

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

St.-Josef-Stift
Sendenhorst
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Nordrhein-Westfalen): 286
Anzahl Datensätze Gesamt: 53.842
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 01. März 2019
2018 - D17865-L113103-P53955

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

St.-Josef-Stift
Sendenhorst
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Nordrhein-Westfalen): 286
Anzahl Datensätze Gesamt: 53.842
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 01. März 2019
2018 - D17865-L113103-P53955

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ³	Seite
2018/HEP/54001 QI: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.129 / 1.149	98,26%	97,41%	>= 90,00%	innerhalb	98,42%	11
2018/HEP/54002 QI: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	54 / 55	98,18%	91,95%	>= 86,00%	innerhalb	95,08%	14
2018/HEP/54003 QI: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1 / 8	12,50%	11,19%	<= 15,00%	innerhalb	25,00%	17
2018/HEP/54004 QI: Sturzprophylaxe	701 / 715	98,04%	96,10%	>= 85,00%	innerhalb	99,44%	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 Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus 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							
		0,00	0,95	<= 2,14	innerhalb	0,00	22
2018/HEP/54016							
QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation							
	3 / 1.148	0,26%	1,40%	<= 5,72%	innerhalb	0,61%	25
2018/HEP/54017							
QI: bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel							
	1 / 52	1,92%	5,59%	<= 15,15%	innerhalb	5,26%	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 Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Spezifische Komplikationen							
2018/HEP/54018							
QI: bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0 / 8	0,00%	4,70%	<= 11,41%	innerhalb	0,00%	31
2018/HEP/54019							
QI: bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation	17 / 1.149	1,48%	2,37%	<= 7,50%	innerhalb	1,31%	33
2018/HEP/54120							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel		0,60	1,08	<= 2,33	innerhalb	0,35	35
2018/HEP/191800_54120							
KKez: Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen		0,41	1,05	-	-	0,41	38
2018/HEP/191801_54120							
KKez: Ebene 2: Weichteilkomplikationen		0,75	1,11	-	-	0,30	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 Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ³	Seite
2018/HEP/54010 TKez: Beweglichkeit bei Entlassung	1.139 / 1.148	99,22%	98,74%	-	-	99,30%	44
2018/HEP/54012 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung		0,26	0,91	<= 2,40	innerhalb	0,84	47
2018/HEP/54013 QI: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	0 / 1.194	0,00 Fälle	98,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,00 Fälle	51
2018/HEP/10271 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)		0,62	1,15	<= 3,12	innerhalb	0,00	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 Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ²	Seite
2018/HEP/850152 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	2 / 6	33,33%	33,73%	<= 50,00%	innerhalb	14,29%	54
2018/HEP/850151 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	3 / 7	42,86%	33,14%	<= 50,00%	innerhalb	33,33%	56
2018/HEP/851804 Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	1 / 4	1,00 Fälle	81,00 Fälle	< 5,00 Fälle	-	2,00 Fälle	58

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

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Follow-up-Indikatoren

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

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

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

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

Auswertungen (Standorte)

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

Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel:	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien
Grundgesamtheit:	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2018/HEP/54001
Referenzbereich:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien¹				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score ²				
0 Punkte	0 / 1.149	0,00%	36 / 36.726	0,10%
1 - 2 Punkte	1 / 1.149	0,09%	164 / 36.726	0,45%
3 - 4 Punkte	17 / 1.149	1,48%	884 / 36.726	2,41%
5 - 9 Punkte	996 / 1.149	86,68%	28.692 / 36.726	78,12%
10 Punkte	135 / 1.149	11,75%	6.950 / 36.726	18,92%
5 - 10 Punkte	1.131 / 1.149	98,43%	35.642 / 36.726	97,05%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ²				
Grad 0	0 / 1.149	0,00%	17 / 36.726	0,05%
Grad 1	1 / 1.149	0,09%	59 / 36.726	0,16%
Grad 2	0 / 1.149	0,00%	69 / 36.726	0,19%
Grad 3	4 / 1.149	0,35%	175 / 36.726	0,48%
Grad 4	110 / 1.149	9,57%	244 / 36.726	0,66%
Grad 5	10 / 1.149	0,87%	25 / 36.726	0,07%
Schmerzen³				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz	101 / 1.149	8,79%	9.552 / 36.726	26,01%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz	1.043 / 1.149	90,77%	26.989 / 36.726	73,49%

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

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt Vertrauensbereich Referenzbereich	1.129 / 1.149	98,26% 97,33% - 98,87% >= 90,00%	35.774 / 36.726	97,41% 97,24% - 97,57% >= 90,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt Vertrauensbereich	1.123 / 1.141	98,42% 97,52% - 99,00%	35.613 / 36.794	96,79% 96,61% - 96,97%

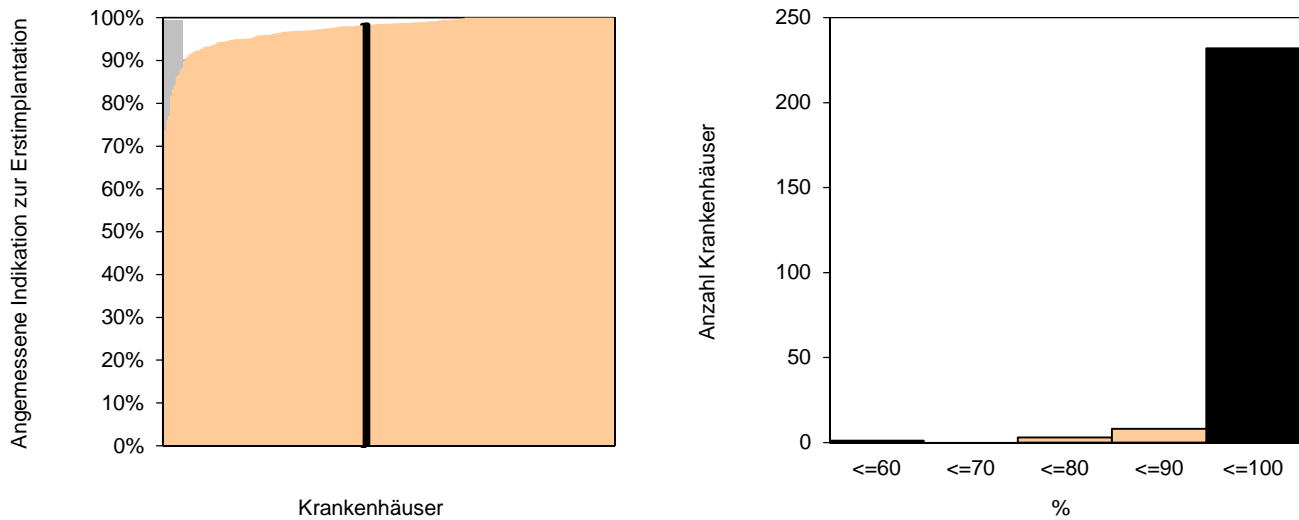
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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:

