Referenzbereich	<= 24,30%		

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 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	259 / 2.707 9,57% 8,52% - 10,73%	32 / 678 4,72%	225 / 2.025 11,11%

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2017 können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2016 abweichen.

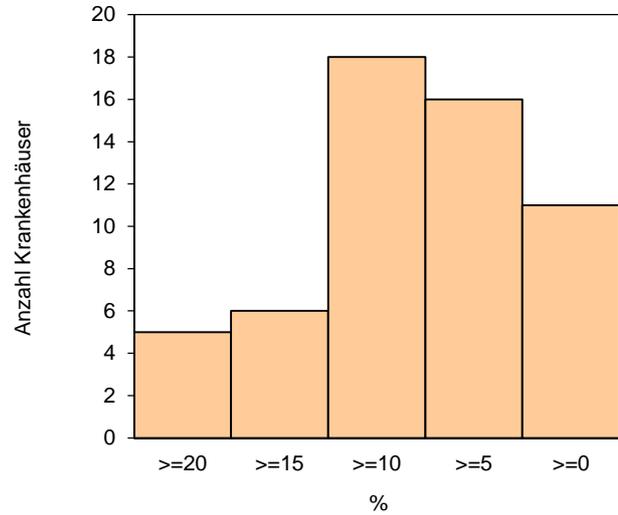
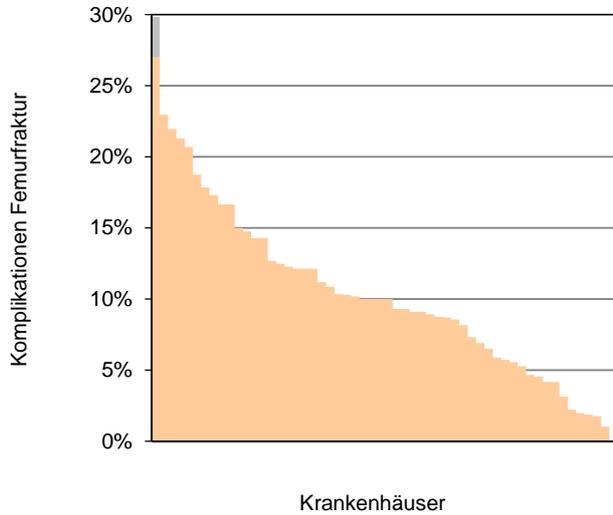
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2017/HEP/54015]:

Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

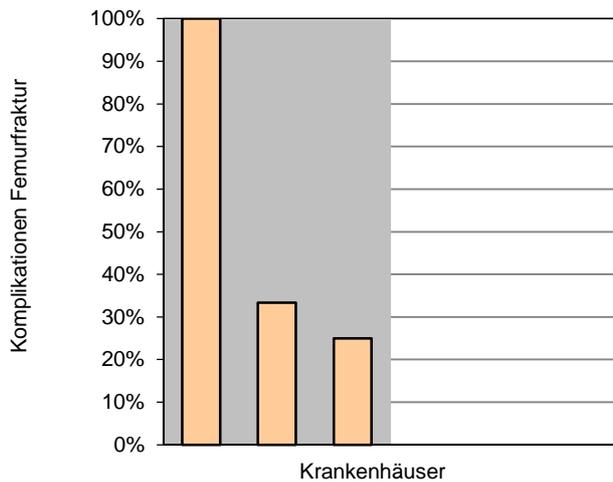
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,77	2,22	5,80	10,00	13,49	18,75	21,95	27,03

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			0,00	12,50	33,33			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 5b): 2017/HEP/54016

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 6,03% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	1,57%		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 6,03%		

	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	153 / 9.751 1,57%	58 / 6.844 0,85%	95 / 2.905 3,27%
Vertrauensbereich	1,34% - 1,84%		
Referenzbereich	<= 6,03%		

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 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	123 / 9.493 1,30% 1,09% - 1,54%	63 / 6.679 0,94%	60 / 2.816 2,13%

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2017 können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2016 abweichen.

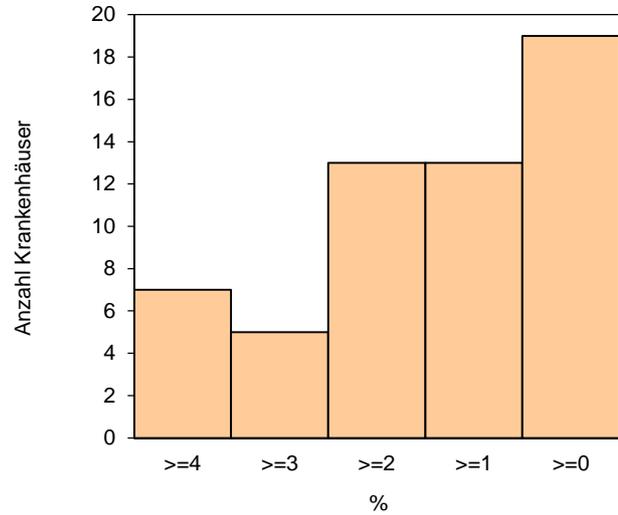
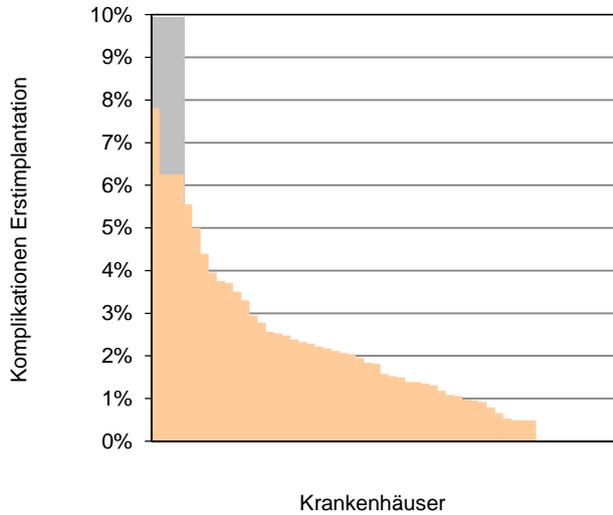
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2017/HEP/54016]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

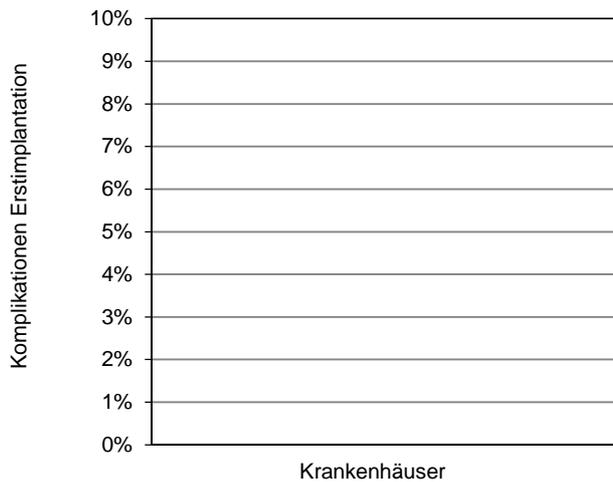
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,66	1,57	2,56	5,00	6,25	7,81

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 5c): 2017/HEP/54017

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 17,46% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 17,46%		

	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	89 / 1.565 5,69%	13 / 678 1,92%	75 / 895 8,38%
Vertrauensbereich	4,64% - 6,95%		
Referenzbereich	<= 17,46%		

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 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	87 / 1.596 5,45% 4,44% - 6,68%	24 / 698 3,44%	64 / 910 7,03%

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2017 können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2016 abweichen.

