Jahresauswertung 2018
Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 62
Anzahl Datensätze Gesamt: 13.719
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17920-L113410-P53972

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

Jahresauswertung 2018
Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 62
Anzahl Datensätze Gesamt: 13.719
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17920-L113410-P53972

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl[1]	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2018/HEP/54001 **QI: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation**			97,85%	>= 90,00%	innerhalb	97,94%	11
2018/HEP/54002 **QI: Indikation zum Hüft-endoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**			92,63%	>= 86,00%	innerhalb	93,27%	14
2018/HEP/54003 **QI: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**			12,92%	<= 15,00%	innerhalb	12,72%	17
2018/HEP/54004 **QI: Sturzprophylaxe**			98,11%	>= 85,00%	innerhalb	97,00%	20

[1] Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 mit Alter >= 65 Jahre).

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl[1]	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
Gruppe: Allgemeine Komplikationen							
2018/HEP/54015 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			0,99	<= 2,14	innerhalb	0,98	22
2018/HEP/54016 QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation			1,65%	<= 5,72%	innerhalb	1,57%	25
2018/HEP/54017 QI: bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			7,38%	<= 15,15%	innerhalb	5,05%	28

[1] Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 mit Alter >= 65 Jahre).

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl[1]	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
Gruppe: Spezifische Komplikationen							
2018/HEP/54018 QI: bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			5,50%	<= 11,41%	innerhalb	5,03%	31
2018/HEP/54019 QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation			2,80%	<= 7,50%	innerhalb	2,42%	33
2018/HEP/54120 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			1,15	<= 2,33	innerhalb	1,17	35
2018/HEP/191800_54120 KKez: Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen			0,97	-	-	0,97	38
2018/HEP/191801_54120 KKez: Ebene 2: Weichteilkomplikationen			1,29	-	-	1,31	41

[1] Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 mit Alter >= 65 Jahre).

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl[1]	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2018/HEP/54010 **TKez: Beweglichkeit bei Entlassung**			98,82%	-	-	98,48%	44
2018/HEP/54012 **QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**			0,92	<= 2,40	innerhalb	1,11	47
2018/HEP/54013 **QI: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrschein-lichkeit**			27,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	31,00 Fälle	51
2018/HEP/10271 **QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)**			1,05	<= 3,12	innerhalb	0,86	53

[1] Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet (Ausnahme QI mit der QI-ID 54004 mit Alter >= 65 Jahre).

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2018/HEP/850152 **Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen**			20,95%	<= 50,00%	innerhalb	30,59%	54
2018/HEP/850151 **Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation**			30,65%	<= 50,00%	innerhalb	33,62%	56
2018/HEP/851804 **Irrtümlich angelegte Prozedurbögen**			25,00 Fälle	< 5,00 Fälle	außerhalb	28,00 Fälle	58

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

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Follow-up-Indikatoren

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

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

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen. Die FU-Indikatoren 2190 und 2191 aus dem Leistungsbereich 9/1 wurden vom IQTIG für 2018 ausgesetzt.

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

Auswertungen (Standorte)

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

Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54001

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien[1]				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score[2]				
0 Punkte			3 / 9.944	0,03%
1 - 2 Punkte			23 / 9.944	0,23%
3 - 4 Punkte			215 / 9.944	2,16%
5 - 9 Punkte			7.342 / 9.944	73,83%
10 Punkte			2.361 / 9.944	23,74%
5 - 10 Punkte			9.703 / 9.944	97,58%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek[2]				
Grad 0			8 / 9.944	0,08%
Grad 1			20 / 9.944	0,20%
Grad 2			39 / 9.944	0,39%
Grad 3			58 / 9.944	0,58%
Grad 4			43 / 9.944	0,43%
Grad 5			8 / 9.944	0,08%
Schmerzen[3]				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			2.057 / 9.944	20,69%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			7.858 / 9.944	79,02%

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

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

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

Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Hüfte

Osteophyten	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	**Gelenkspalt**	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben
Sklerose	0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	**Deformierung**	0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung

Schweregrade der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek:

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

Für die Bewegungsmaße gelten folgende Wertebereiche als plausibel:

Extension/Flexion	0 - 15/0 - 140/0 - 140
Ab-/Adduktion	0 - 45/0 - 45/0 - 45
Außen-/Innenrotation	0 - 50/0 - 50/0 - 50

Als Bewegungseinschränkung wird gewertet, wenn präoperativ:

Extension/Flexion	2. Wert > 0 oder 3. Wert < 90 oder
Ab-/Adduktion	1. Wert < 20 oder 3. Wert < 10 oder
Außen-/Innenrotation	die beiden größten Werte zeigen eine Differenz < 20

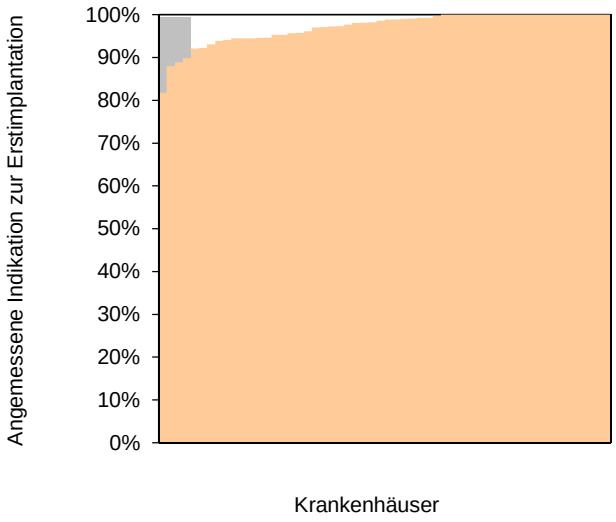
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score **oder** die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek **oder** die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score **oder** die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen **oder** bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt			9.730 / 9.944	97,85%
Vertrauensbereich				97,54% - 98,12%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

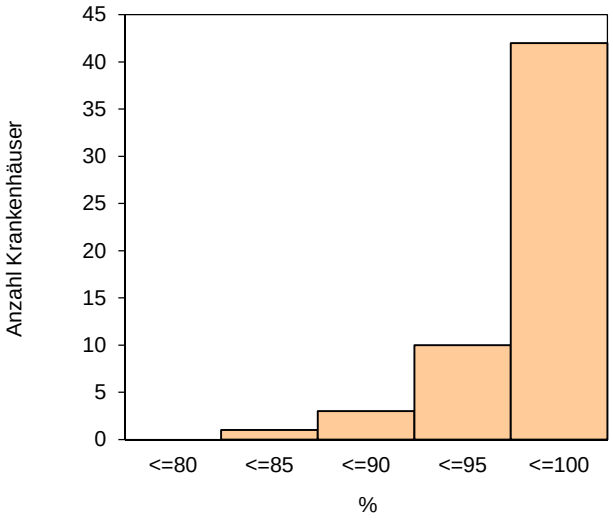
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score **oder** die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek **oder** die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score **oder** die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen **oder** bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt			9.553 / 9.754	97,94%
Vertrauensbereich				97,64% - 98,20%

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

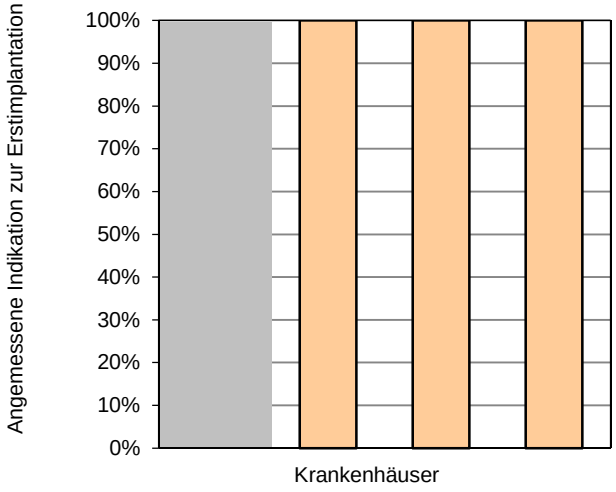
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,82	88,89	92,24	94,99	98,75	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 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			50,00	100,00	100,00			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

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

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Wechsel

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54002

Referenzbereich: >= 86,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			403 / 1.140	35,35%
Patienten mit Ruheschmerz			634 / 1.140	55,61%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch			20 / 1.140	1,75%
Implantatabrieb/-verschleiß			124 / 1.140	10,88%
Implantatfehllage der Pfanne			100 / 1.140	8,77%
Implantatfehllage des Schaftes			39 / 1.140	3,42%
Lockerung der Pfannenkomponente			333 / 1.140	29,21%
Lockerung der Schaftkomponente			299 / 1.140	26,23%
Osteolyse der Pfanne			125 / 1.140	10,96%
Osteolyse des Femurs			79 / 1.140	6,93%
periprothetischer Fraktur			182 / 1.140	15,96%
Endoprothesen(sub)luxation			115 / 1.140	10,09%
großer Knochendefekt Pfanne			80 / 1.140	7,02%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			29 / 1.140	2,54%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			16 / 1.140	1,40%
periartikuläre Ossifikation			48 / 1.140	4,21%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit Entzündungszeichen[1]			289 / 1.140	25,35%
Patienten mit positivem mikrobiologischen Kriterium[2]			183 / 1.140	16,05%
Patienten mit Endoprothesen(sub)-luxation **oder** Implantatbruch **oder** Periprothetische Fraktur **oder** Knochendefekt Pfanne **oder** Knochendefekt des Femurs **oder** Osteolyse der Pfanne **oder** Osteolyse des Femurs **oder** mindestens einem Schmerzkriterium[3] und mindestens einem klinischen/röntgeno-logischen Kriterium* **oder** erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium **oder** Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			1.056 / 1.140	92,63%
Vertrauensbereich				90,97% - 94,01%
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, Implantatfehllage des Schafts, Implantatfehllage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) oder Periartikuläre Ossifikation

Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesen(sub)-luxation **oder** Implantatbruch **oder** Periprothetische Fraktur **oder** Knochendefekt Pfanne **oder** Knochendefekt des Femurs **oder** Osteolyse der Pfanne **oder** Osteolyse des Femurs **oder** mindestens einem Schmerzkriterium[2] und mindestens einem klinischen/röntgeno-logischen Kriterium[3] **oder** erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* **oder** Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			1.136 / 1.218	93,27%
Vertrauensbereich				91,72% - 94,54%

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

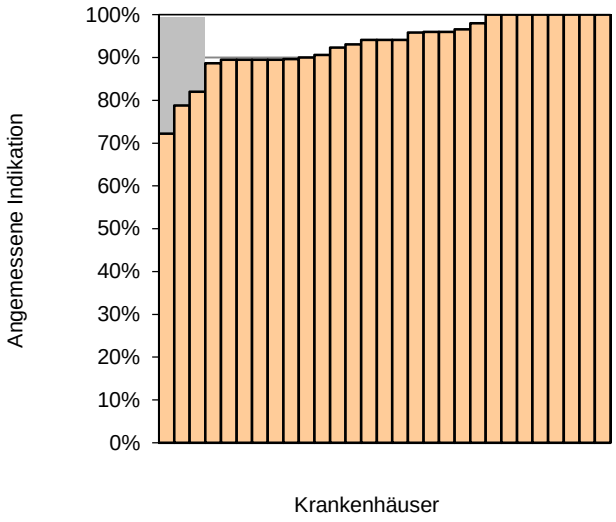
[3] Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der folgenden Befunde vorliegt: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehllage des Schafts, Implantatfehllage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit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

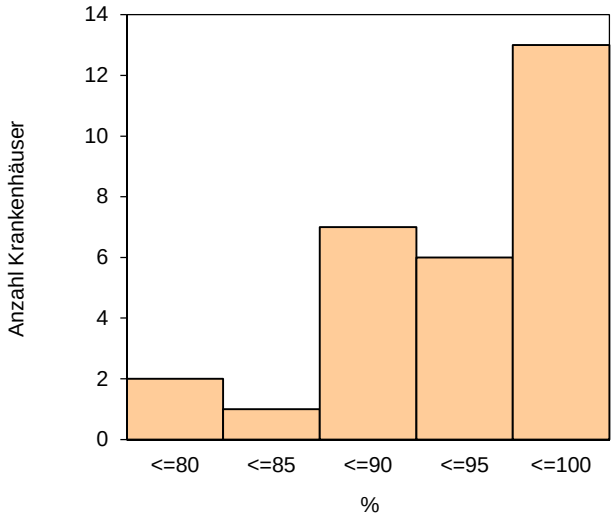
***** Das mikrobiologische Kriterium ist erfüllt, wenn ein Erregernachweis anhand mikrobiologischer Keimkultur (Punktat, Abstrich) durchgeführt wurde und positiv ist.