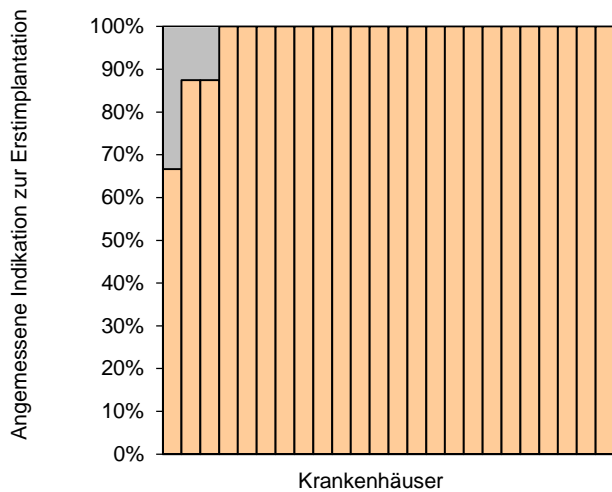
244 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	59,59	90,58	93,28	96,35	98,60	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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

18 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	19 / 55	34,55%	1.716 / 4.623	37,12%
Patienten mit Ruheschmerz	34 / 55	61,82%	2.449 / 4.623	52,97%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch	2 / 55	3,64%	141 / 4.623	3,05%
Implantatabrieb/-verschleiß	4 / 55	7,27%	459 / 4.623	9,93%
Implantatfehlage der Pfanne	5 / 55	9,09%	445 / 4.623	9,63%
Implantatfehlage des Schaftes	4 / 55	7,27%	219 / 4.623	4,74%
Lockerung der Pfannenkomponente	28 / 55	50,91%	1.270 / 4.623	27,47%
Lockerung der Schaftkomponente	17 / 55	30,91%	1.243 / 4.623	26,89%
Osteolyse der Pfanne	5 / 55	9,09%	502 / 4.623	10,86%
Osteolyse des Femurs	7 / 55	12,73%	364 / 4.623	7,87%
periprothetischer Fraktur	5 / 55	9,09%	876 / 4.623	18,95%
Endoprothesen(sub)luxation	2 / 55	3,64%	639 / 4.623	13,82%
großer Knochendefekt Pfanne	7 / 55	12,73%	340 / 4.623	7,35%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	2 / 55	3,64%	129 / 4.623	2,79%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	0 / 55	0,00%	51 / 4.623	1,10%
periartikuläre Ossifikation	4 / 55	7,27%	137 / 4.623	2,96%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit Entzündungszeichen ¹	12 / 55	21,82%	984 / 4.623	21,28%
Patienten mit positivem mikrobiologischen Kriterium ²	7 / 55	12,73%	587 / 4.623	12,70%
Patienten mit Endoprothesen(sub-)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder mindestens einem Schmerzkriterium ³ und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium* oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium	54 / 55	98,18%	4.251 / 4.623	91,95%
Vertrauensbereich		90,39% - 99,68%		91,13% - 92,70%
Referenzbereich		>= 86,00%		>= 86,00%

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesen(sub- luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem klinischen/röntgeno- logischen Kriterium ³ oder erfüllttem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* oder Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich	58 / 61	95,08%	4.283 / 4.632	92,47%
		86,51% - 98,31%		91,67% - 93,19%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

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

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

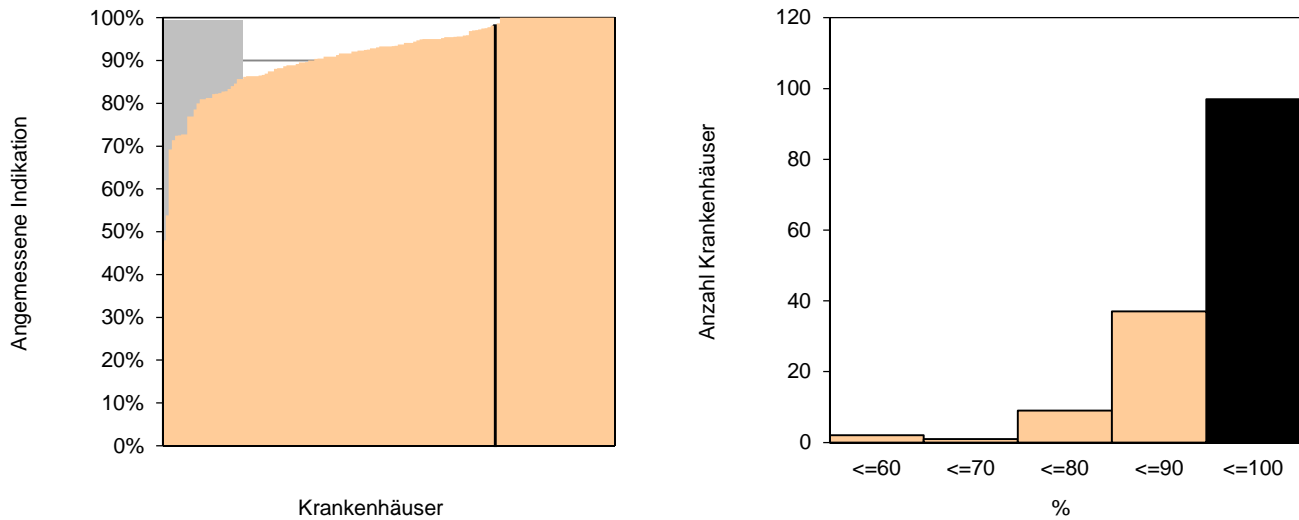
** Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

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:

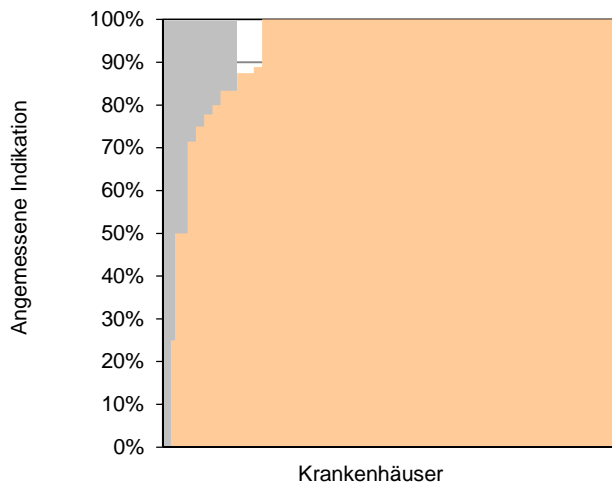
146 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,00	72,73	81,25	88,10	93,33	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

109 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	50,00	77,78	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

31 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	4 / 8	4,00%	8.684 / 13.030	66,65%
24 - 48 Stunden	3 / 8	37,50%	2.888 / 13.030	22,16%
> 48 Stunden	1 / 8	12,50%	1.458 / 13.030	11,19%
Vertrauensbereich		2,24% - 47,09%		10,66% - 11,74%
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 / 4	1,00%	8.039 / 12.642	63,59%
24 - 48 Stunden	2 / 4	50,00%	3.006 / 12.642	23,78%
> 48 Stunden	1 / 4	25,00%	1.597 / 12.642	12,63%
Vertrauensbereich		4,56% - 69,94%		12,06% - 13,22%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2018			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	4 / 7 57,14%	0 / 1 0,00%	0 / 0	0 / 0
24 - 48 Stunden	3 / 7 42,86%	0 / 1 0,00%	0 / 0	0 / 0
> 48 Stunden	0 / 7 0,00%	1 / 1 100,00%	0 / 0	0 / 0
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

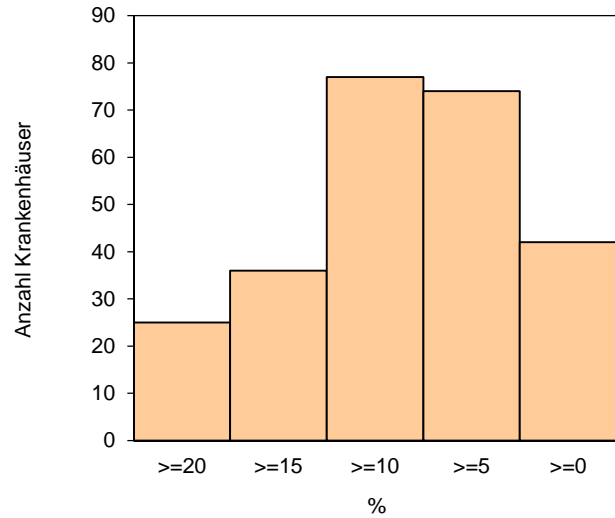
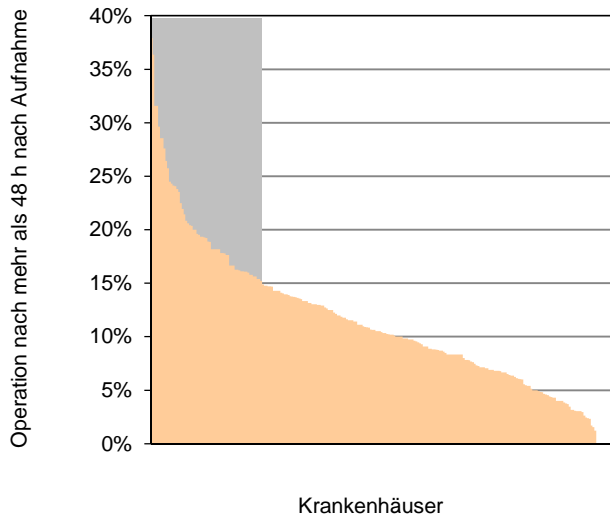
	Gesamt 2018			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	5.323 / 7.866 67,67%	1.299 / 1.903 68,26%	1.039 / 1.672 62,14%	1.023 / 1.589 64,38%
24 - 48 Stunden	1.753 / 7.866 22,29%	322 / 1.903 16,92%	410 / 1.672 24,52%	403 / 1.589 25,36%
> 48 Stunden	790 / 7.866 10,04%	282 / 1.903 14,82%	223 / 1.672 13,34%	163 / 1.589 10,26%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

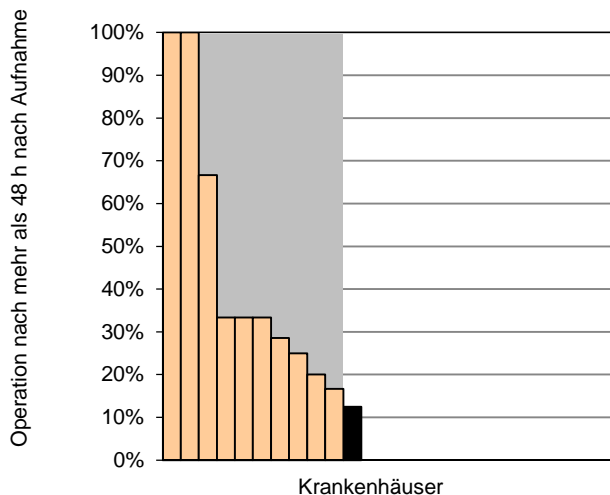
254 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,69	3,70	6,82	10,38	14,75	19,61	24,14	37,93

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28,57	66,67	100,00	100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden	701 / 715	98,04%	38.472 / 40.035	96,10%
Vertrauensbereich		96,74% - 98,83%		95,90% - 96,28%
Referenzbereich		>= 85,00%		>= 85,00%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden	707 / 711	99,44%	37.875 / 39.622	95,59%
Vertrauensbereich		98,56% - 99,78%		95,38% - 95,79%