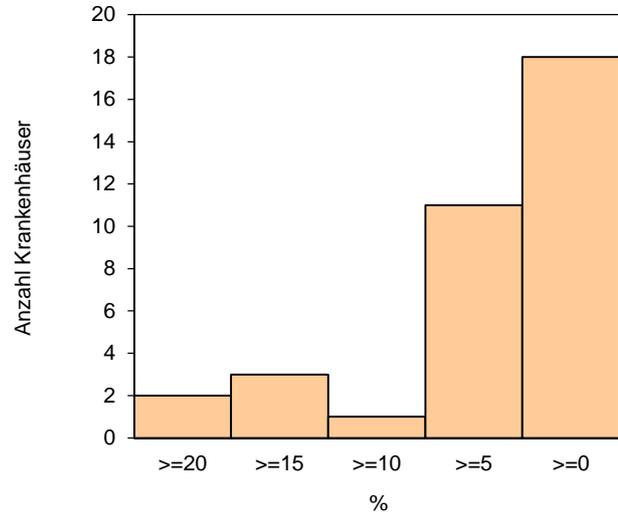
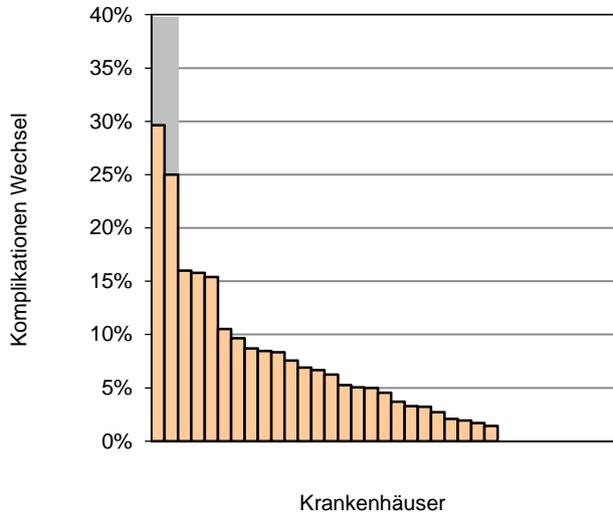
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2017/HEP/54017]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

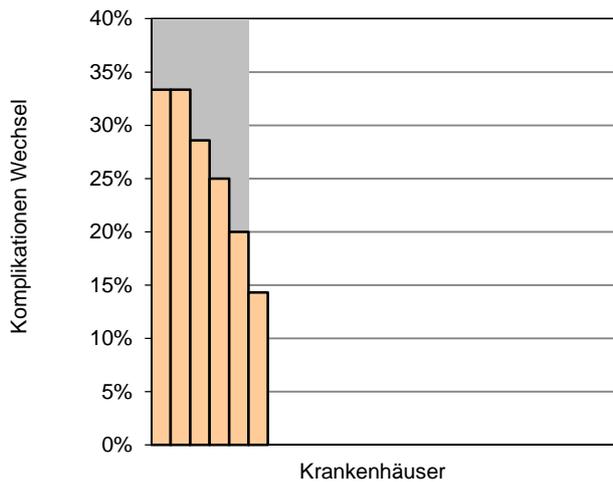
35 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	4,55	8,45	15,79	25,00	29,63

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 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	7,14	28,57	33,33	33,33

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel:	Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur	
	Gruppe 2:	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	
	Gruppe 3:	Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 6a):	2017/HEP/54018	
	Gruppe 2 (QI 6b):	2017/HEP/54019	
	Gruppe 3 (QI 6c):	2017/HEP/54120	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 11,11% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 7,42% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 29,42% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	■	■	■
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 11,11%	<= 7,42%	<= 29,42%

	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	146 / 2.877 5,07%	239 / 9.766 2,45%	225 / 1.647 13,66%
Vertrauensbereich	4,33% - 5,94%	2,16% - 2,77%	12,09% - 15,40%
Referenzbereich	<= 11,11%	<= 7,42%	<= 29,42%

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

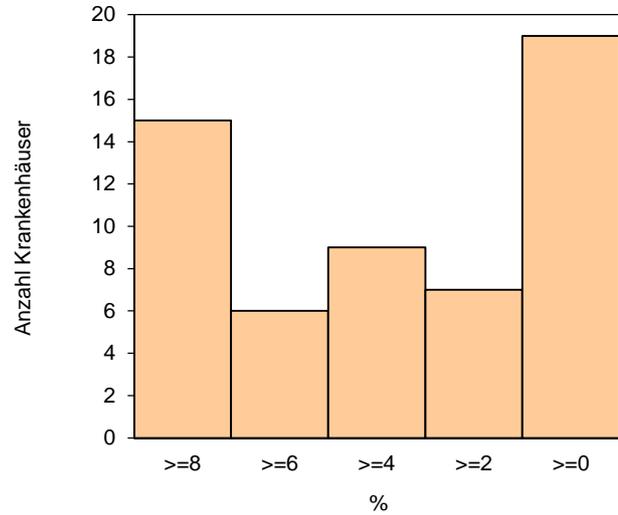
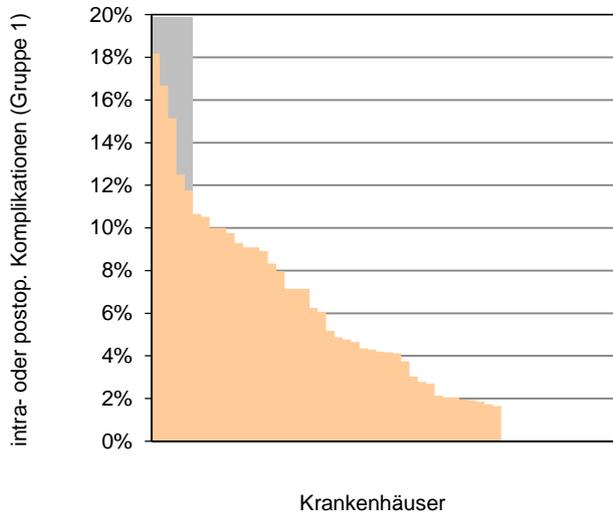
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	■	■	■

Vorjahresdaten	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	141 / 2.714 5,20% 4,42% - 6,10%	279 / 9.521 2,93% 2,61% - 3,29%	192 / 1.677 11,45% 10,01% - 13,06%

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

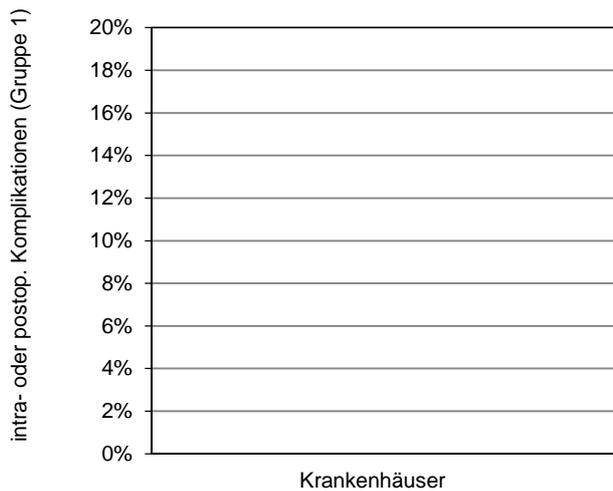
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2017/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 56 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	0,82	4,18	8,63	10,67	15,15	18,18