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

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

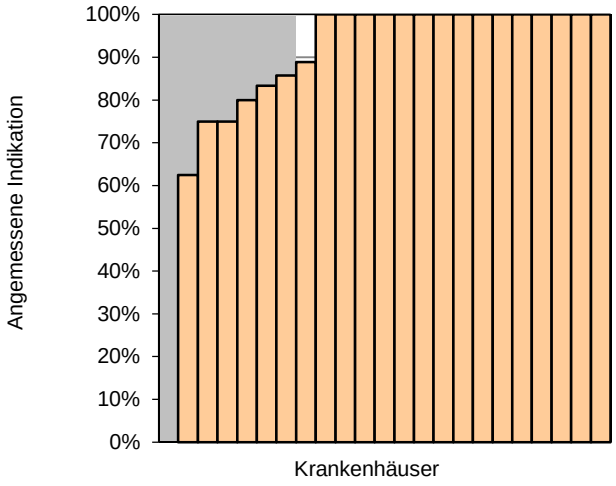
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	72,22	78,79	82,00	89,47	94,12	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	62,50	75,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer

Grundgesamtheit: Eingriffe bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur[1]

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54003

Referenzbereich: <= 15,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			1.735 / 2.770	62,64%
24 - 48 Stunden			677 / 2.770	24,44%
> 48 Stunden			358 / 2.770	12,92%
Vertrauensbereich				11,73% - 14,23%
Referenzbereich		<= 15,00%		<= 15,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			1.733 / 2.839	61,04%
24 - 48 Stunden			745 / 2.839	26,24%
> 48 Stunden			361 / 2.839	12,72%
Vertrauensbereich				11,54% - 13,99%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

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

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

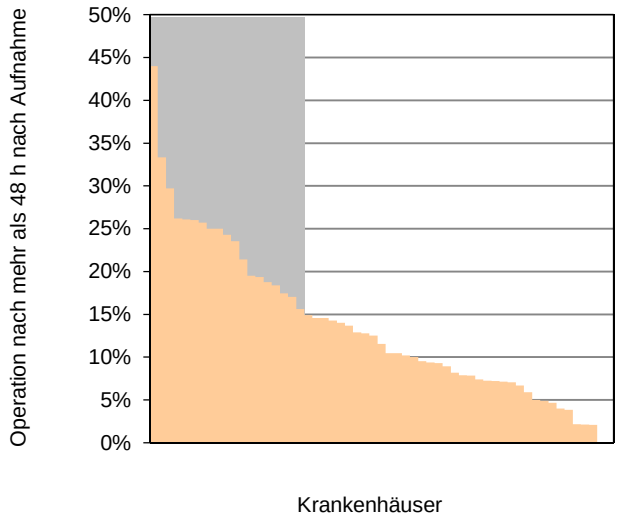
Grundgesamtheit: Alle Patienten

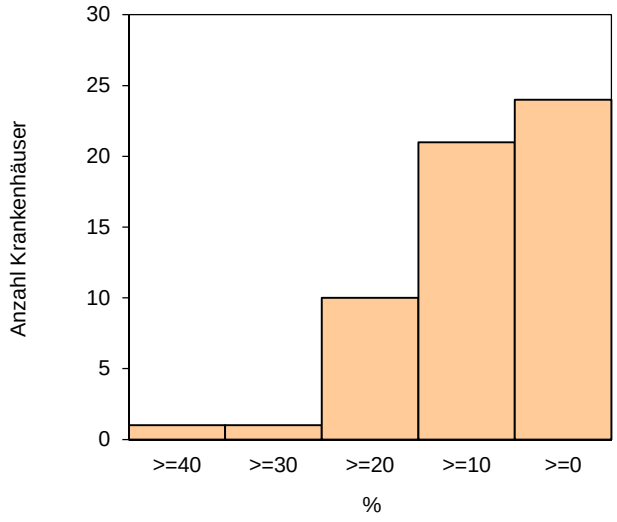
	Krankenhaus 2018			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

	Gesamt 2018			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	1.084 / 1.702 63,69%	247 / 377 65,52%	202 / 351 57,55%	202 / 340 59,41%
24 - 48 Stunden	410 / 1.702 24,09%	71 / 377 18,83%	92 / 351 26,21%	104 / 340 30,59%
> 48 Stunden	208 / 1.702 12,22%	59 / 377 15,65%	57 / 351 16,24%	34 / 340 10,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/HEP/54003]:
Anteil von Eingriffen bei Patienten, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte an allen Eingriffen bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unter Ausschluss von Behandlungsfällen mit Entlassungsdiagnose S72.2, S72.3, S72.4, S72.7 ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*)

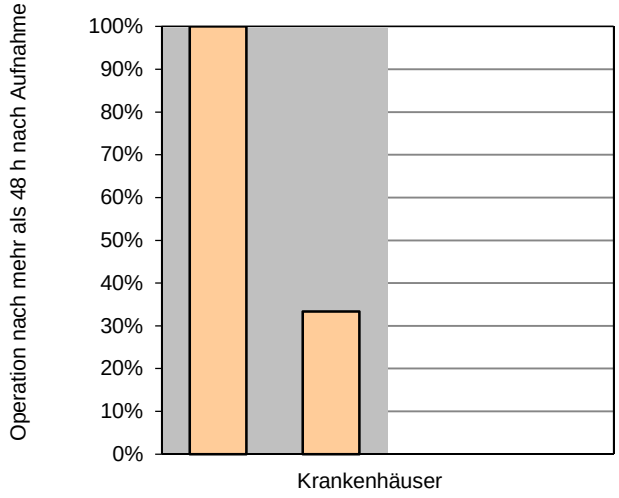
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	2,08	3,85	7,19	11,54	18,75	26,00	29,73	44,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 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	16,67	66,67			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel[1]

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54004

Referenzbereich: >= 85,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaß-nahmen) ergriffen wurden			10.019 / 10.212	98,11%
Vertrauensbereich				97,83% - 98,36%
Referenzbereich		>= 85,00%		>= 85,00%

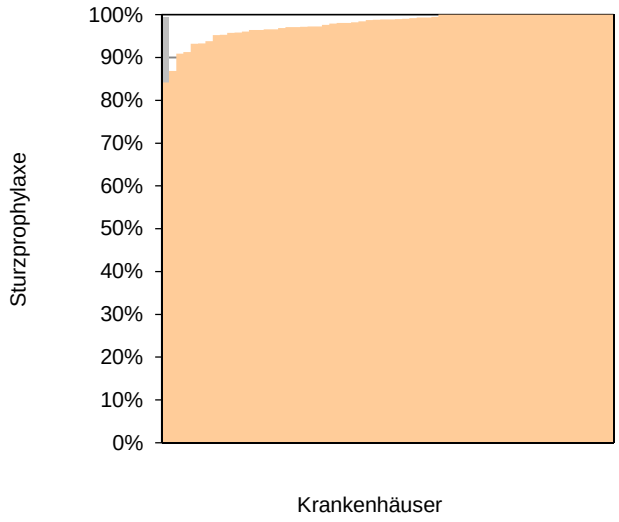
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaß-nahmen) ergriffen wurden			9.771 / 10.073	97,00%
Vertrauensbereich				96,65% - 97,32%

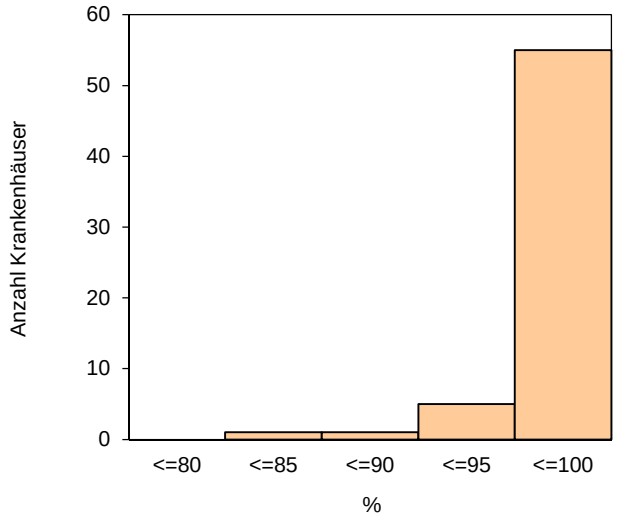
[1] Ausgeschlossen werden Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/HEP/54004]:
Anteil von Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden an allen Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel unter Ausschluss von Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten

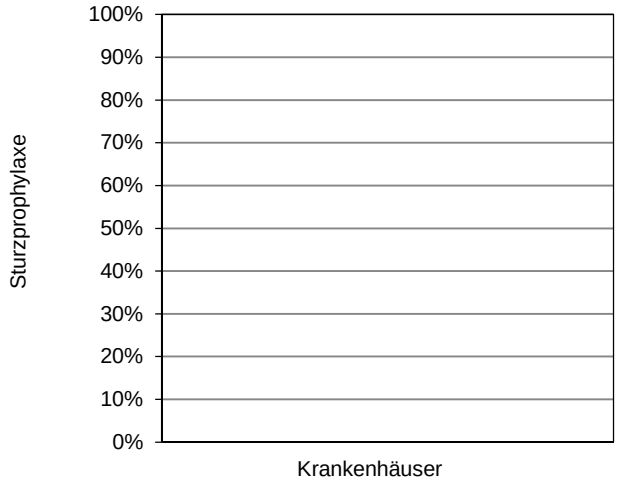
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
62 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,21	91,30	93,85	96,63	98,89	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54015

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

Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O)[2]		288 / 2.774 10,38%
vorhergesagt (E)[3]		292,10 / 2.774 10,53%
O - E		-0,15%

Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E*		0,99
Vertrauensbereich		0,88 - 1,10
Referenzbereich	<= 2,14	<= 2,14

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

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten[1] Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[2]	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)[3]		281 / 2.846 9,87%
vorhergesagt (E)*		286,51 / 2.846 10,07%
O - E		-0,19%
O/E**		0,98
Vertrauensbereich		0,88 - 1,10

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

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

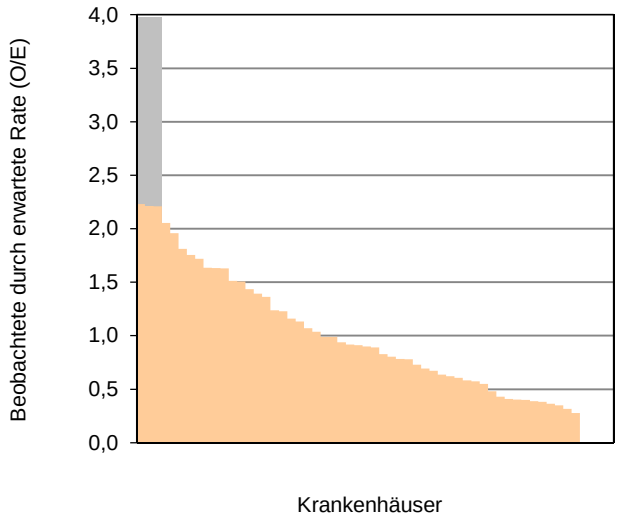
* KKez E_54015: Erwartete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54015.