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

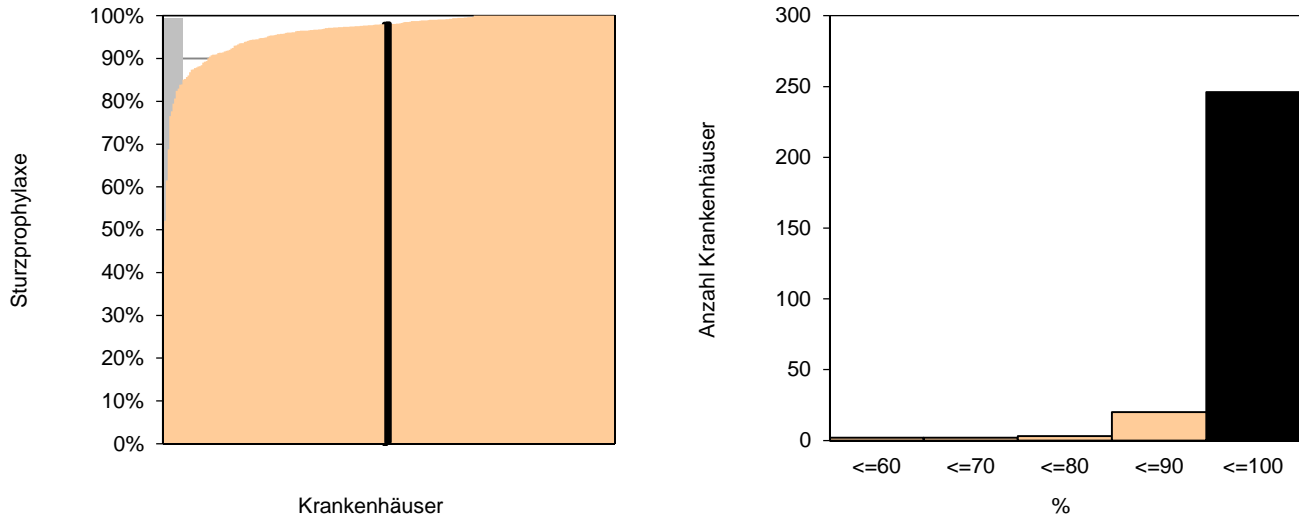
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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:

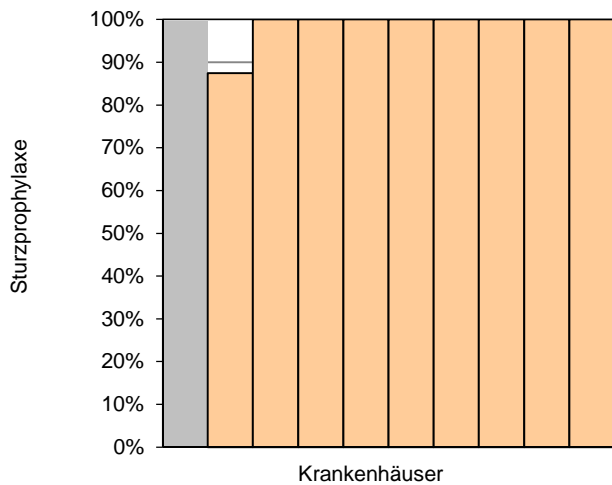
273 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	41,63	85,22	90,09	95,52	98,08	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		43,75	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54015

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

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²	0 / 8 0,00%	1.361 / 13.042 10,44%
vorhergesagt (E) ³	0,83 / 8 10,42%	1.432,36 / 13.042 10,98%
O - E	-10,42%	-0,55%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*	0,00	0,95
Vertrauensbereich	0,00 - 3,11	0,90 - 1,00
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	0 / 4 0,00%	1.368 / 12.641 10,82%
vorhergesagt (E)*	0,29 / 4 7,17%	1.265,67 / 12.641 10,01%
O - E	-7,17%	0,81%
O/E**	0,00	1,08
Vertrauensbereich	0,00 - 6,83	1,03 - 1,14

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.

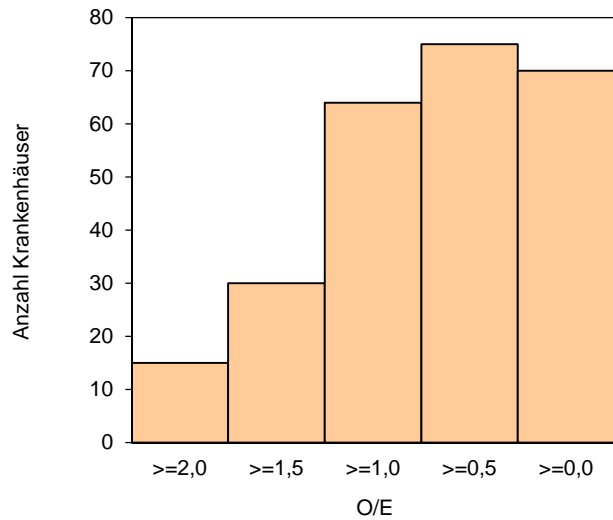
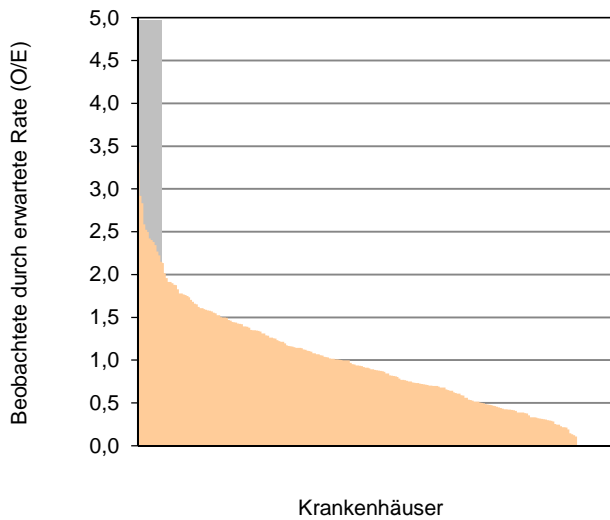
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2018/HEP/54015]:

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:

254 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.