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

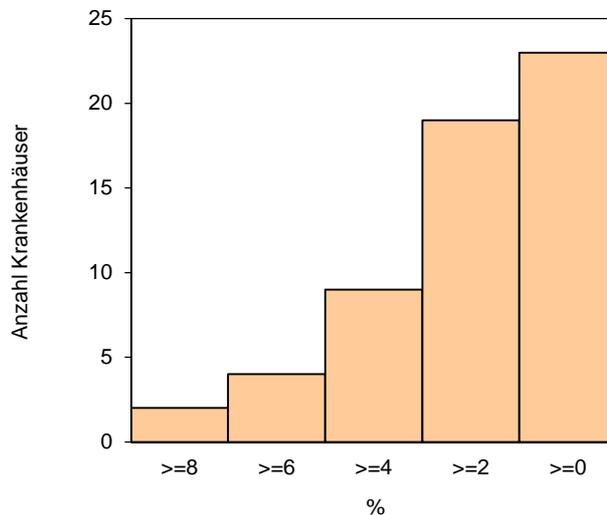
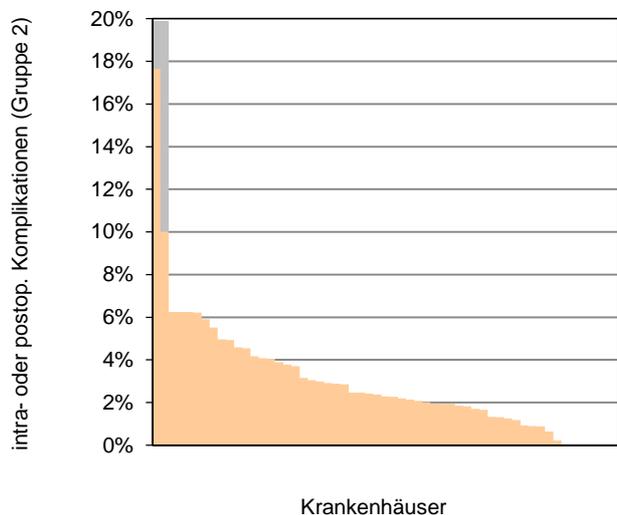


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

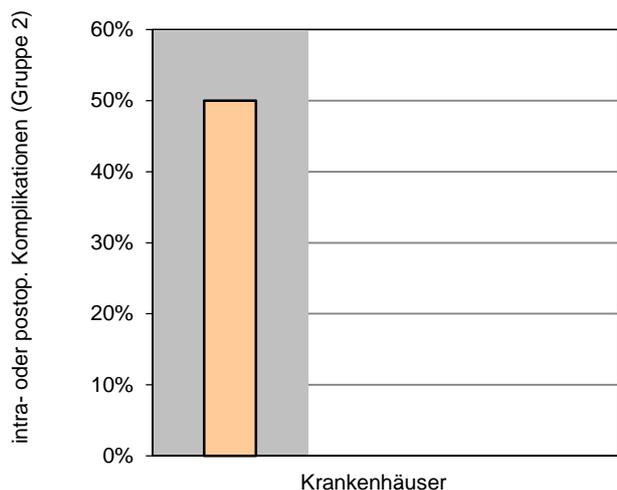
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2017/HEP/54019]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,31	2,29	4,05	6,21	6,25	17,65

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

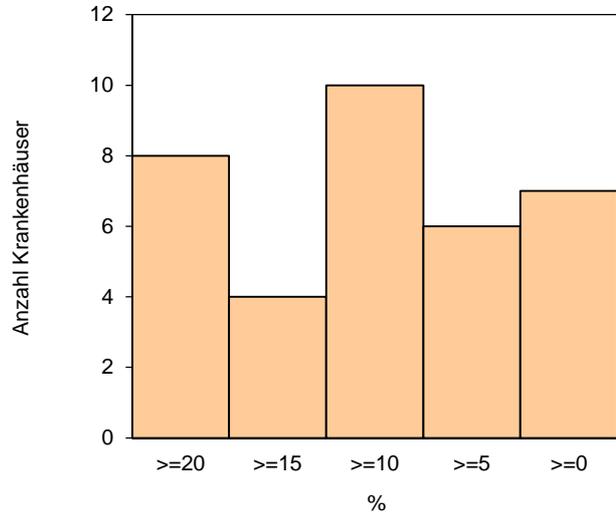
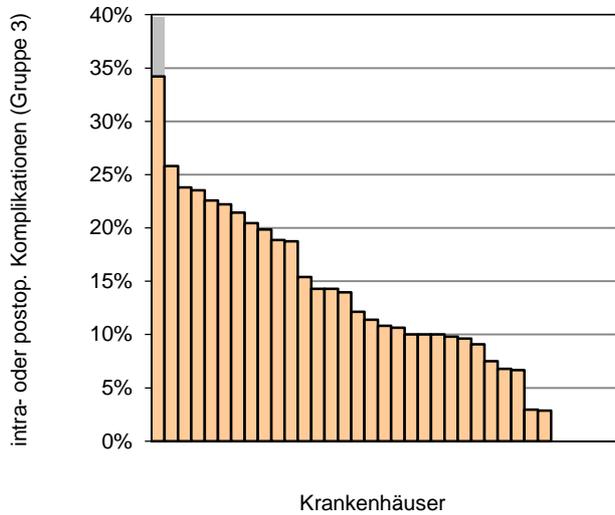


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				50,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

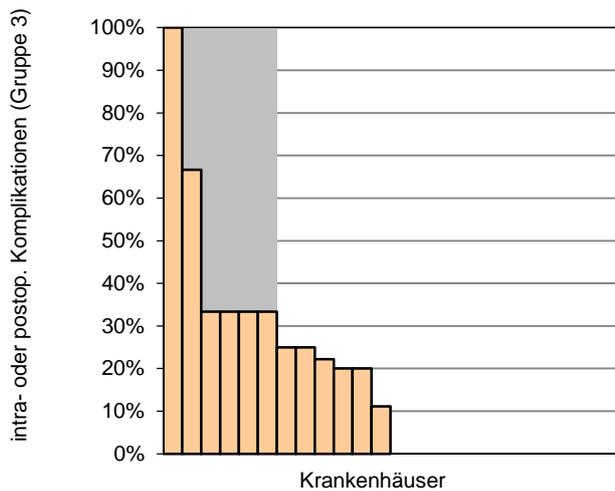
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2017/HEP/54120]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 35 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	6,78	10,81	19,86	23,53	25,81	34,21

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 24 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	5,56	29,17	33,33	66,67	100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Beweglichkeit bei Entlassung

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/54010

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			9.579 / 9.730	98,45%
				98,18% - 98,68%
		>= 95,00%		>= 95,00%

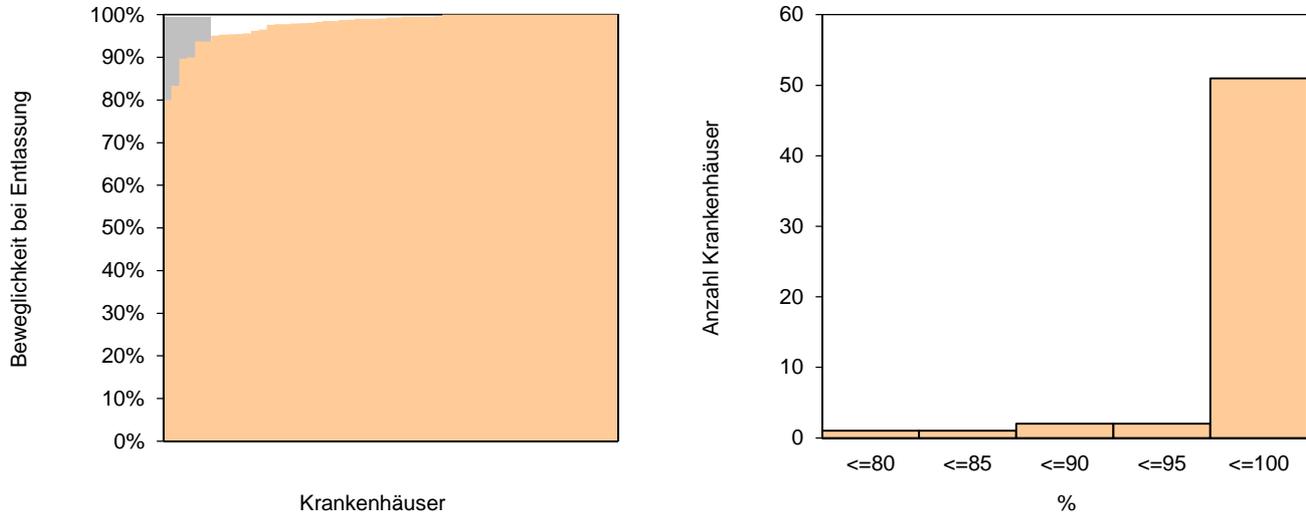
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			9.318 / 9.479	98,30%
				98,02% - 98,54%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2017/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:

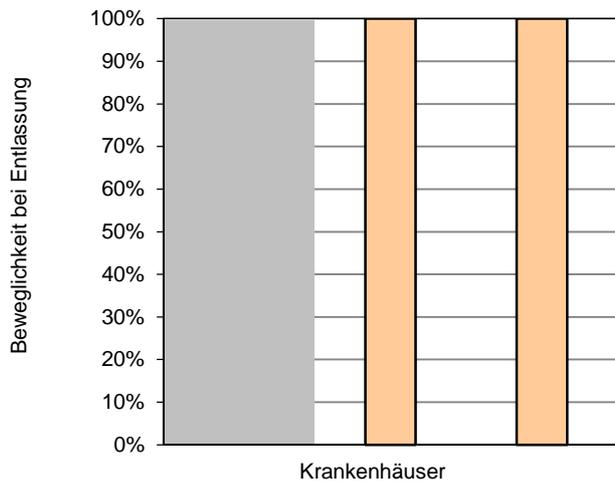
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00	89,72	93,75	97,78	99,36	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2017			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2017			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	9.123 / 9.247 98,66%	198 / 204 97,06%	123 / 129 95,35%	135 / 150 90,00%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 8: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel:	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden
Indikator-ID:	2017/HEP/54012
Referenzbereich:	<= 2,33 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O)		515 / 12.366 4,16%
vorhergesagt (E) ²		467,83 / 12.366 3,78%
O - E		0,38%

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

² Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
O / E ³		1,10
Vertrauensbereich		1,01 - 1,20
Referenzbereich	<= 2,33	<= 2,33

³ Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

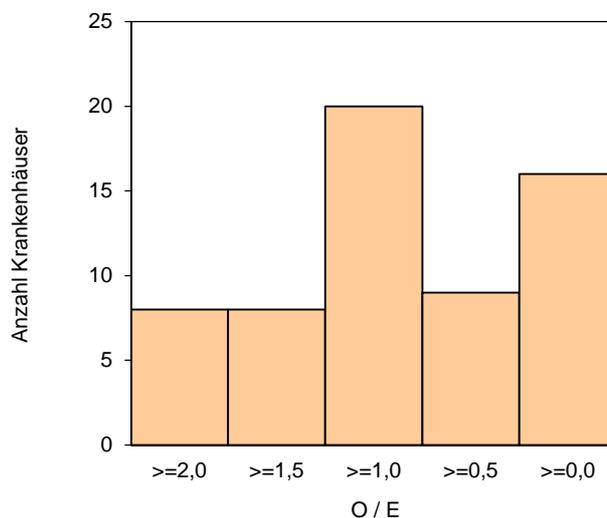
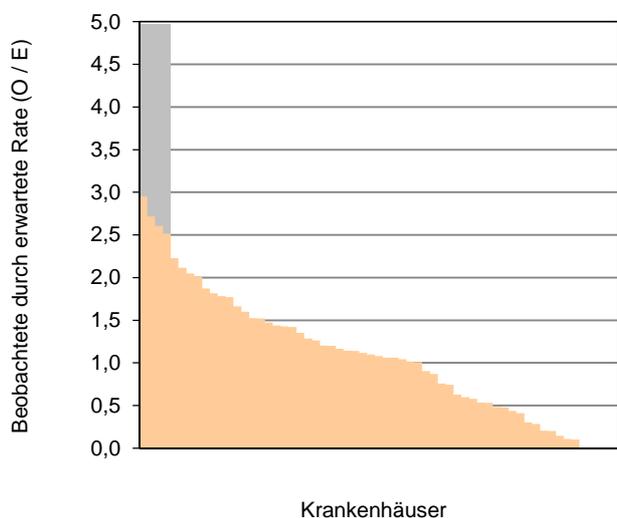
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
beobachtet (O)		440 / 11.937 3,69%
vorhergesagt (E)		431,04 / 11.937 3,61%
O - E		0,08%
O / E		1,02
Vertrauensbereich		0,93 - 1,12

* Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2017 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2016 ab.

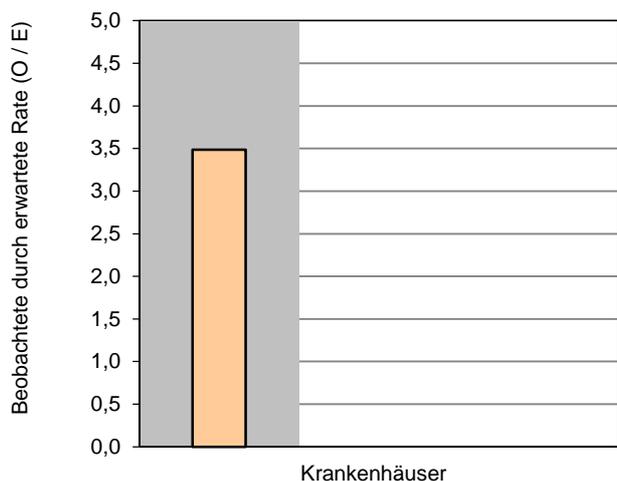
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2017/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,11	0,48	1,08	1,52	2,05	2,52	2,95

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur
 Gruppe 3: mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
 Gruppe 4: mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			11.851 / 12.366	95,84%
Patienten mit Gehunfähigkeit ¹ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			515 / 12.366	4,16%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur)			372 / 2.025	18,37%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)			63 / 9.291	0,68%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)			80 / 1.050	7,62%

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

Qualitätsindikator 9: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2017/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen
 (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 1,91%)

Indikator-ID: 2017/HEP/54013

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			33 / 11.460	33,00 Fälle 0,29%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			19 / 11.215	19,00 Fälle 0,17%

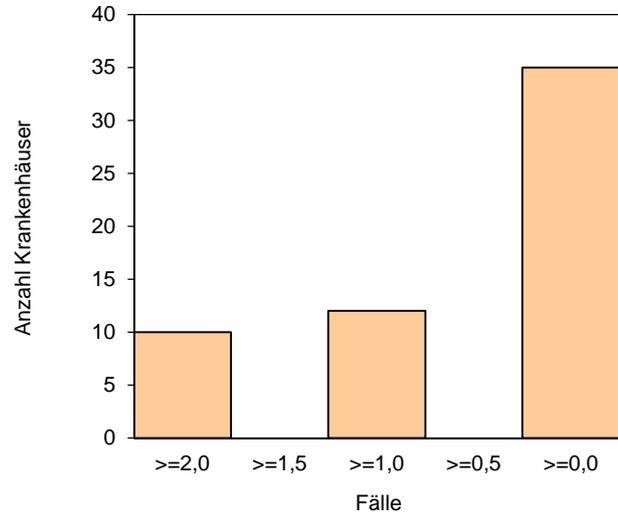
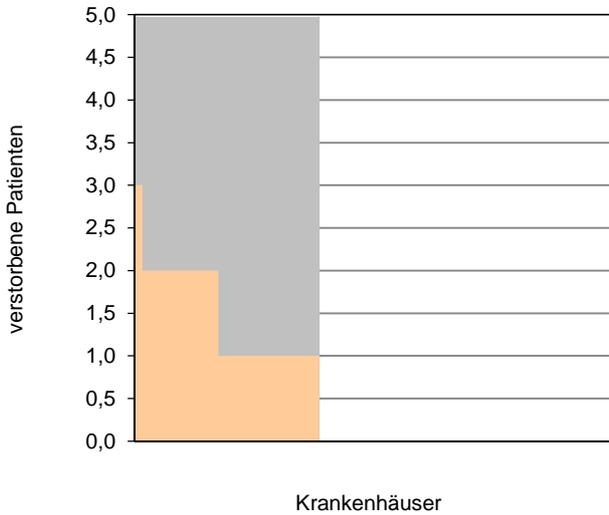
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2017 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2016 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2017/HEP/54013]:

Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2017/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 1,91%)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

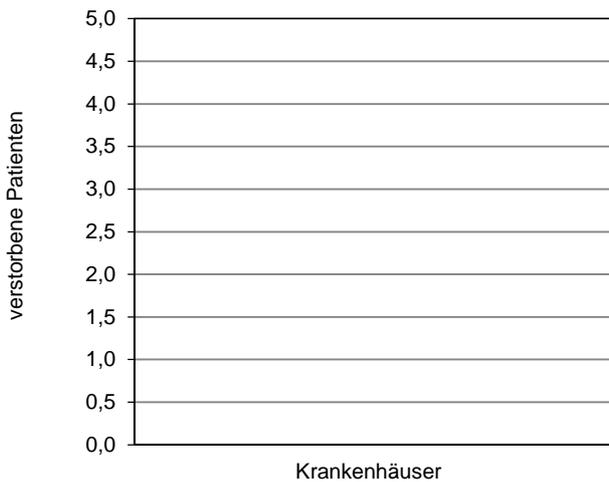
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,00	2,00	2,00	3,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up-Indikator)

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/10271

Referenzbereich: <= 3,73 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Auswertungszeitpunkt: 2017 Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²	Krankenhaus	Gesamt
beobachtet (O)		128 / 10.982
vorhergesagt (E) ³		116,13 / 10.982
O / E*		1,10
Vertrauensbereich		0,92 - 1,30
Referenzbereich	<= 3,73	<= 3,73

Auswertungszeitpunkt: 2016** Ereignisse im Follow-up-Zeitraum	Krankenhaus	Gesamt
beobachtet (O)		77 / 10.200
vorhergesagt (E)		107,60 / 10.200
O / E		0,72
Vertrauensbereich		0,57 - 0,89

¹ Ein Ersteingriff gilt als nicht mehr unter Beobachtung stehend in der Follow-up-Auswertung bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- Dokumentation einer weiteren Erstimplantation an der gleichen operierten Seite (nur bei Dokumentationsfehlern relevant)

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

Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen vorliegt, ist 2016. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.

Ausgeschlossen werden alle Fälle mit der Entlassungsdiagnose S32.4 „Fraktur des Acetabulum“.

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

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

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

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

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

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

** Gemäß QIDB sind die Vorjahresergebnisse aufgrund geänderter Rechenregeln nicht vergleichbar.

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

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur oder elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Entlassungsdiagnose T81.0, T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T81.8, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8

Indikator-ID: 2017/HEP/850152

Referenzbereich: <= 80,00%

ID-Bezugsindikator(en): 54018, 54019, 54120

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation ¹			323 / 533	60,60%
Vertrauensbereich				56,39% - 64,66%
Referenzbereich		<= 80,00%		<= 80,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation			276 / 462	59,74%
Vertrauensbereich				55,21% - 64,11%

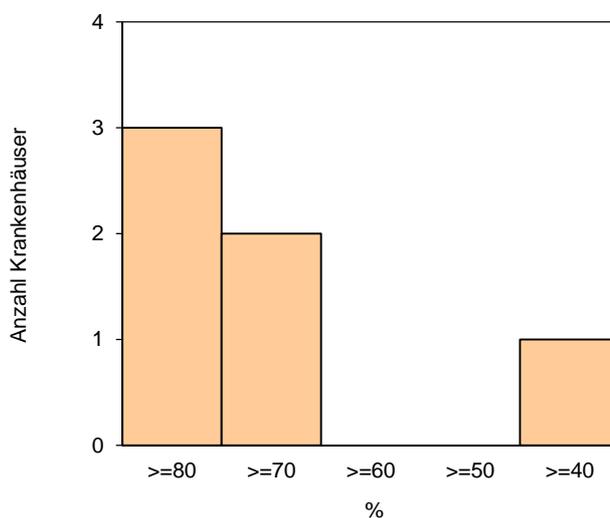
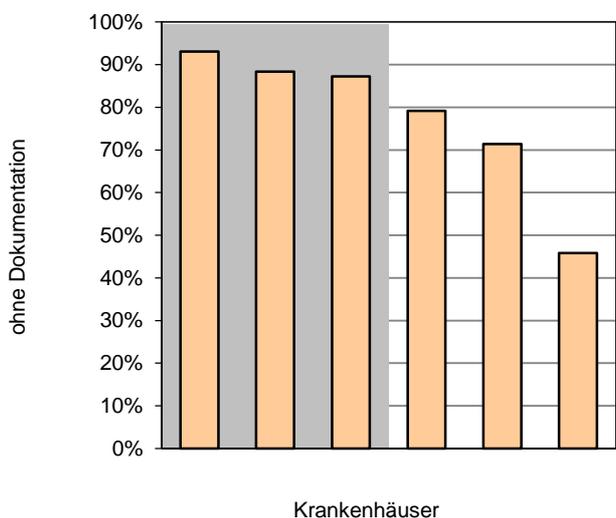
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850152, Indikator-ID 2017/HEP/850152]:

Anteil an Fällen ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikation an allen Fällen mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur oder elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Entlassungsdiagnosen T81.0, T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T81.8, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

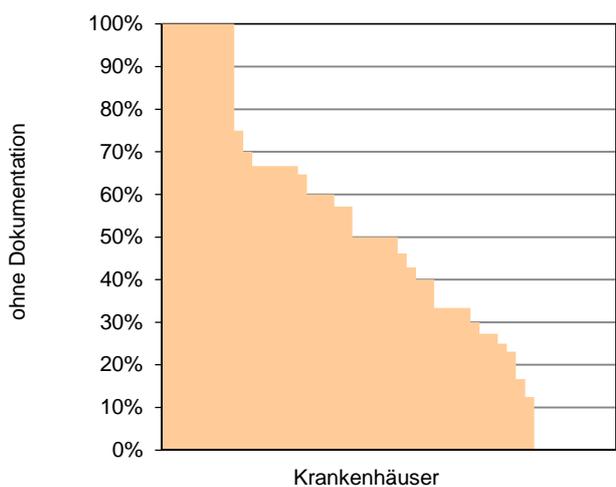
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,83			71,43	83,20	88,37			93,10

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

50 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	25,00	50,00	66,67	100,00	100,00	100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/850151

Referenzbereich: <= 50,00%

ID-Bezugsindikator(en): 54018, 54019, 54120

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹			39 / 116	33,62%
Vertrauensbereich				25,67% - 42,62%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			32 / 110	29,09%
Vertrauensbereich				21,42% - 38,17%