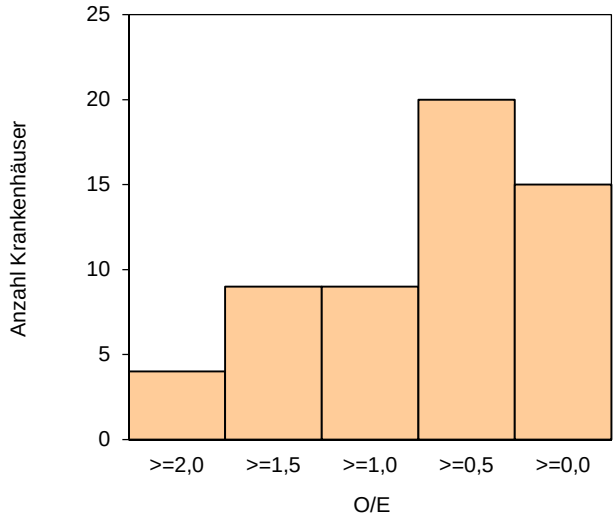
** Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur zur erwarteten Rate.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung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

Beispiel:	O/E = 1,20	Die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 20% größer als erwartet.
	O/E = 0,90	Die beobachtete Rate an Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist 10% kleiner als erwartet.

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

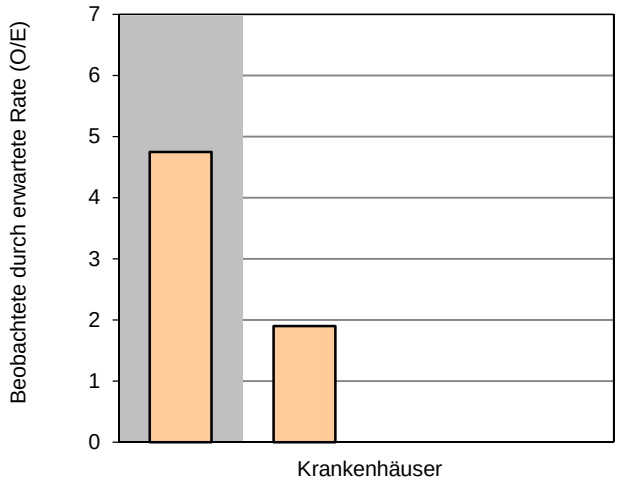
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,32	0,48	0,89	1,39	1,81	2,21	2,23

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,95	3,33			4,75

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

Art des Wertes: Gruppe 1: Qualitätsindikator

Indikator-ID: Gruppe 1: 2018/HEP/54016

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,72% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	164 / 9.915 1,65%	65 / 6.927 0,94%	99 / 2.986 3,32%
Vertrauensbereich	1,42% - 1,92%		
Referenzbereich	<= 5,72%		

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

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

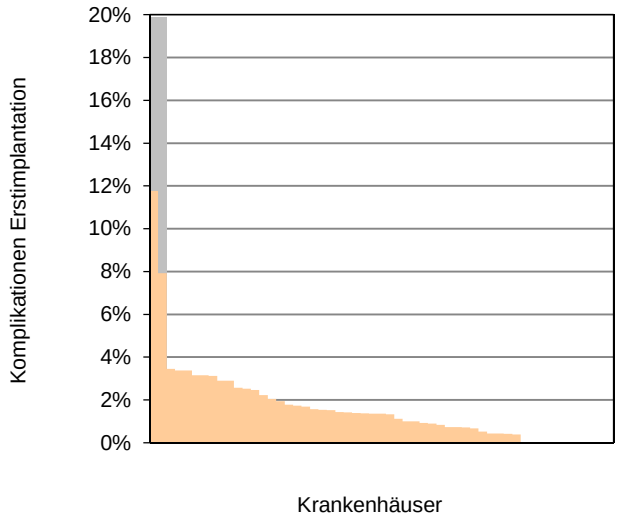
Vorjahresdaten[1]	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[2] Vertrauensbereich	153 / 9.738 1,57% 1,34% - 1,84%	58 / 6.837 0,85%	95 / 2.899 3,28%

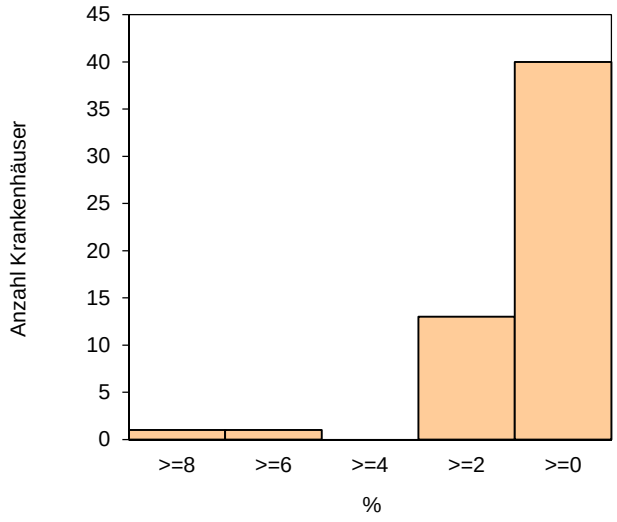
[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2018/HEP/54016]:
Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

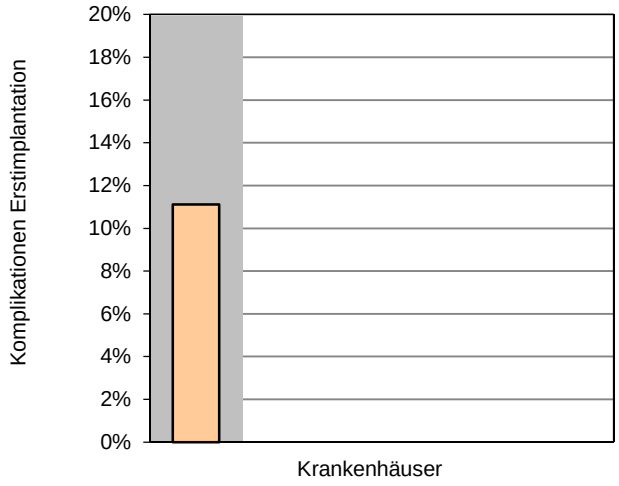
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,43	1,35	2,22	3,15	3,45	11,76

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			11,11

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

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

Art des Wertes:
Gruppe 1: Qualitätsindikator

Indikator-ID:
Gruppe 1: 2018/HEP/54017

Referenzbereich:
Gruppe 1: <= 15,15% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	76 / 1.030 7,38%	12 / 451 2,66%	64 / 579 11,05%
Vertrauensbereich	5,94% - 9,14%		
Referenzbereich	<= 15,15%		

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

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

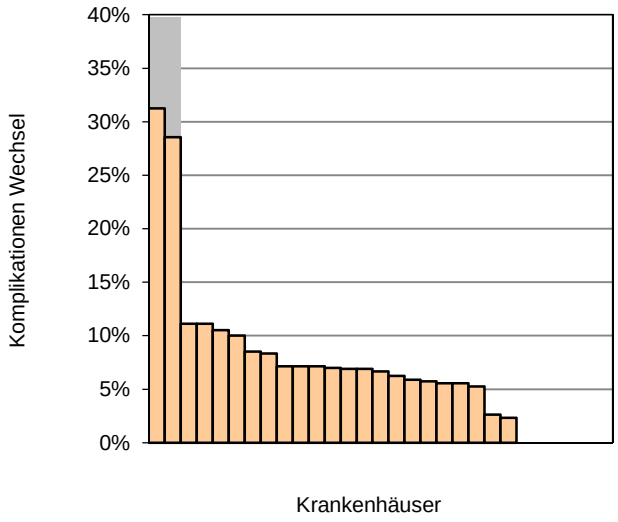
Vorjahresdaten[1]	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[2] Vertrauensbereich	55 / 1.090 5,05% 3,90% - 6,51%	7 / 467 1,50%	47 / 622 7,56%

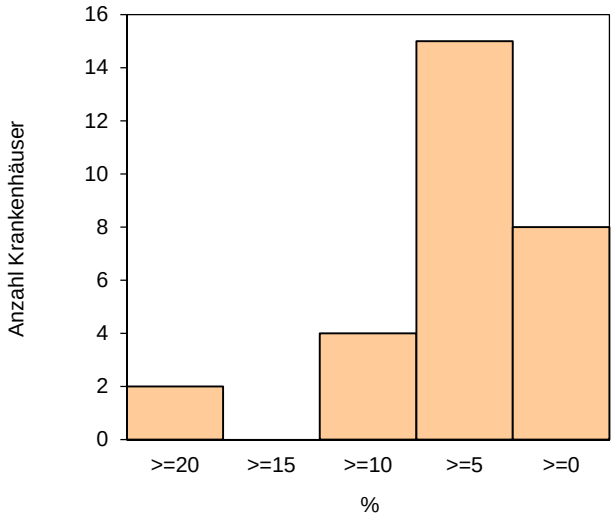
[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2018/HEP/54017]:
Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patienten mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

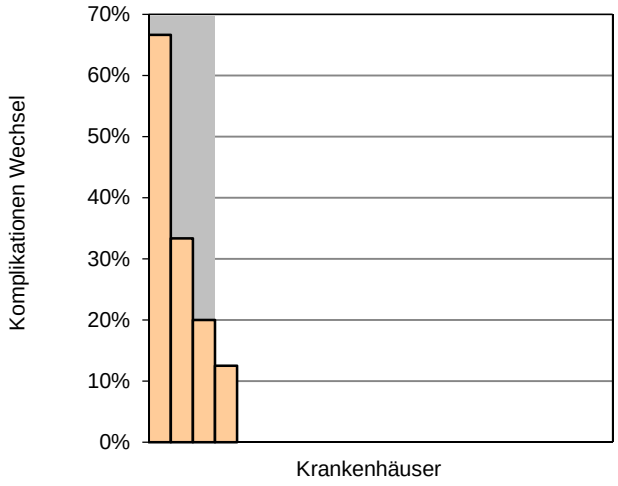
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	2,63	6,67	8,33	11,11	28,57	31,25

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	33,33	66,67

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54018

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]			153 / 2.784	5,50%
Vertrauensbereich				4,71% - 6,41%
Referenzbereich		<= 11,41%		<= 11,41%

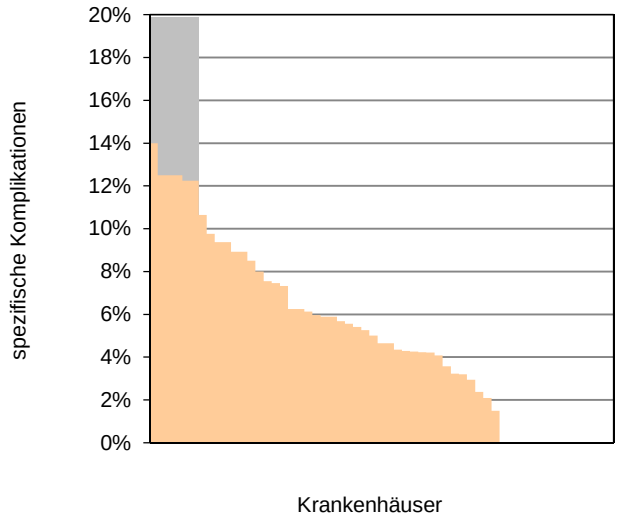
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]			144 / 2.861	5,03%
Vertrauensbereich				4,29% - 5,90%

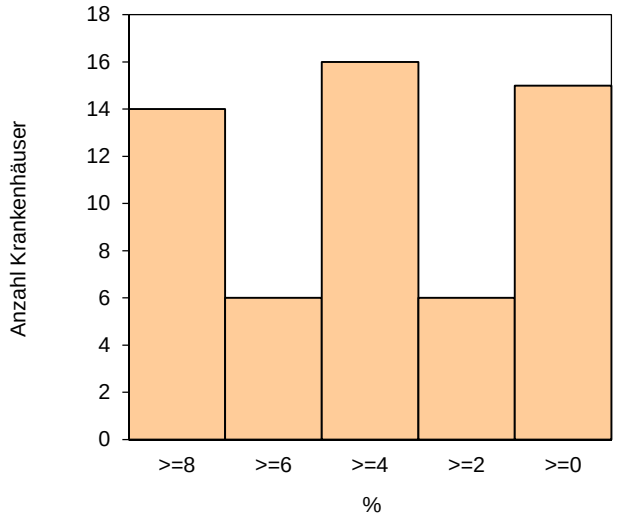
[1] Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
primäre Implantatfehllage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige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