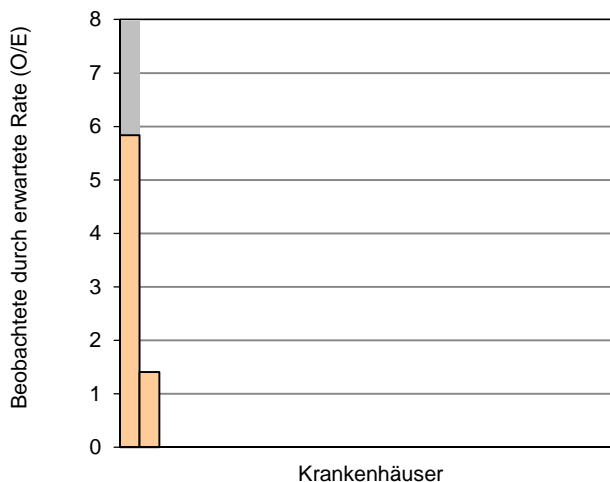


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,21	0,46	0,88	1,35	1,76	2,15	3,31

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	5,83

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 bis 2
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 bis 4
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2018/HEP/54016
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5,72% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	3 / 1.148 0,26%	1 / 804 0,12%	2 / 344 0,58%
Vertrauensbereich	0,09% - 0,77%		
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	512 / 36.664 1,40%	179 / 25.580 0,70%	333 / 11.084 3,00%
Vertrauensbereich	1,28% - 1,52%		
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	7 / 1.141 0,61% 0,30% - 1,26%	2 / 818 0,24%	5 / 323 1,55%

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	567 / 36.750 1,54% 1,42% - 1,67%	201 / 25.672 0,78%	366 / 11.077 3,30%

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

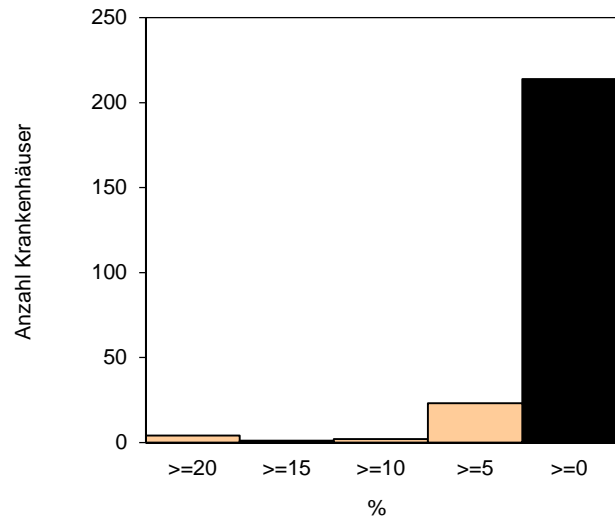
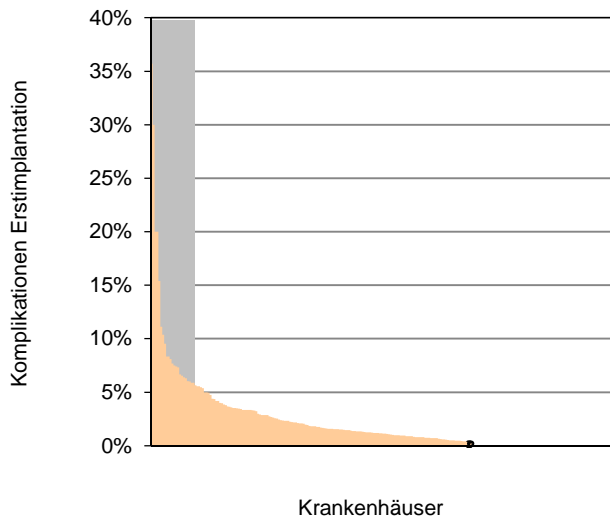
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2018/HEP/54016]:

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:

244 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

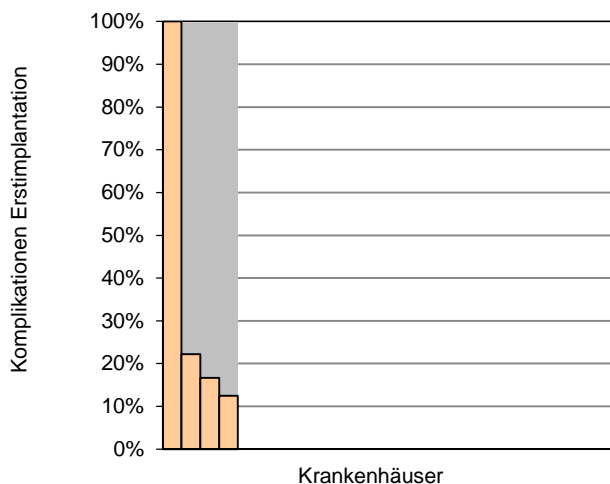


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	2,86	5,56	7,50	35,71

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,67	22,22	100,00

18 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	1 / 52 1,92%	0 / 27 0,00%	1 / 25 4,00%
Vertrauensbereich	0,34% - 10,12%		
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	231 / 4.136 5,59%	43 / 1.864 2,31%	188 / 2.272 8,27%
Vertrauensbereich	4,93% - 6,33%		
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	3 / 57 5,26% 1,81% - 14,37%	1 / 27 3,70%	2 / 30 6,67%

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	229 / 4.159 5,51% 4,85% - 6,24%	43 / 1.839 2,34%	184 / 2.317 7,94%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

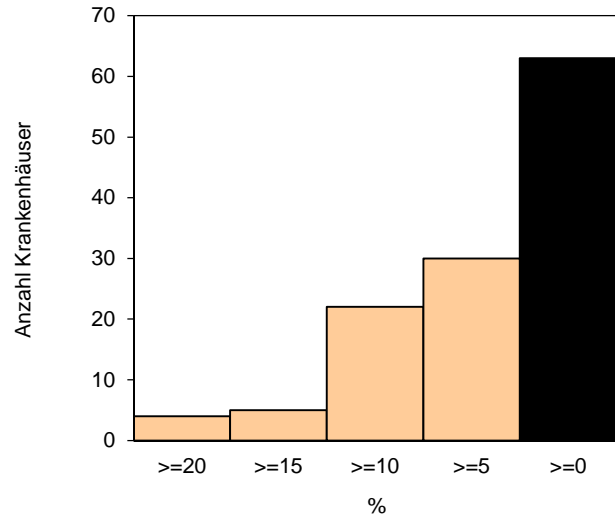
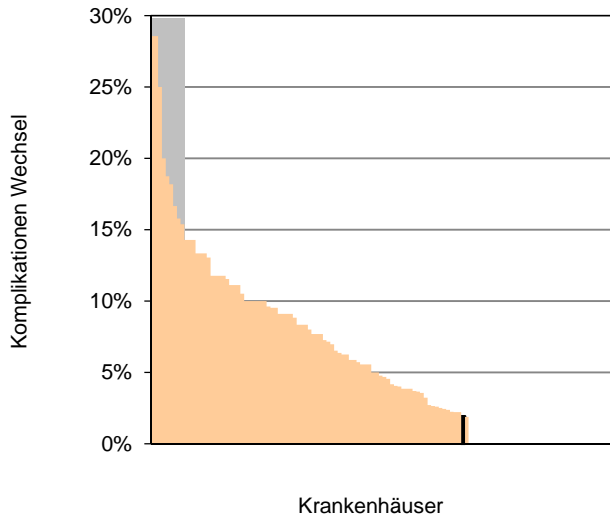
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte
 Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute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