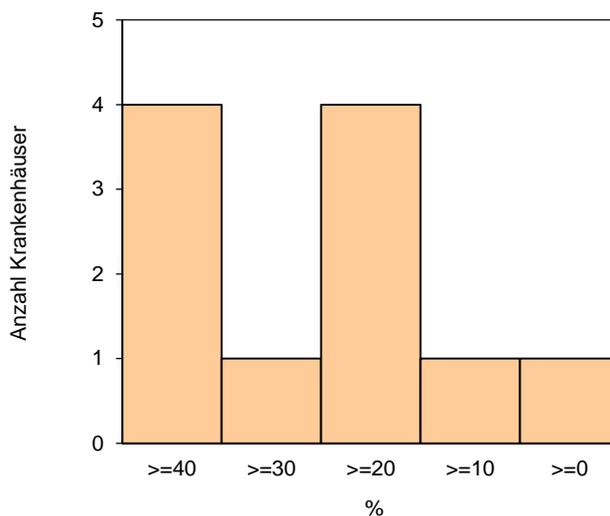
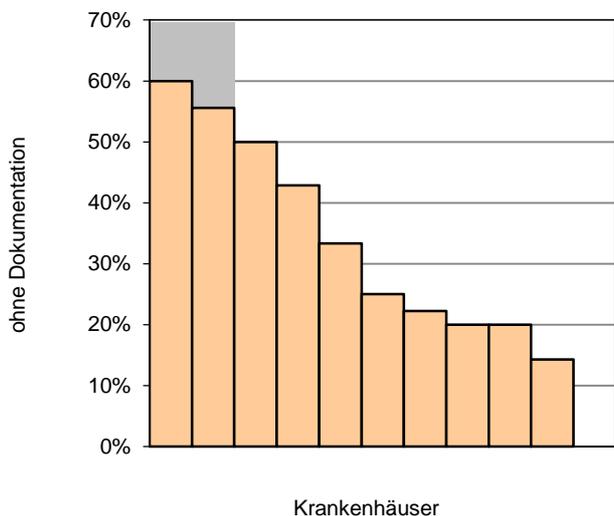
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850151, Indikator-ID 2017/HEP/850151]:

Anteil an Fällen ohne Angabe einer 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:

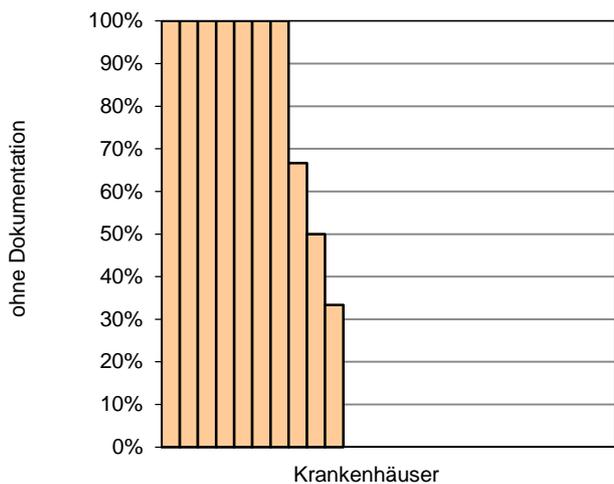
11 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		14,29	20,00	25,00	50,00	55,56		60,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 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	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00

28 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2017 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 14.036
Datensatzversion: HEP 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17396-L110138-P53005

Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.860	27,50	3.685	27,04
2. Quartal			3.509	25,00	3.487	25,59
3. Quartal			3.260	23,23	3.231	23,71
4. Quartal			3.407	24,27	3.226	23,67
Gesamt			14.036		13.629	
Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			2.877		2.714	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.766		9.521	
Anzahl der Wechsel			1.647		1.677	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten		14.036		13.629	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14.036		13.629	
Median			11,00		11,00
Mittelwert			13,16		13,45
Bezug: Anzahl der Prozeduren		14.290		13.912	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14.290		13.912	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			1,90		1,91
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14.290		13.912	
Median			10,00		10,00
Mittelwert			11,69		12,05

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2017

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				M16.1	7.156	50,98	M16.1	6.988	51,27
2				I10.00	6.475	46,13	I10.00	6.062	44,48
3				D62	3.364	23,97	D62	3.297	24,19
4				S72.01	1.922	13,69	E11.90	1.862	13,66
5				E11.90	1.867	13,30	S72.01	1.792	13,15
6				Z96.64	1.860	13,25	Z96.64	1.748	12,83
7				Z92.2	1.085	7,73	T84.0	1.076	7,89
8				Z92.1	1.023	7,29	Z92.2	1.006	7,38

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

OPS 2017

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
3	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
4	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

OPS 2017

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-820.00	7.034	49,22	5-820.00	6.820	49,02
2				5-820.02	1.938	13,56	5-820.02	1.884	13,54
3				5-820.41	1.893	13,25	5-820.41	1.762	12,67
4				8-803.2	1.083	7,58	8-803.2	1.338	9,62
5				8-930	937	6,56	8-930	1.057	7,60

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			8.571	61,06	8.630	63,32
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			5.459	38,89	4.997	36,66
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			6	0,04	2	0,01
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			14.036		13.629	
< 50 Jahre			386 / 14.036	2,75	364 / 13.629	2,67
50 - 59 Jahre			1.631 / 14.036	11,62	1.581 / 13.629	11,60
60 - 69 Jahre			3.383 / 14.036	24,10	3.106 / 13.629	22,79
70 - 79 Jahre			4.782 / 14.036	34,07	4.938 / 13.629	36,23
80 - 89 Jahre			3.219 / 14.036	22,93	3.053 / 13.629	22,40
>= 90 Jahre			635 / 14.036	4,52	587 / 13.629	4,31
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			14.036		13.629	
Median				74,00		74,00
Mittelwert				72,14		72,13
Geschlecht						
männlich			5.539	39,46	5.155	37,82
weiblich			8.497	60,54	8.474	62,18
unbestimmt ¹			0	0,00	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2017

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt			1.904	13,57	1.970	14,45
Gehen am Stück bis 500 m möglich			7.479	53,28	6.950	50,99
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50 m)			3.154	22,47	3.151	23,12
im Zimmer mobil			1.021	7,27	1.035	7,59
immobil			478	3,41	523	3,84
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			7.575	53,97	7.625	55,95
Unterarmgehstützen/Gehstock			4.612	32,86	4.248	31,17
Rollator/Gehbock			1.371	9,77	1.223	8,97
Rollstuhl			227	1,62	249	1,83
bettlägerig			251	1,79	284	2,08
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?¹						
nein, liegt nicht vor			10.868	77,43	-	-
Ja, Pflegegrad 1			381	2,71	-	-
Ja, Pflegegrad 2			670	4,77	-	-
Ja, Pflegegrad 3			411	2,93	-	-
Ja, Pflegegrad 4			194	1,38	-	-
Ja, Pflegegrad 5			42	0,30	-	-
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			1.470	10,47	-	-

¹ neues Datenfeld in 2017

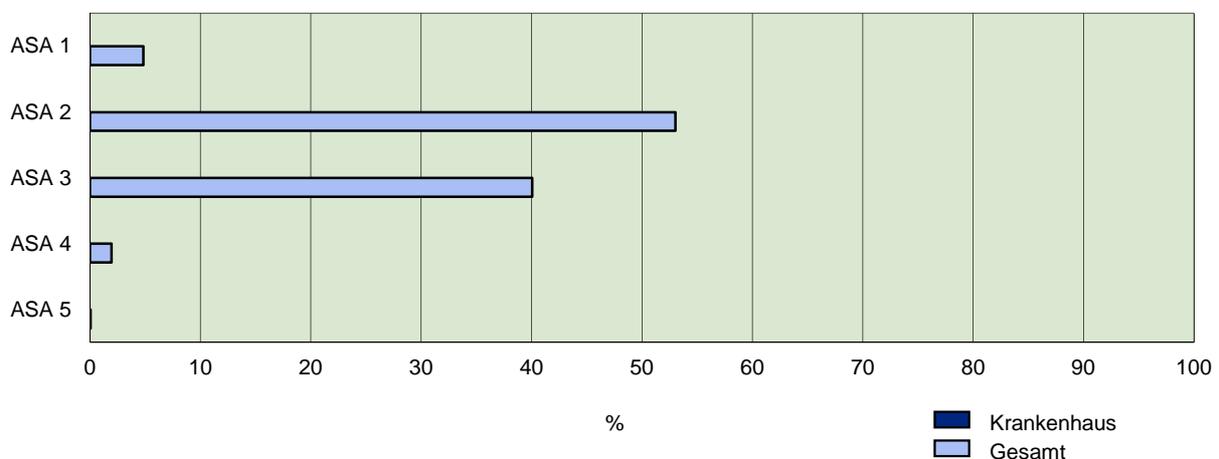
**Prozeduren
 Eingriff**

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
zu operierende Seite						
rechts			7.503	52,51	7.486	53,81
links			6.787	47,49	6.426	46,19