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

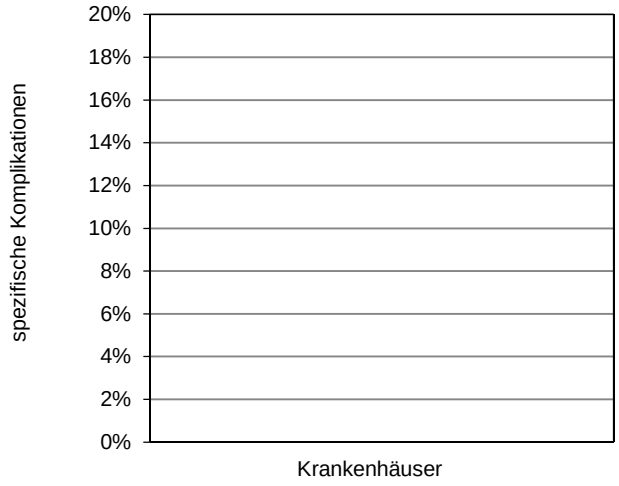
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,49	4,65	7,55	12,24	12,50	14,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54019

Referenzbereich: <= 7,50% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]			278 / 9.944	2,80%
Vertrauensbereich				2,49% - 3,14%
Referenzbereich		<= 7,50%		<= 7,50%

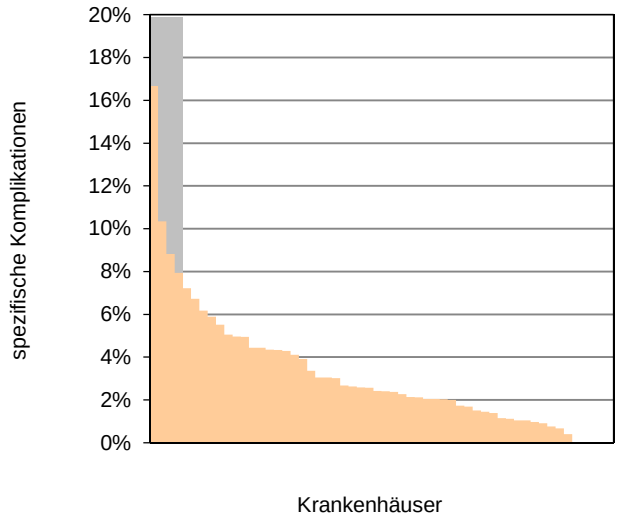
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]			236 / 9.754	2,42%
Vertrauensbereich				2,13% - 2,74%

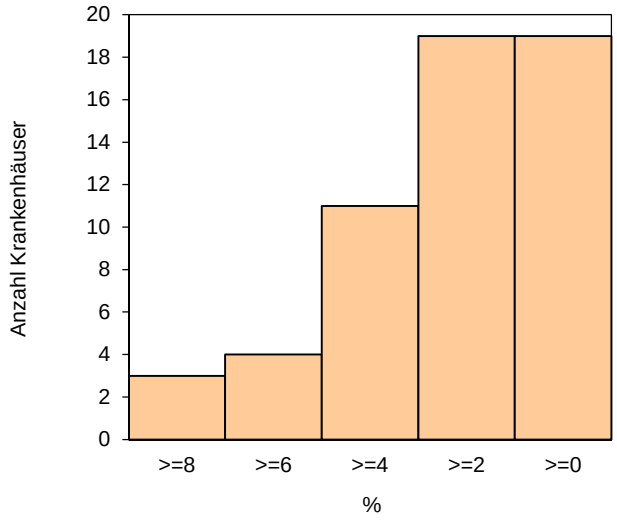
[1] Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
primäre Implantatfehllage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige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

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/HEP/54019]:
Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

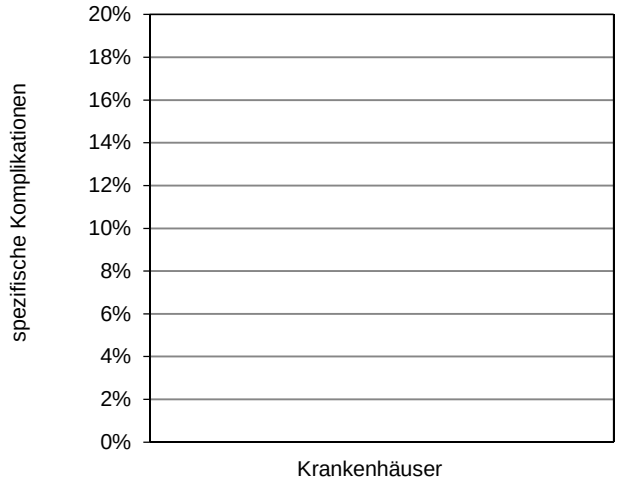
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
56 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,40	1,27	2,41	4,40	6,72	8,82	16,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 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.

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

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54120

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

Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O)[2]		143 / 1.140 12,54%
vorhergesagt (E)[3]		123,83 / 1.140 10,86%
O - E		1,68%

Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E*		1,15
Vertrauensbereich		0,99 - 1,34
Referenzbereich	<= 2,33	<= 2,33

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

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten[1] Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[2]	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)[3]		156 / 1.218 12,81%
vorhergesagt (E)*		133,67 / 1.218 10,97%
O - E		1,83%
O/E**		1,17
Vertrauensbereich		1,01 - 1,35

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

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

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

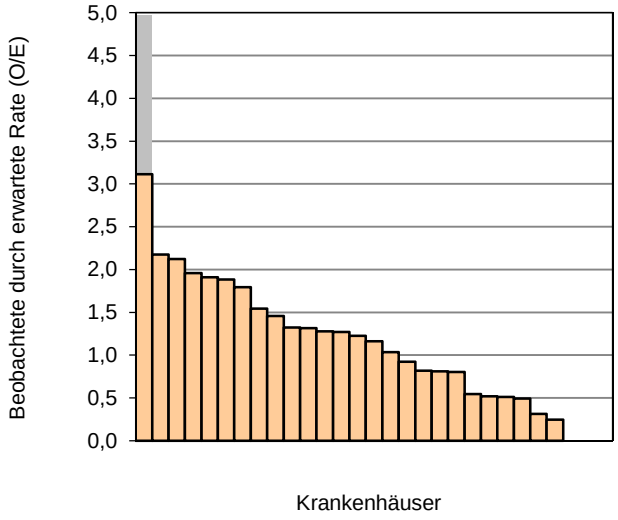
** Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat zur erwarteten Rate.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat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

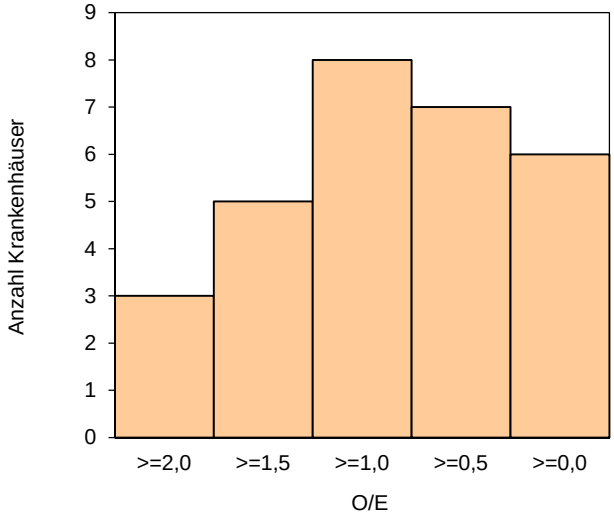
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 20% größer als erwartet.

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2018/HEP/54120]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

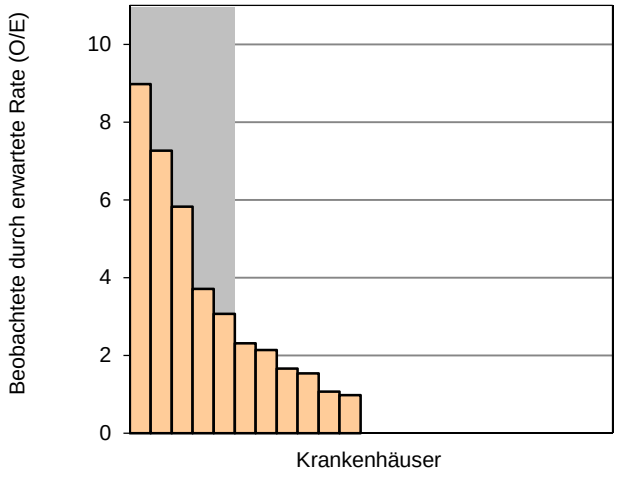
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O/E)	0,00	0,00	0,00	0,52	1,16	1,54	2,12	2,17	3,12

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O/E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,31	5,83	7,27	8,98

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2018/HEP/191800_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O)[1]		52 / 1.140 4,56%
vorhergesagt (E)[2]		53,58 / 1.140 4,70%
O - E		-0,14%

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

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

Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E[3] Vertrauensbereich		0,97 0,74 - 1,26

[3] Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat zur erwarteten Rate.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O)[2]		56 / 1.218 4,60%
vorhergesagt (E)[3]		57,65 / 1.218 4,73%
O - E		-0,14%
O/E*		0,97
Vertrauensbereich		0,75 - 1,25

[1] Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

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

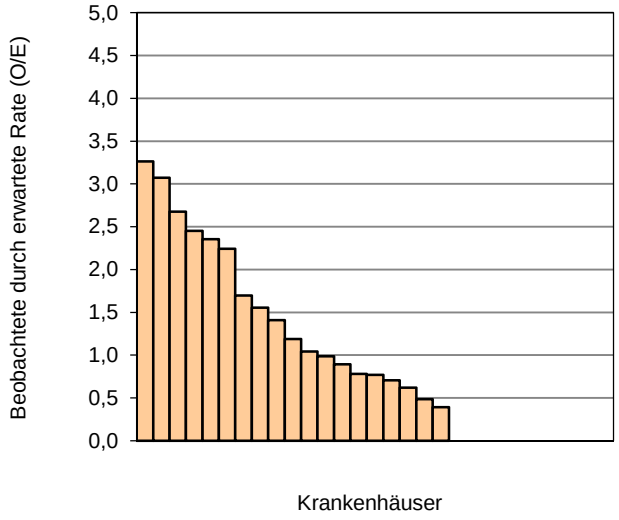
[3] KKez E_191800_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat.