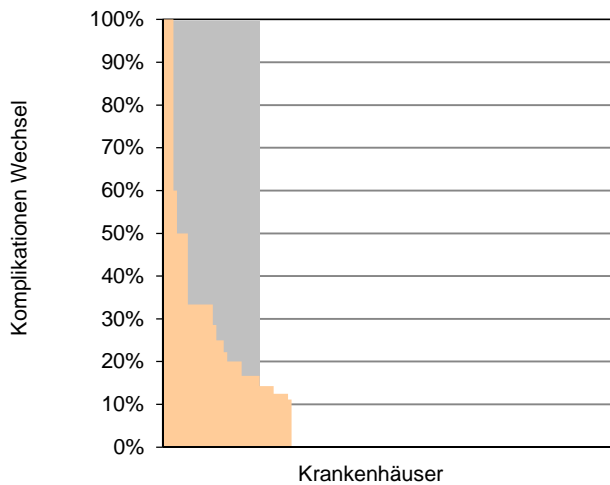
124 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	4,72	9,81	13,33	16,67	28,57

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

126 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50	33,33	50,00	100,00

36 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	0 / 8	0,00%	615 / 13.081	4,70%
Vertrauensbereich		0,00% - 32,44%		4,35% - 5,08%
Referenzbereich		<= 11,41%		<= 11,41%

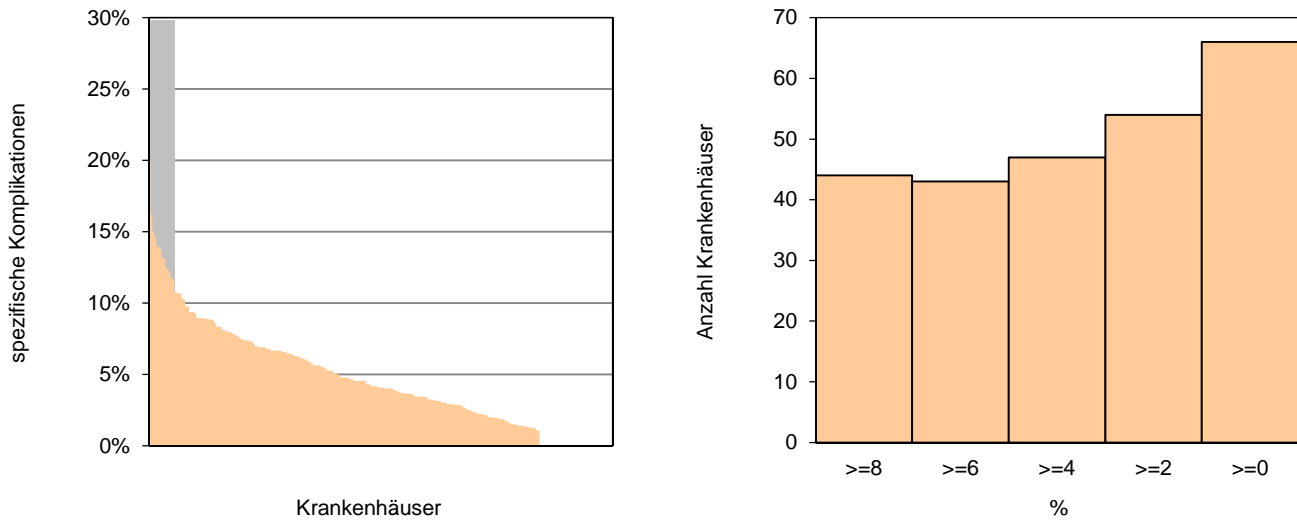
Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	0 / 4	0,00%	619 / 12.702	4,87%
Vertrauensbereich		0,00% - 48,99%		4,51% - 5,26%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

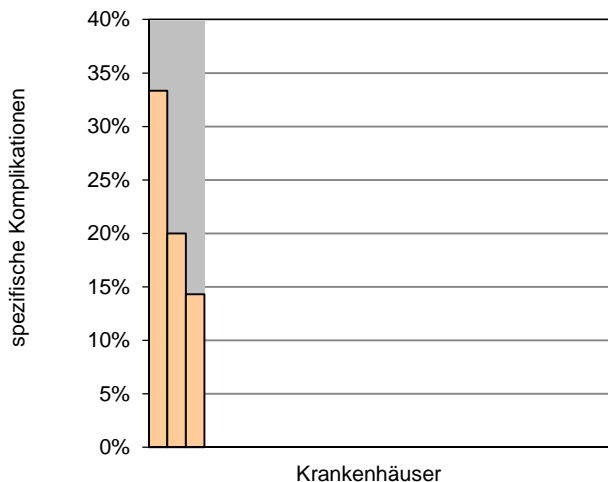
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 254 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,96	4,08	6,90	9,26	11,76	20,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,29	20,00	33,33

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	17 / 1.149	1,48%	869 / 36.726	2,37%
Vertrauensbereich	0,93% - 2,36%		2,22% - 2,53%	
Referenzbereich	<= 7,50%		<= 7,50%	

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	15 / 1.141	1,31%	875 / 36.794	2,38%
Vertrauensbereich	0,80% - 2,16%		2,23% - 2,54%	