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			692	4,84	713	5,13
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			7.579	53,04	7.381	53,05
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			5.727	40,08	5.525	39,71
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			282	1,97	287	2,06
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			10	0,07	6	0,04

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			13.802	96,59	13.494	97,00
bedingt aseptische Eingriffe			288	2,02	241	1,73
kontaminierte Eingriffe			61	0,43	71	0,51
septische Eingriffe			139	0,97	106	0,76

Operation

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			2.877	20,13	2.714	19,51
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			9.766	68,34	9.521	68,44
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			1.439	10,07	1.472	10,58
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			208	1,46	205	1,47
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			14.290		13.912	
Median				70,00		72,00
Mittelwert				77,06		79,31

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk- nahen Femurfrakturen			2.877		2.714	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			165	5,74	156	5,75
vorbestehende Koxarthrose			1.271	44,18	1.186	43,70
Frakturereignis war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			2.805	97,50	2.656	97,86
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			72	2,50	58	2,14
Frakturlokalisierung						
medial			2.605	90,55	2.491	91,78
lateral			85	2,95	63	2,32
pertrochantär			112	3,89	81	2,98
sonstige			75	2,61	79	2,91
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			75 / 2.605	2,88	66 / 2.491	2,65
unverschoben			188 / 2.605	7,22	157 / 2.491	6,30
verschoben			1.544 / 2.605	59,27	1.356 / 2.491	54,44
komplett verschoben			798 / 2.605	30,63	912 / 2.491	36,61

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk-nahen Femurfrakturen			2.877		2.714	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			1.138	39,56	1.006	37,07
Art der Medikation (Mehrfachnennungen möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			151 / 1.138	13,27	205 / 1.006	20,38
Acetylsalicylsäure andere Thrombozyten- aggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			586 / 1.138	51,49	514 / 1.006	51,09
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			82 / 1.138	7,21	73 / 1.006	7,26
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			106 / 1.138	9,31	61 / 1.006	6,06
			247 / 1.138	21,70	171 / 1.006	17,00

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.766		9.521	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			514	5,26	481	5,05
Schmerzen						
keine Schmerzen			33	0,34	25	0,26
Belastungsschmerz			1.961	20,08	1.803	18,94
Ruhschmerz			7.772	79,58	7.693	80,80

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.766		9.521	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			9.060	92,77	8.998	94,51
Extension/Flexion Anzahl gültiger Angaben			9.060		8.998	
Winkel Extension (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,22		0,22
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				3,79		3,81
Winkel Flexion (Grad) Median				90,00		90,00
Mittelwert				85,68		85,64
Ab-/Adduktion Anzahl gültiger Angaben			9.060		8.998	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,00		15,00
Mittelwert				15,92		15,77
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,11		0,23
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				10,36		10,34

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.766		9.521	
Außen-/Innenrotation Anzahl gültiger Angaben			9.060		8.998	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				10,00		10,00
Mittelwert				12,78		12,57
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,39		1,43
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				5,00		5,00
Mittelwert				5,92		5,95

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.766		9.521	
Osteophyten						
keine oder fraglich			231	2,37	270	2,84
eindeutig			3.856	39,48	4.281	44,96
große			5.679	58,15	4.970	52,20
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			30	0,31	38	0,40
eindeutig verschmälert			584	5,98	731	7,68
fortgeschritten verschmälert			4.034	41,31	4.318	45,35
aufgehoben			5.118	52,41	4.434	46,57
Sklerose						
keine Sklerose			24	0,25	25	0,26
leichte Sklerose			1.010	10,34	1.127	11,84
leichte Sklerose mit Zystenbildung			4.013	41,09	3.946	41,45
Sklerose mit Zysten			4.719	48,32	4.423	46,46
Deformierung						
keine Deformierung			286	2,93	243	2,55
leichte Deformierung			3.789	38,80	3.645	38,28
deutliche Deformierung			5.691	58,27	5.633	59,16

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.766		9.521	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein			9.597	98,27	9.363	98,34
ja			169	1,73	158	1,66
wenn ja:						
Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			3 / 169	1,78	4 / 158	2,53
Grad 1: geringe Veränderung			19 / 169	11,24	17 / 158	10,76
Grad 2: definitive Veränderung			51 / 169	30,18	42 / 158	26,58
Grad 3: deutliche Veränderung			54 / 169	31,95	44 / 158	27,85
Grad 4: schwere Veränderung			39 / 169	23,08	49 / 158	31,01
Grad 5: multilierende Veränderung			3 / 169	1,78	2 / 158	1,27

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.647		1.677	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen			212	12,87	116	6,92
Belastungsschmerz			562	34,12	577	34,41
Ruhschmerz			873	53,01	984	58,68

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.647		1.677	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			517	31,39	470	28,03
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			546	33,15	534	31,84
durchgeführt, negativ			833	50,58	895	53,37
durchgeführt, positiv			268	16,27	248	14,79
histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			1.004	60,96	1.018	60,70
kein pathologischer Befund			274	16,64	321	19,14
abriebinduzierter Typ (Typ I)			167	10,14	159	9,48
infektiöser Typ (Typ II)			135	8,20	116	6,92
Mischtyp (Typ III)			30	1,82	36	2,15
Indifferenztyp (Typ IV)			37	2,25	27	1,61

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.647		1.677	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			1.253	76,08	1.337	79,73
Implantatbruch			36 / 1.253	2,87	45 / 1.337	3,37
Implantatabrieb/-verschleiß			226 / 1.253	18,04	250 / 1.337	18,70
Implantatfehlage der Pfanne			125 / 1.253	9,98	150 / 1.337	11,22
Implantatfehlage des Schafts			48 / 1.253	3,83	46 / 1.337	3,44
Lockerung der Pfannenkomponente			343 / 1.253	27,37	424 / 1.337	31,71
Lockerung der Schaftkomponente			323 / 1.253	25,78	354 / 1.337	26,48
Osteolyse der Pfanne			155 / 1.253	12,37	147 / 1.337	10,99
Osteolyse des Femurs			110 / 1.253	8,78	115 / 1.337	8,60
periprothetische Fraktur			220 / 1.253	17,56	205 / 1.337	15,33
Endoprothesen(sub)luxation			192 / 1.253	15,32	167 / 1.337	12,49
großer Knochendefekt Pfanne			118 / 1.253	9,42	109 / 1.337	8,15
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			40 / 1.253	3,19	35 / 1.337	2,62
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			10 / 1.253	0,80	13 / 1.337	0,97
periartikuläre Ossifikation			48 / 1.253	3,83	61 / 1.337	4,56

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			590	4,13	729	5,24
primäre Implantatfehlage			9 / 590	1,53	12 / 729	1,65
sekundäre Implantatdislokation			26 / 590	4,41	32 / 729	4,39
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub-)luxation			66 / 590	11,19	81 / 729	11,11
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			138 / 590	23,39	170 / 729	23,32
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			2 / 590	0,34	6 / 729	0,82
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			44 / 590	7,46	54 / 729	7,41
periprothetische Fraktur			130 / 590	22,03	157 / 729	21,54
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			76 / 590	12,88	62 / 729	8,50
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			11 / 590	1,86	5 / 729	0,69
sonstige			126 / 590	21,36	88 / 729	12,07

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
Postoperative Wundinfektion						
ja			224	1,57	141	1,01
nein			14.066	98,43	13.771	98,99
wenn ja						
Wundinfektionstiefe						
nach Definition der CDC						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			39 / 224	17,41	34 / 141	24,11
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			144 / 224	64,29	83 / 141	58,87
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			41 / 224	18,30	24 / 141	17,02
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja ¹			421 / 706	59,63	94 / 729	12,89
nein ²			285 / 706	40,37	-	-

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2016 abweichen.