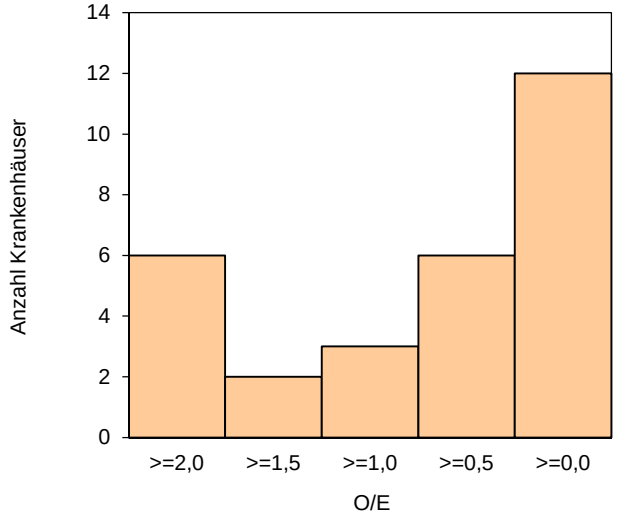
* Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat zur erwarteten Rate.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel:	O/E = 1,20	Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat ist 20% größer als erwartet.
	O/E = 0,90	Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

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

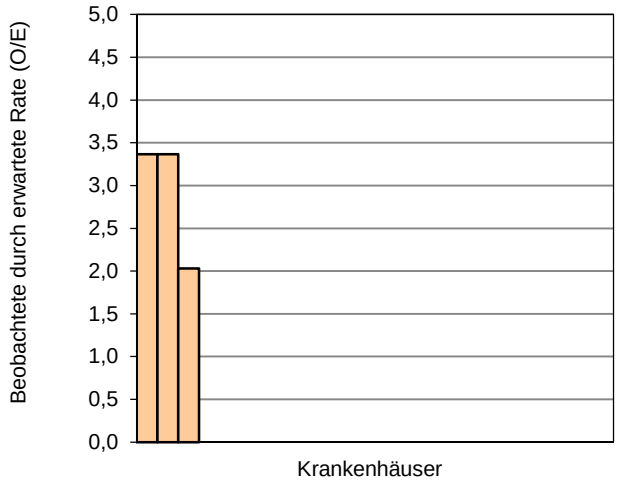
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O/E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,77	1,56	2,68	3,07	3,26

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O/E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,03	3,37	3,37

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 2: Weichteilkomplikationen

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

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2018/HEP/191801_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O)[2]		91 / 1.088 8,36%
vorhergesagt (E)[3]		70,29 / 1.088 6,46%
O - E		1,90%

Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E*		1,29
Vertrauensbereich		1,06 - 1,57

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

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten[1] Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat[2]	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)[3]		100 / 1.162 8,61%
vorhergesagt (E)*		76,15 / 1.162 6,55%
O - E		2,05%
O/E** Vertrauensbereich		1,31 1,09 - 1,58

[1] Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

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

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

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

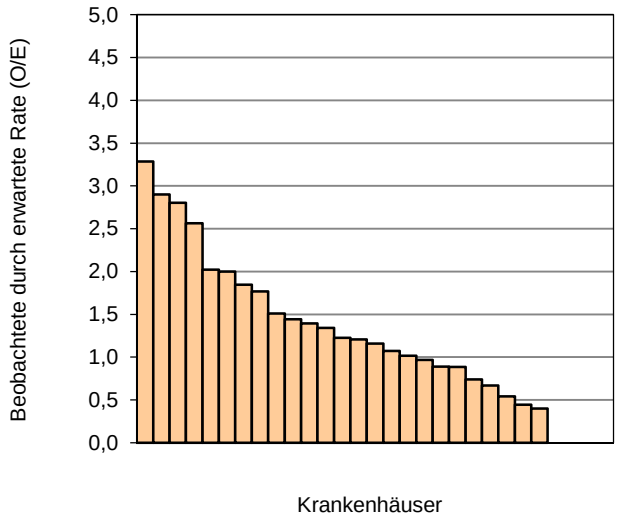
** Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat zur erwarteten Rate.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen,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

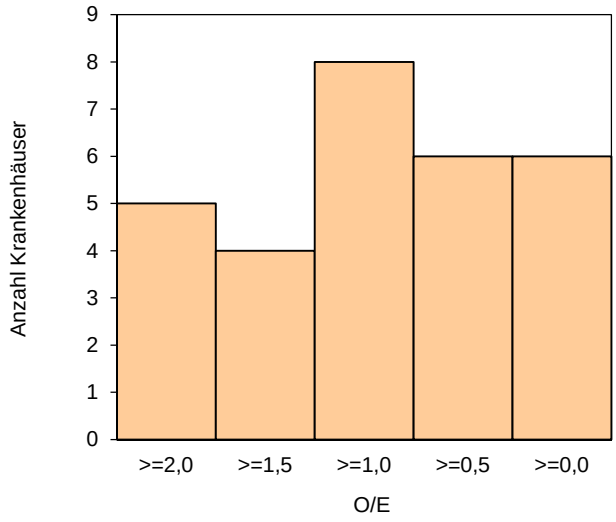
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat ist 20% größer als erwartet.

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

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

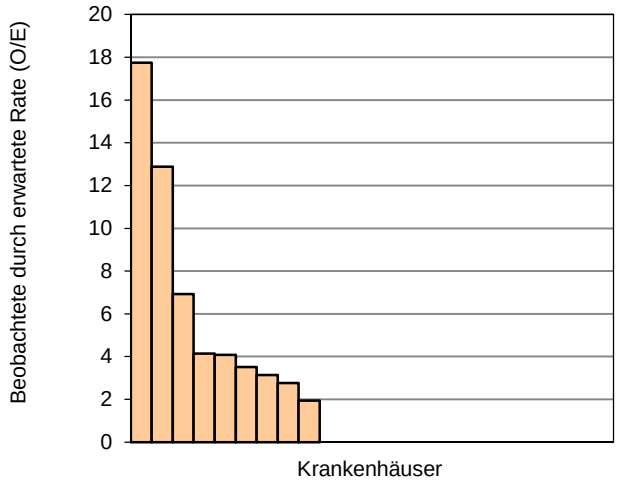
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,67	1,16	1,77	2,80	2,90	3,29

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,51	6,93	12,89	17,74

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Beweglichkeit bei Entlassung

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

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

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Indikator-ID: 2018/HEP/54010

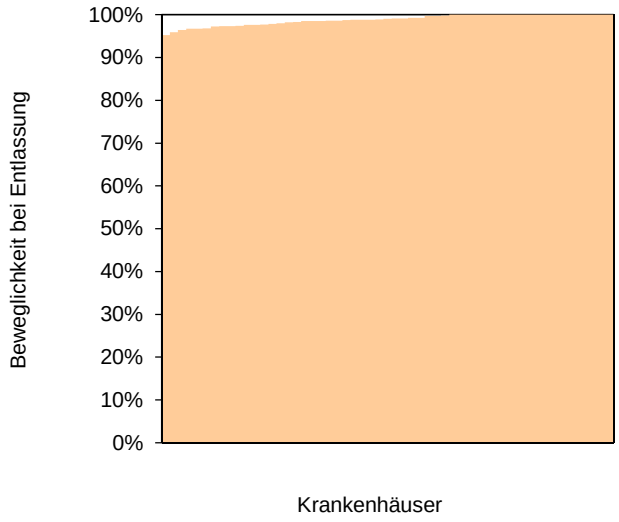
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			9.777 / 9.894	98,82%
Vertrauensbereich				98,58% - 99,01%

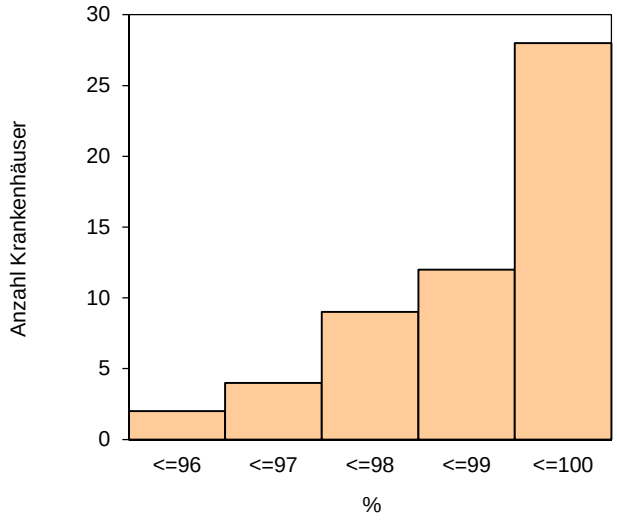
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			9.537 / 9.684	98,48%
Vertrauensbereich				98,22% - 98,71%

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7_TK_54010, Kennzahl-ID 2018/HEP/54010]:
Anteil von Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

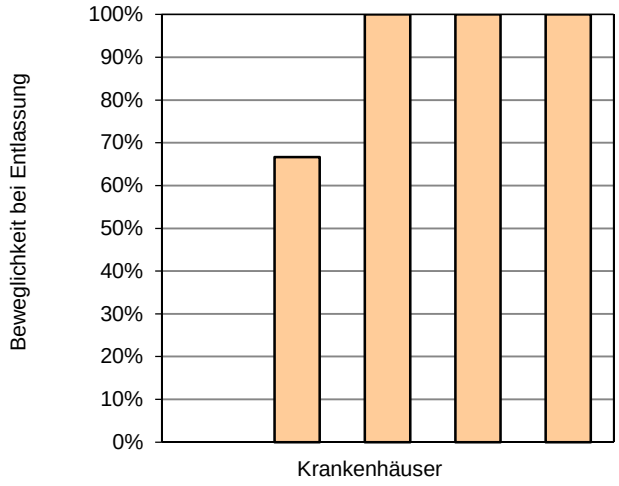
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	95,26	96,43	96,83	97,90	99,09	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage[1]
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 Tage[1]

	Krankenhaus 2018			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				

	Gesamt 2018			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	9.327 / 9.423 98,98%	187 / 196 95,41%	119 / 123 96,75%	144 / 152 94,74%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Qualitätsziel: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54012

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

Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O)[2]		408 / 12.090 3,37%
vorhergesagt (E)[3]		442,29 / 12.090 3,66%
O - E		-0,28%

Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren[1]	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E*		0,92
Vertrauensbereich		0,84 - 1,01
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten[1] Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren[2]	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)[3]		495 / 12.069 4,10%
vorhergesagt (E)*		444,61 / 12.069 3,68%
O - E		0,42%
O/E** Vertrauensbereich		1,11 1,02 - 1,21

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

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

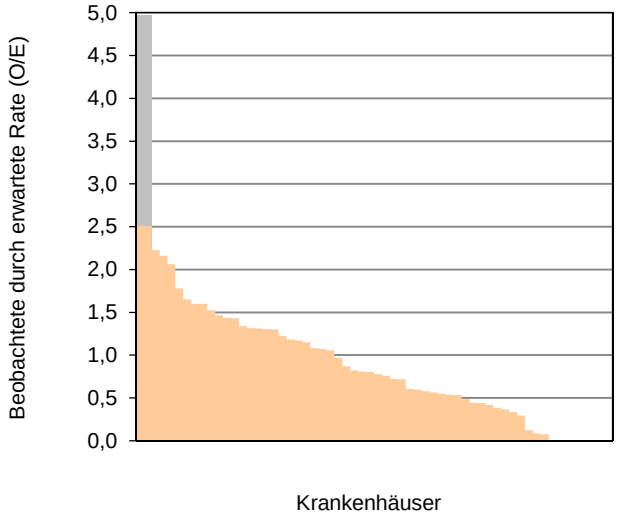
* KKez E_54012: Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

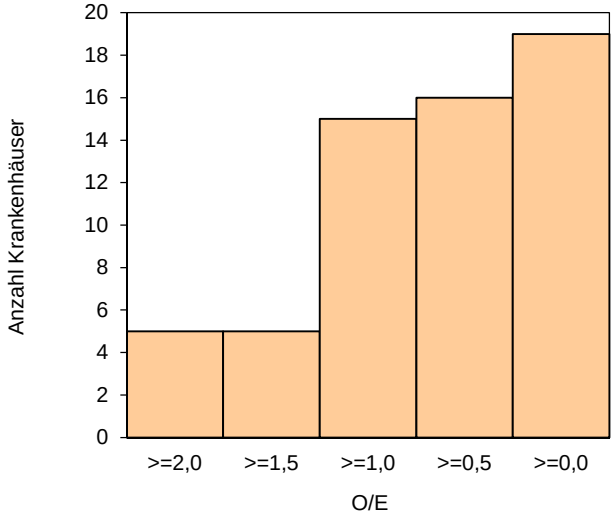
** Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

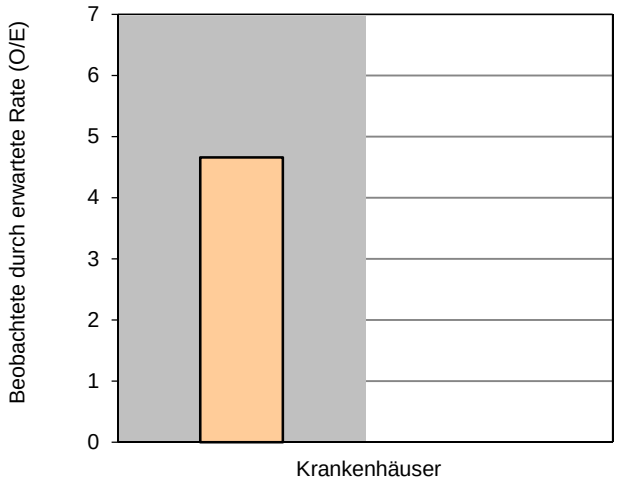
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
60 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,40	0,79	1,31	1,71	2,19	2,51