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

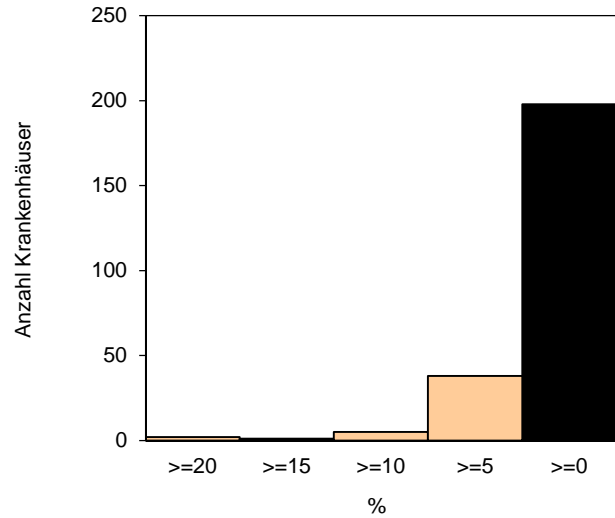
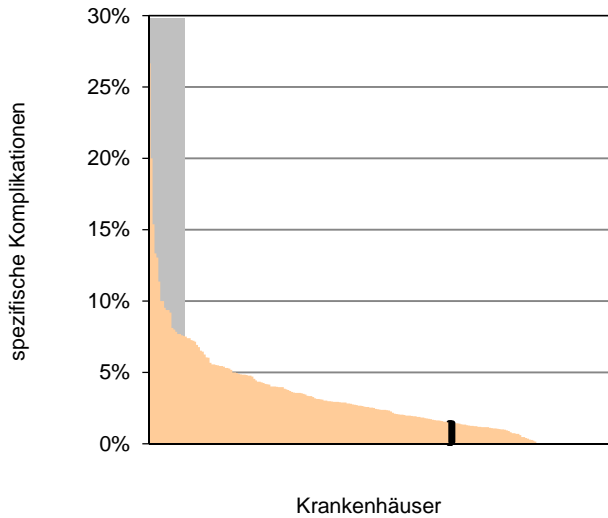
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der 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:

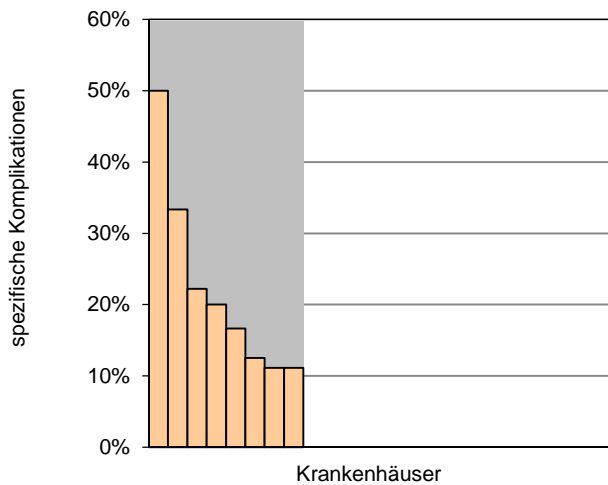
244 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,05	2,39	4,22	7,14	8,11	26,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,81	22,22	33,33	50,00

18 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54120

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

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²	3 / 55 5,45%	535 / 4.623 11,57%
vorhergesagt (E) ³	5,03 / 55 9,15%	496,81 / 4.623 10,75%
O - E	-3,69%	0,83%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*	0,60	1,08
Vertrauensbereich	0,20 - 1,62	0,99 - 1,17
Referenzbereich	<= 2,33	<= 2,33

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

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

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²		
beobachtet (O) ³	2 / 61 3,28%	509 / 4.632 10,99%
vorhergesagt (E)*	5,69 / 61 9,33%	502,04 / 4.632 10,84%
O - E	-6,05%	0,15%
O/E**	0,35	1,01
Vertrauensbereich	0,10 - 1,20	0,93 - 1,10

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 primäre Implantatfehlage, sekundäre Implantatdislokation, offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom, OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprotetische 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.

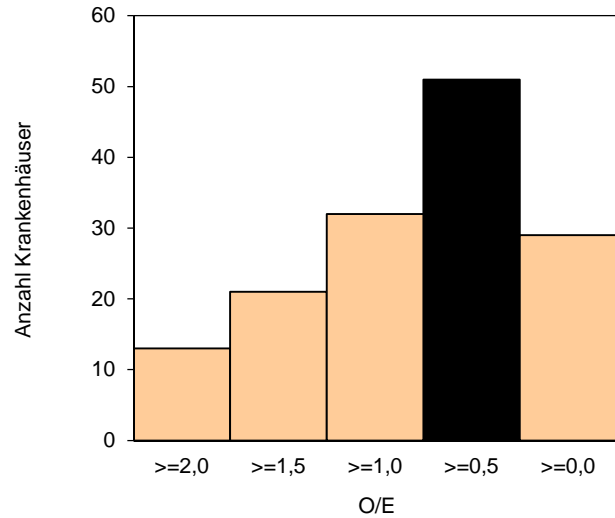
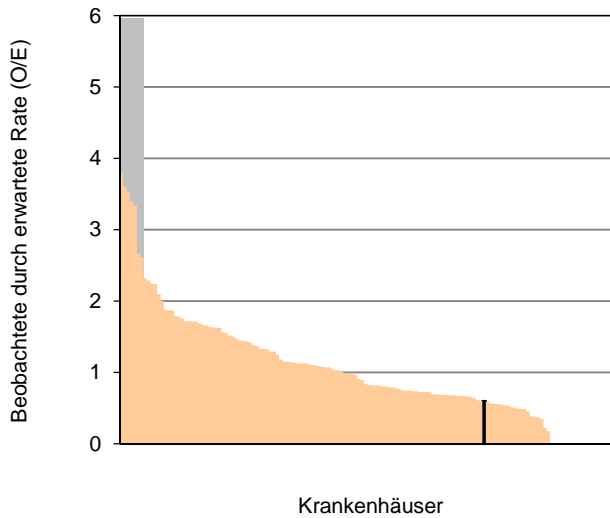
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ist 10% kleiner als erwartet.