² neuer Schlüsselwert in 2017

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			14.290		13.912	
weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			359	2,51	359	2,58

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			816	5,81	797	5,85
Pneumonie			97 / 816	11,89	85 / 797	10,66
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			233 / 816	28,55	222 / 797	27,85
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			33 / 816	4,04	28 / 797	3,51
Lungenembolie			41 / 816	5,02	36 / 797	4,52
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			58 / 816	7,11	48 / 797	6,02
Schlaganfall			28 / 816	3,43	26 / 797	3,26
akute gastrointestinale Blutung			21 / 816	2,57	16 / 797	2,01
akute Niereninsuffizienz			78 / 816	9,56	80 / 797	10,04
neu aufgetretener Dekubitus			80 / 816	9,80	67 / 797	8,41
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			334 / 816	40,93	378 / 797	47,43

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe)						
nein			381 / 14.036	2,71	591 / 13.629	4,34
ja			13.588 / 14.036	96,81	13.038 / 13.629	95,66
Durchführung von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)						
nein			215 / 14.036	1,53	324 / 13.629	2,38
ja			13.758 / 14.036	98,02	13.305 / 13.629	97,62
wenn ja:						
Patient hat Gehtraining erhalten			13.576 / 13.758	98,68	13.135 / 13.305	98,72
Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert			13.569 / 13.758	98,63	13.139 / 13.305	98,75
Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst			13.212 / 13.758	96,03	12.637 / 13.305	94,98
Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potentielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt			12.324 / 13.758	89,58	11.838 / 13.305	88,97

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			13.225	94,22	13.099	96,11
Extension/Flexion¹ Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			9.641		9.432	
Winkel Extension (Grad)¹						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,18		0,12
Neutral-Null-Wert (Grad)¹						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,02		0,07
Winkel Flexion (Grad)¹						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				90,19		90,31

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2016 abweichen.

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt			976	6,95	1.128	8,28
Gehen am Stück bis 500 m möglich			4.877	34,75	4.430	32,50
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50 m)			6.916	49,27	6.897	50,61
im Zimmer mobil			864	6,16	767	5,63
immobil			188	1,34	235	1,72
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			137	0,98	159	1,17
Unterarmgehstützen/Gehstock			11.520	82,07	11.305	82,95
Rollator/Gehbock			1.891	13,47	1.677	12,30
Rollstuhl			179	1,28	197	1,45
bettlägerig			94	0,67	119	0,87

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
01: regulär beendet			7.414	52,82	7.168	52,59
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			530	3,78	197	1,45
03: aus sonstigen Gründen			2	0,01	7	0,05
04: gegen ärztlichen Rat			17	0,12	24	0,18
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			238	1,70	205	1,50
07: Tod			225	1,60	185	1,36
08: Verlegung nach § 14			5	0,04	5	0,04
09: in Rehabilitationseinrichtung			5.007	35,67	5.233	38,40
10: in Pflegeeinrichtung			504	3,59	526	3,86
11: in Hospiz			2	0,01	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,03	4	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,01	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			86	0,61	73	0,54
22: Fallabschluss			1	0,01	1	0,01
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			14.036		13.629	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			2.457	17,50	2.588	18,99
Dienstag			2.106	15,00	2.170	15,92
Mittwoch			2.263	16,12	2.033	14,92
Donnerstag			2.263	16,12	2.110	15,48
Freitag			2.806	19,99	2.639	19,36
Samstag			1.406	10,02	1.372	10,07
Sonntag			735	5,24	717	5,26

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2017 erhalten Sie beim IQTIG, Berlin (www.iqtig.org).

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2017.

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 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 © 2018. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2016 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2017 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

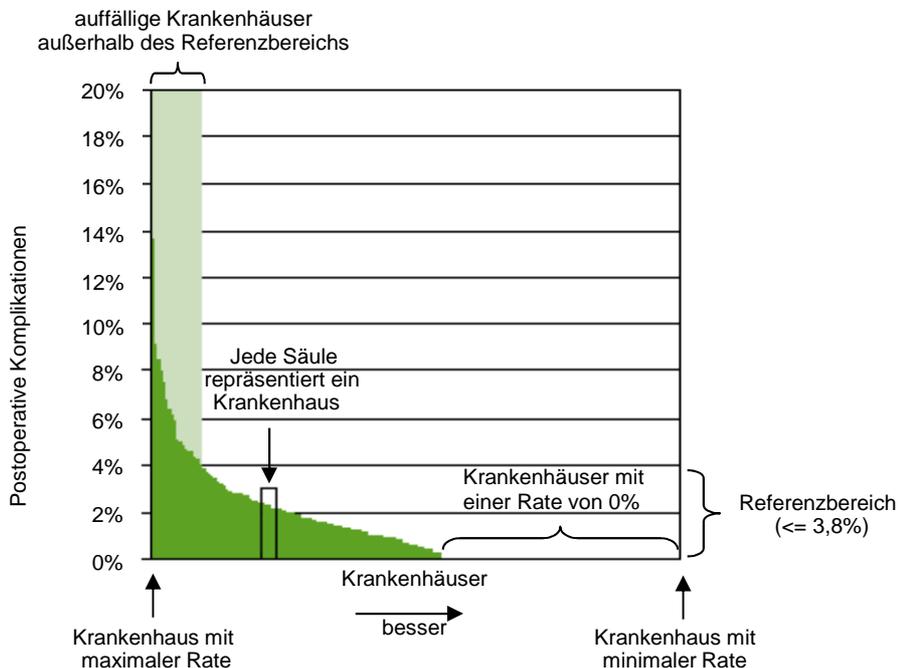
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

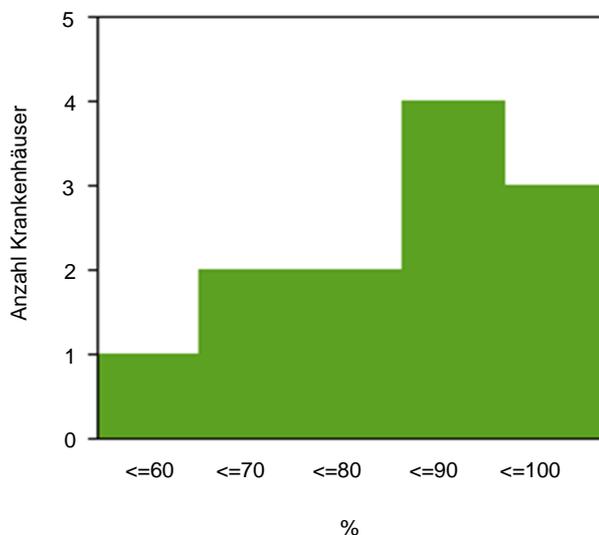
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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 der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2017/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2017.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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