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				2,33				4,66

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Gruppe 3: mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Gruppe 4: mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			11.682 / 12.090	96,63%
Patienten mit Gehunfähigkeit[1] bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			408 / 12.090	3,37%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur)			336 / 2.037	16,49%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen -Erstimplantation)			36 / 9.323	0,39%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)			36 / 730	4,93%

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

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

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54013

Referenzbereich: Sentinel Event

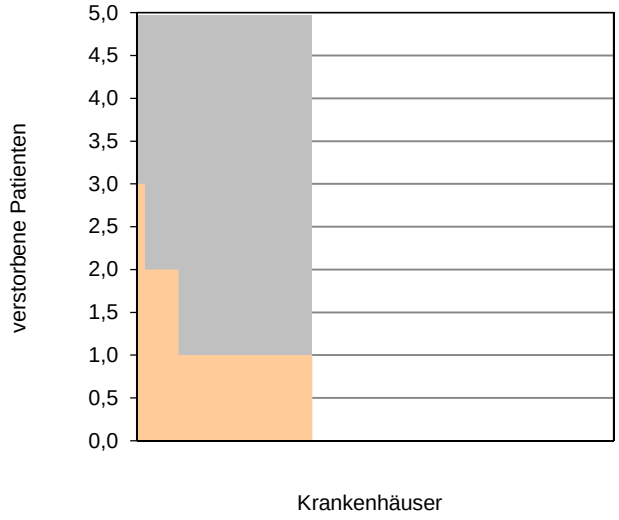
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			27 / 11.344	27,00 Fälle 0,24%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

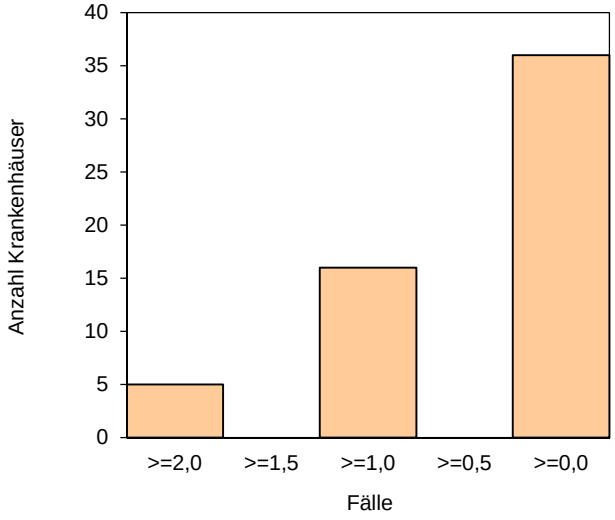
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			31 / 11.203	31,00 Fälle 0,28%

[1] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2018/HEP/54013]:
Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2018/HEP/54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 1,59%)

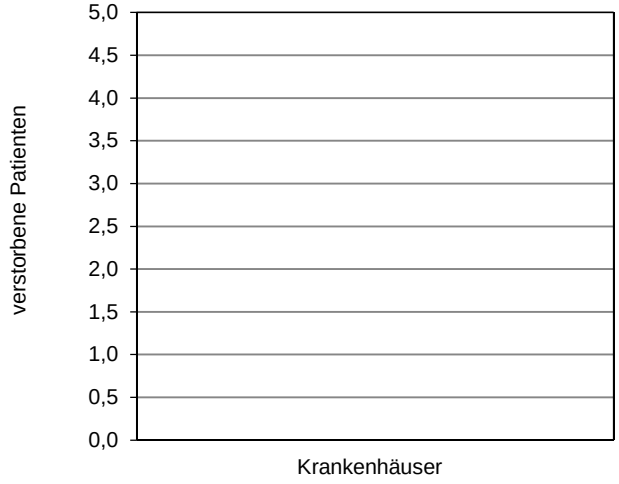
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
57 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	1,00	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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen beobachtet wurde bei Patienten, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind[1]

Art des Wertes: Qualitätsindikator (Follow-up)

Indikator-ID: 2018/HEP/10271

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

Auswertungszeitpunkt: 2018 Ereignisse im Follow-up-Zeitraum[2]	Krankenhaus	Gesamt
beobachtet (O)[3]		170 / 11.845
vorhergesagt (E)*		161,22 / 11.845
O/E**		1,05
Vertrauensbereich		0,90 - 1,22
Referenzbereich	<= 3,12	<= 3,12

Auswertungszeitpunkt: 2017*** Ereignisse im Follow-up-Zeitraum[2]	Krankenhaus	Gesamt
beobachtet (O)[3]		128 / 10.981
vorhergesagt (E)*		149,24 / 10.981
O/E**		0,86
Vertrauensbereich		0,72 - 1,01

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

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

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

[3] KKez O_10271: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

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

** Verhältnis der Ereignisse im Beobachtungszeitraum zu den erwarteten Ereignissen im Beobachtungszeitraum
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum ist 20% größer als erwartet.
O/E = 0,90 Die beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum ist 10% kleiner als erwartet.

*** Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

Grundgesamtheit: Alle Fälle
- mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder
- mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation,

für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

AK-ID: 2018/HEP/850152

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde[1]			53 / 253	20,95%
Vertrauensbereich				16,39% - 26,38%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

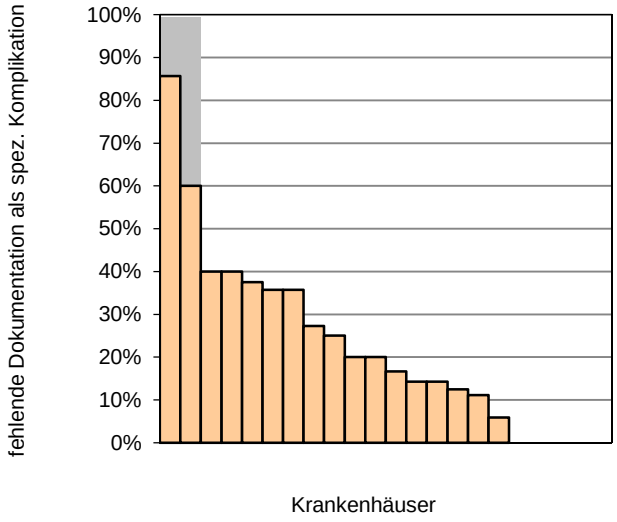
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde			67 / 219	30,59%
Vertrauensbereich				24,87% - 36,99%

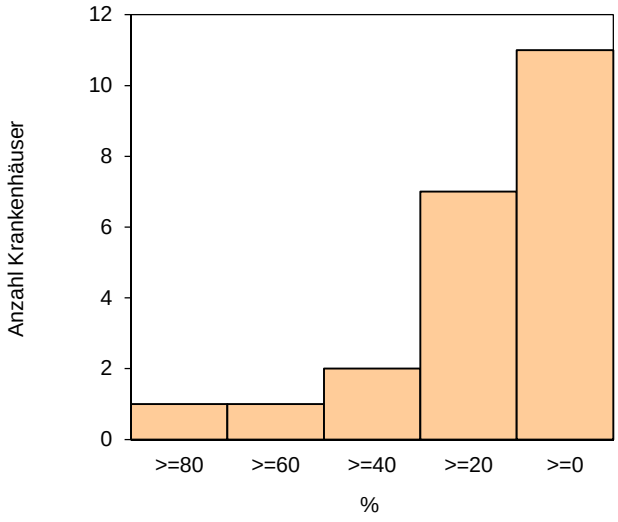
[1] Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft. Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850152, AK-ID 2018/HEP/850152]:
Anteil an Fällen, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde an allen Fällen mit mind. einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder mit mind. einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mind. eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

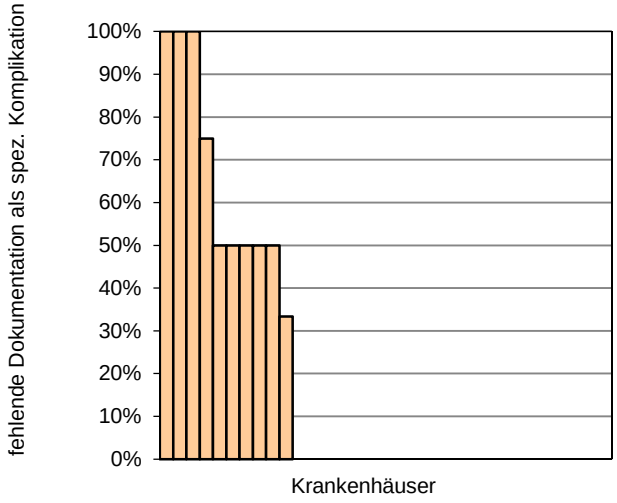
Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
22 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	5,88	18,33	35,71	40,00	60,00	85,71

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
34 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	75,00	100,00	100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

AK-ID: 2018/HEP/850151

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation[1]			38 / 124	30,65%
Vertrauensbereich				23,21% - 39,24%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

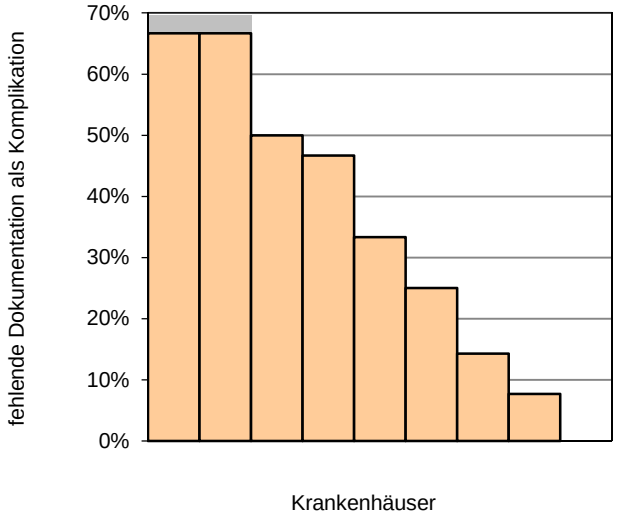
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			39 / 116	33,62%
Vertrauensbereich				25,67% - 42,62%

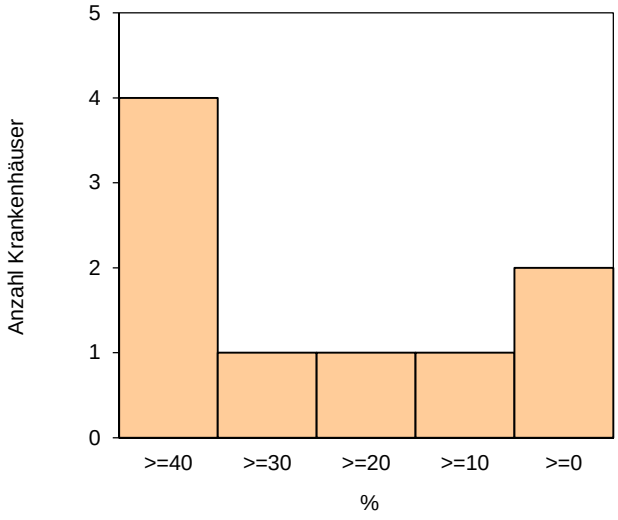
[1] Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850151, AK-ID 2018/HEP/850151]:
Anteil an Fällen ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation an allen Fällen mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte")

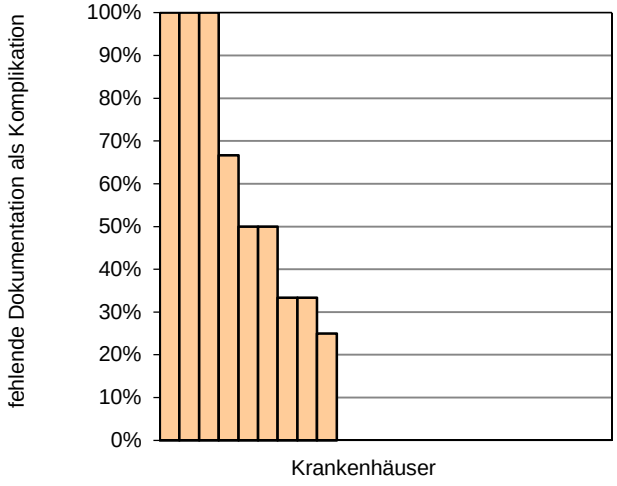
Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			14,29	33,33	50,00			66,67

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
23 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	50,00	100,00	100,00	100,00

30 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit mehr als einer OP

AK-ID: 2018/HEP/851804

Referenzbereich: < 5,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite[1]			25 / 138	25,00 Fälle
Referenzbereich		< 5,00 Fälle		< 5,00 Fälle

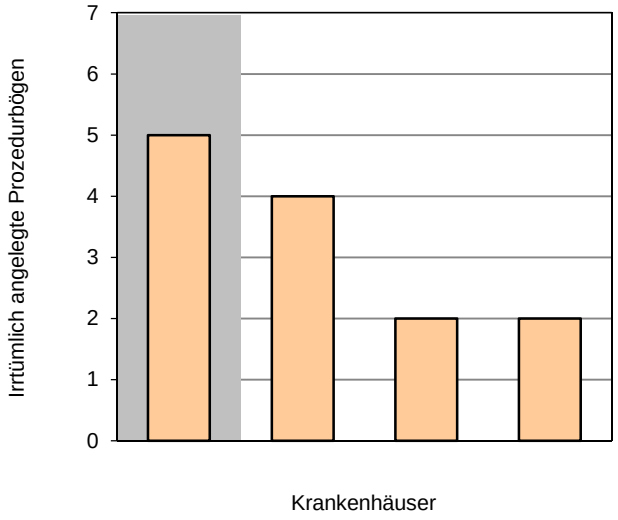
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite			28 / 227	28,00 Fälle

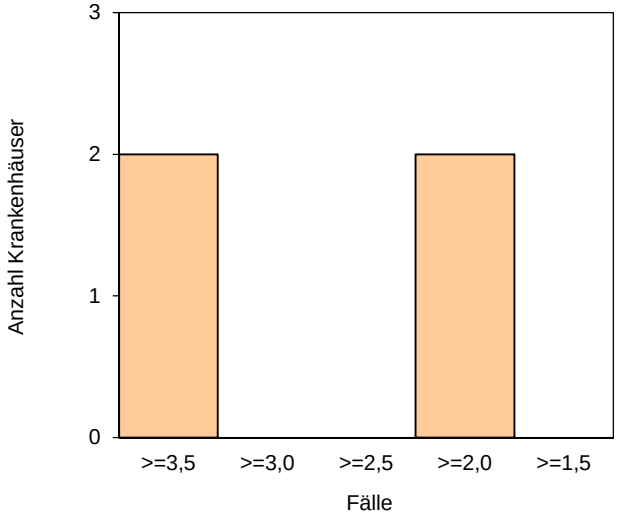
[1] Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

[2] Das Auffälligkeitskriterium wurde im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851804, AK-ID 2018/HEP/851804]:
Anzahl an Fällen mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fällen mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite an allen Fällen mit mehr als einer OP

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 4





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (Fälle)	2,00			2,00	3,00	4,50			5,00

Jahresauswertung 2018
Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 62
Anzahl Datensätze Gesamt: 13.719
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17920-L113410-P53972

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

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.682	26,84	3.860	27,50
2. Quartal			3.497	25,49	3.509	25,00
3. Quartal			3.266	23,81	3.260	23,23
4. Quartal			3.274	23,86	3.407	24,27
Gesamt			13.719		14.036	
Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			2.784		2.877	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.944		9.766	
Anzahl der Wechsel			1.140		1.647	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten		13.719		14.036	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13.719		14.036	
Median			*10,00*		*11,00*
Mittelwert			*12,57*		*13,16*
Bezug: Anzahl der Prozeduren		13.868		14.290	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13.868		14.290	
Median			*1,00*		*1,00*
Mittelwert			*1,60*		*1,90*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13.868		14.290	
Median			*9,00*		*10,00*
Mittelwert			*11,20*		*11,69*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018[1]

Liste der 8 häufigsten Diagnosen[2]

Bezug der Texte: Gesamt 2018

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	%[3]	ICD	Anzahl	%[3]	ICD	Anzahl	%[3]
1				M16.1	7.073	51,56	M16.1	7.156	50,98
2				I10.00	5.766	42,03	I10.00	6.475	46,13
3				D62	3.236	23,59	D62	3.364	23,97
4				E11.90	1.975	14,40	S72.01	1.922	13,69
5				Z96.64	1.942	14,16	E11.90	1.867	13,30
6				S72.01	1.897	13,83	Z96.64	1.860	13,25
7				Z92.2	1.255	9,15	Z92.2	1.085	7,73
8				I10.90	1.172	8,54	Z92.1	1.023	7,29

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

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

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

OPS 2018[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben[2]

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
3	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert

OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	%[3]	OPS	Anzahl	%[3]	OPS	Anzahl	%[3]
1				5-820.00	7.095	51,16	5-820.00	7.034	49,22
2				5-820.02	1.975	14,24	5-820.02	1.938	13,56
3				5-820.41	1.845	13,30	5-820.41	1.893	13,25
4				8-930	898	6,48	8-803.2	1.083	7,58
5				5-820.01	884	6,37	8-930	937	6,56

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

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

[3] Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			7.547	55,01	8.571	61,06
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			6.171	44,98	5.459	38,89
stationäre Entbindung			1	0,01	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			0	0,00	6	0,04
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			13.719		14.036	
< 50 Jahre			391 / 13.719	2,85	386 / 14.036	2,75
50 - 59 Jahre			1.623 / 13.719	11,83	1.631 / 14.036	11,62
60 - 69 Jahre			3.301 / 13.719	24,06	3.383 / 14.036	24,10
70 - 79 Jahre			4.622 / 13.719	33,69	4.782 / 14.036	34,07
80 - 89 Jahre			3.197 / 13.719	23,30	3.219 / 14.036	22,93
>= 90 Jahre			585 / 13.719	4,26	635 / 14.036	4,52
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			13.719		14.036	
Median				*74,00*		*74,00*
Mittelwert				*72,11*		*72,14*
Geschlecht						
männlich			5.352	39,01	5.539	39,46
weiblich			8.367	60,99	8.497	60,54
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			2.155	15,71	1.904	13,57
Gehen am Stück bis 500 m möglich			7.154	52,15	7.479	53,28
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			2.926	21,33	3.154	22,47
im Zimmer mobil			1.020	7,43	1.021	7,27
immobil			464	3,38	478	3,41
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			7.712	56,21	7.575	53,97
Unterarmgehstützen/Gehstock			4.240	30,91	4.612	32,86
Rollator/Gehbock			1.289	9,40	1.371	9,77
Rollstuhl			222	1,62	227	1,62
bettlägerig			256	1,87	251	1,79
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor			10.666	77,75	10.868	77,43
ja, Pflegegrad 1			319	2,33	381	2,71
ja, Pflegegrad 2			734	5,35	670	4,77
ja, Pflegegrad 3			530	3,86	411	2,93
ja, Pflegegrad 4			233	1,70	194	1,38
ja, Pflegegrad 5			28	0,20	42	0,30
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			1.209	8,81	1.470	10,47

Auslösende OPS-Kodes 2018[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2018

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

Auslösende OPS-Kodes 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]
1				5-820.00	7.056	51,43	-	-	-
2				5-820.02	1.974	14,39	-	-	-
3				5-820.41	1.835	13,38	-	-	-
4				5-820.01	884	6,44	-	-	-
5				5-820.94	568	4,14	-	-	-

[1] neues Datenfeld in 2018

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozeduren

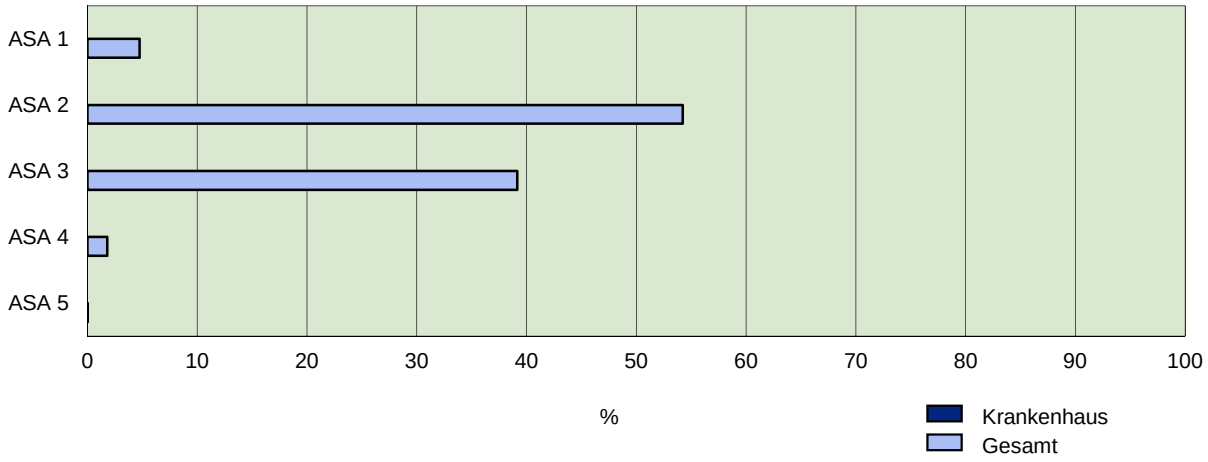
Eingriff

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
zu operierende Seite						
rechts			7.350	53,00	7.503	52,51
links			6.518	47,00	6.787	47,49

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			660	4,76	692	4,84
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			7.522	54,24	7.579	53,04
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			5.431	39,16	5.727	40,08
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			251	1,81	282	1,97
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			4	0,03	10	0,07

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			13.604	98,10	13.802	96,59
bedingt aseptische Eingriffe			167	1,20	288	2,02
kontaminierte Eingriffe			26	0,19	61	0,43
septische Eingriffe			71	0,51	139	0,97

Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			2.784	20,07	2.877	20,13
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			9.944	71,70	9.766	68,34
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			940	6,78	1.439	10,07
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			200	1,44	208	1,46
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			13.868		14.290	
Median				*70,00*		*70,00*
Mittelwert				*76,35*		*77,06*

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk-nahen Femurfrakturen			2.784		2.877	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			130	4,67	165	5,74
vorbestehende Koxarthrose			1.239	44,50	1.271	44,18
Frakturereignis						
war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			2.721	97,74	2.805	97,50
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			63	2,26	72	2,50
Frakturlokalisation						
medial			2.542	91,31	2.605	90,55
lateral			81	2,91	85	2,95
pertrochantär			103	3,70	112	3,89
sonstige			58	2,08	75	2,61
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			74 / 2.542	2,91	75 / 2.605	2,88
unverschoben			132 / 2.542	5,19	188 / 2.605	7,22
verschoben			1.489 / 2.542	58,58	1.544 / 2.605	59,27
komplett verschoben			847 / 2.542	33,32	798 / 2.605	30,63

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk-nahen Femurfrakturen			2.784		2.877	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			1.052	37,79	1.138	39,56
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)[1]			137 / 1.052	13,02	-	-
Thrombozytenaggregations-hemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)[1]			581 / 1.052	55,23	-	-
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)[1]			311 / 1.052	29,56	-	-
sonstige[1]			48 / 1.052	4,56	-	-

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

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.944		9.766	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			410	4,12	514	5,26
wenn ja:						
Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor[1]						
ja			135	32,93	-	-
nein			275	67,07	-	-
Schmerzen						
keine Schmerzen			29	0,29	33	0,34
Belastungsschmerz			2.057	20,69	1.961	20,08
Ruheschmerz			7.858	79,02	7.772	79,58

[1] neues Datenfeld in 2018

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.944		9.766	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			9.205	92,57	9.060	92,77
Extension/Flexion						
Anzahl gültiger Angaben			9.205		9.060	
Winkel Extension (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,21*		*0,22*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*3,78*		*3,79*
Winkel Flexion (Grad)						
Median				*90,00*		*90,00*
Mittelwert				*86,14*		*85,68*
Ab-/Adduktion						
Anzahl gültiger Angaben			9.205		9.060	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				*15,00*		*15,00*
Mittelwert				*16,36*		*15,92*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,16*		*0,11*
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				*10,00*		*10,00*
Mittelwert				*10,92*		*10,36*

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.944		9.766	
Außen-/Innenrotation						
Anzahl gültiger Angaben			9.205		9.060	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				*10,00*		*10,00*
Mittelwert				*12,60*		*12,78*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*1,44*		*1,39*
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				*5,00*		*5,00*
Mittelwert				*6,68*		*5,92*

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.944		9.766	
Osteophyten						
keine oder fraglich			251	2,52	231	2,37
eindeutig			4.340	43,64	3.856	39,48
große			5.353	53,83	5.679	58,15
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			42	0,42	30	0,31
eindeutig verschmälert			570	5,73	584	5,98
fortgeschritten verschmälert			4.496	45,21	4.034	41,31
aufgehoben			4.836	48,63	5.118	52,41
Sklerose						
keine Sklerose			23	0,23	24	0,25
leichte Sklerose			1.037	10,43	1.010	10,34
leichte Sklerose mit Zystenbildung			4.375	44,00	4.013	41,09
Sklerose mit Zysten			4.509	45,34	4.719	48,32
Deformierung						
keine Deformierung			258	2,59	286	2,93
leichte Deformierung			4.081	41,04	3.789	38,80
deutliche Deformierung			5.605	56,37	5.691	58,27

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			9.944		9.766	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formen-kreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein			9.768	98,23	9.597	98,27
ja			176	1,77	169	1,73
wenn ja:						
Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			8 / 176	4,55	3 / 169	1,78
Grad 1: geringe Veränderung			20 / 176	11,36	19 / 169	11,24
Grad 2: definitive Veränderung			39 / 176	22,16	51 / 169	30,18
Grad 3: deutliche Veränderung			58 / 176	32,95	54 / 169	31,95
Grad 4: schwere Veränderung			43 / 176	24,43	39 / 169	23,08
Grad 5: mutilierende Veränderung			8 / 176	4,55	3 / 169	1,78

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.140		1.647	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen			103	9,04	212	12,87
Belastungsschmerz			403	35,35	562	34,12
Ruheschmerz			634	55,61	873	53,01

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.140		1.647	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesen-explantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			289	25,35	517	31,39
mikrobiologische Unter-suchung vor der Prothesen-explantation						
nicht durchgeführt			352	30,88	546	33,15
durchgeführt, negativ			605	53,07	833	50,58
durchgeführt, positiv			183	16,05	268	16,27

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.140		1.647	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund *(Mehrfachnennungen möglich)*			971	85,18	1.253	76,08
Implantatbruch			20 / 971	2,06	36 / 1.253	2,87
Implantatabrieb/-verschleiß			124 / 971	12,77	226 / 1.253	18,04
Implantatfehllage der Pfanne			100 / 971	10,30	125 / 1.253	9,98
Implantatfehllage des Schafts			39 / 971	4,02	48 / 1.253	3,83
Lockerung der Pfannenkomponente			333 / 971	34,29	343 / 1.253	27,37
Lockerung der Schaftkomponente			299 / 971	30,79	323 / 1.253	25,78
Osteolyse der Pfanne			125 / 971	12,87	155 / 1.253	12,37
Osteolyse des Femurs			79 / 971	8,14	110 / 1.253	8,78
periprothetische Fraktur			182 / 971	18,74	220 / 1.253	17,56
Endoprothesen(sub)luxation			115 / 971	11,84	192 / 1.253	15,32
großer Knochendefekt Pfanne			80 / 971	8,24	118 / 1.253	9,42
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			29 / 971	2,99	40 / 1.253	3,19
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			16 / 971	1,65	10 / 1.253	0,80
periartikuläre Ossifikation			48 / 971	4,94	48 / 1.253	3,83

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation *(Mehrfachnennungen möglich)*			581	4,19	590	4,13
primäre Implantatfehllage			11 / 581	1,89	9 / 590	1,53
sekundäre Implantatdislokation			28 / 581	4,82	26 / 590	4,41
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)-luxation			71 / 581	12,22	66 / 590	11,19
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			141 / 581	24,27	138 / 590	23,39
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			4 / 581	0,69	2 / 590	0,34
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			45 / 581	7,75	44 / 590	7,46
periprothetische Fraktur			130 / 581	22,38	130 / 590	22,03
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			73 / 581	12,56	76 / 590	12,88
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			3 / 581	0,52	11 / 590	1,86
sonstige			119 / 581	20,48	126 / 590	21,36

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
Postoperative Wundinfektion						
ja			186	1,34	224	1,57
nein			13.682	98,66	14.066	98,43
wenn ja						
Wundinfektionstiefe nach Definition der CDC						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			40 / 186	21,51	39 / 224	17,41
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			108 / 186	58,06	144 / 224	64,29
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			38 / 186	20,43	41 / 224	18,30
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoprative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			428 / 674	63,50	421 / 706	59,63
nein			246 / 674	36,50	285 / 706	40,37

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			13.868		14.290	
weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			310	2,24	359	2,51

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
allgemeine behandlungs-bedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation *(Mehrfachnennungen möglich)*			827	6,03	816	5,81
Pneumonie			121 / 827	14,63	97 / 816	11,89
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			239 / 827	28,90	233 / 816	28,55
tiefe Bein-/Beckenvenen-thrombose			44 / 827	5,32	33 / 816	4,04
Lungenembolie			36 / 827	4,35	41 / 816	5,02
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			82 / 827	9,92	58 / 816	7,11
Schlaganfall			27 / 827	3,26	28 / 816	3,43
akute gastrointestinale Blutung			21 / 827	2,54	21 / 816	2,57
akute Niereninsuffizienz			70 / 827	8,46	78 / 816	9,56
Sonstige allgemeine behand-lungsbedürftige Komplikationen			409 / 827	49,46	334 / 816	40,93

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten ab 65 Jahren			10.215		10.434	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisiko-faktoren des Patienten (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe)[1]						
nein			157 / 10.215	1,54	290 / 10.434	2,78
ja			10.058 / 10.215	98,46	10.144 / 10.434	97,22
Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturz-prophylaxe (lt. Pflege-dokumentation)[1]						
nein			145 / 10.215	1,42	175 / 10.434	1,68
ja			10.070 / 10.215	98,58	10.259 / 10.434	98,32

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

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			12.989	94,68	13.225	94,22
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			9.851		9.641	
Winkel Extension (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,11*		*0,18*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,02*		*0,02*
Winkel Flexion (Grad)						
Median				*90,00*		*90,00*
Mittelwert				*90,09*		*90,19*

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			1.025	7,47	976	6,95
Gehen am Stück bis 500 m möglich			4.574	33,34	4.877	34,75
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			7.026	51,21	6.916	49,27
im Zimmer mobil			722	5,26	864	6,16
immobil			192	1,40	188	1,34
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			234	1,71	137	0,98
Unterarmgehstützen/Gehstock			11.197	81,62	11.520	82,07
Rollator/Gehbock			1.825	13,30	1.891	13,47
Rollstuhl			191	1,39	179	1,28
bettlägerig			92	0,67	94	0,67

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
01: regulär beendet			7.555	55,07	7.414	52,82
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			452	3,29	530	3,78
03: aus sonstigen Gründen			3	0,02	2	0,01
04: gegen ärztlichen Rat			20	0,15	17	0,12
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			225	1,64	238	1,70
07: Tod			199	1,45	225	1,60
08: Verlegung nach § 14			8	0,06	5	0,04
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.669	34,03	5.007	35,67
10: in Pflegeeinrichtung			494	3,60	504	3,59
11: in Hospiz			1	0,01	2	0,01
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,01	4	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			13	0,09	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,01	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			75	0,55	86	0,61
22: Fallabschluss			2	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:

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

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			13.719		14.036	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			2.336	17,03	2.457	17,50
Dienstag			2.126	15,50	2.106	15,00
Mittwoch			2.224	16,21	2.263	16,12
Donnerstag			2.237	16,31	2.263	16,12
Freitag			2.569	18,73	2.806	19,99
Samstag			1.476	10,76	1.406	10,02
Sonntag			751	5,47	735	5,24

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:
Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.
Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

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

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

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.
In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein „oder“ als logisches, d. h. inklusives „oder“ zu verstehen im Sinne von „und/oder“.
Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

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

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

2. Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

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

3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind **(fixer Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 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 <= 90%-Perzentil definiert.
Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2018.

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

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

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,50%
5 von 200 = 2,50% <= 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 <= 2,50%
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von 2,50481696% (gerundet 2,50%).
Diese ist größer als 2,50% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

4. Vorjahresdaten

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

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

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

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

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

Die Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.
Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.
Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

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

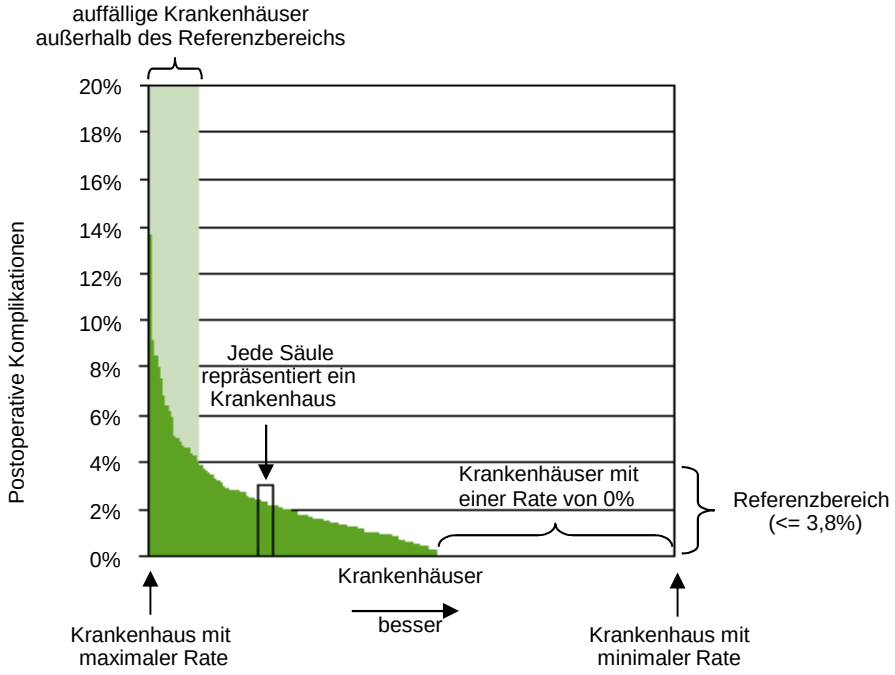
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

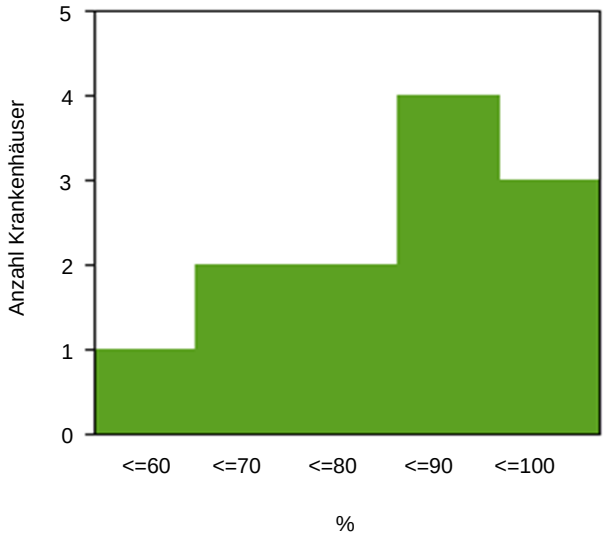
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

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

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

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

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

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

Konfidenzintervall
Siehe Vertrauensbereich

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

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

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

Rate
Siehe Anteil

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

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

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

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

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

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

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