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:

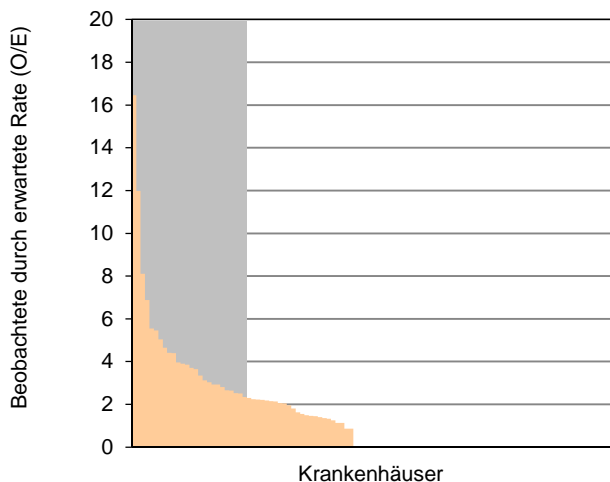
146 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,56	0,83	1,44	1,87	2,31	3,81

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

109 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,25	3,97	5,46	16,45

31 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2018/HEP/191800_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O) ¹	1 / 55 1,82%	239 / 4.623 5,17%
vorhergesagt (E) ²	2,42 / 55 4,39%	227,43 / 4.623 4,92%
O - E	-2,58%	0,25%

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

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

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
O/E ³ Vertrauensbereich	0,41 0,07 - 2,19	1,05 0,93 - 1,19

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl- lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat		
beobachtet (O) ²	1 / 61 1,64%	245 / 4.632 5,29%
vorhergesagt (E) ³	2,45 / 61 4,02%	231,57 / 4.632 5,00%
O - E	-2,38%	0,29%
O/E*	0,41	1,06
Vertrauensbereich	0,07 - 2,17	0,94 - 1,19

¹ Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

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

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

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

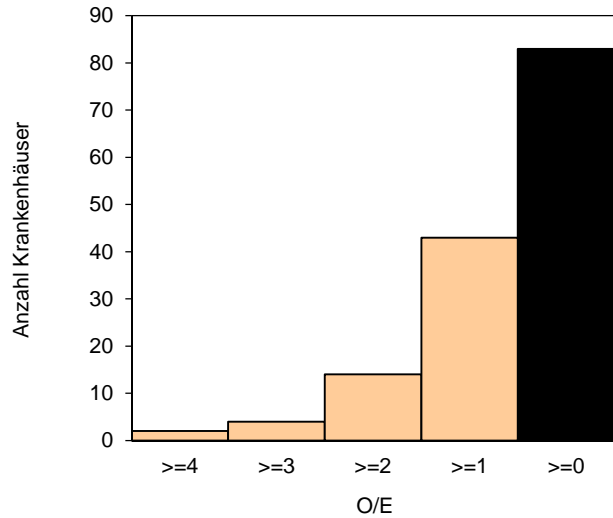
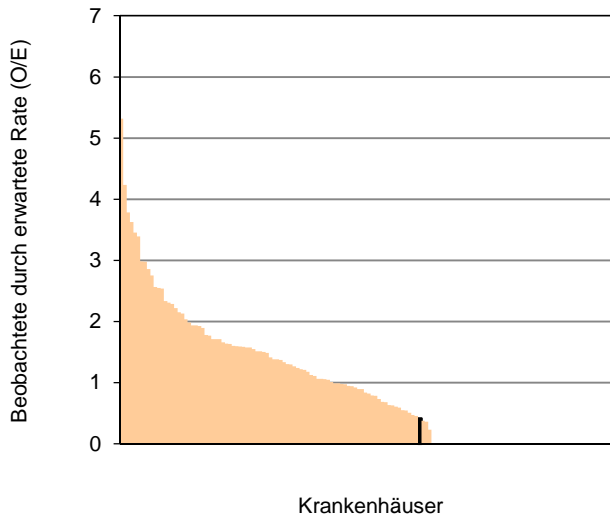
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

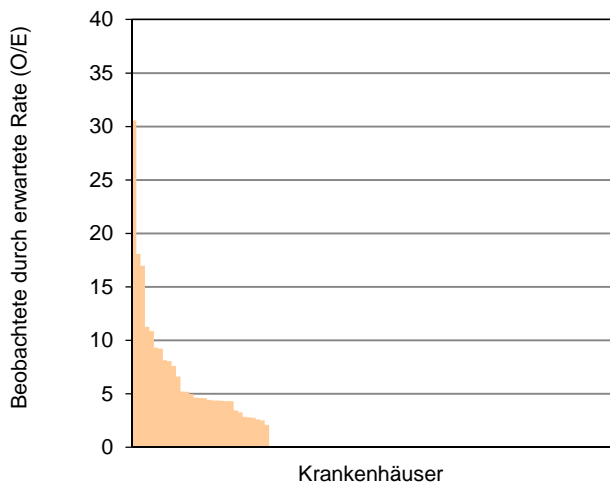
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c_KK_191800_54120, Kennzahl-ID 2018/HEP/191800_54120]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
 Komponentenwechsel (Ebene 1)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 146 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	1,59	2,31	2,98	5,32

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 109 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,76	6,61	9,29	30,55

31 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Ebene 2: Weichteilkomplikationen

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

Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl

Kennzahl-ID: 2018/HEP/191801_54120

Bezug zu QS-Ergebnissen (ID): 54120

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²	2 / 54 3,70%	296 / 4.384 6,75%
vorhergesagt (E) ³	2,68 / 54 4,96%	267,36 / 4.384 6,10%
O - E	-1,26%	0,65%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E*	0,75	1,11
Vertrauensbereich	0,21 - 2,52	0,99 - 1,24

¹ Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:

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

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

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ²		
beobachtet (O) ³	1 / 60 1,67%	264 / 4.387 6,02%
vorhergesagt (E)*	3,35 / 60 5,58%	269,87 / 4.387 6,15%
O - E	-3,92%	-0,13%
O/E**	0,30	0,98
Vertrauensbereich	0,05 - 1,59	0,87 - 1,10

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.

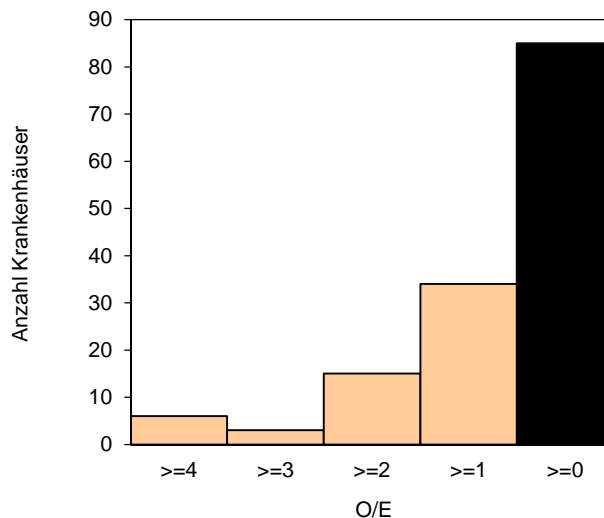
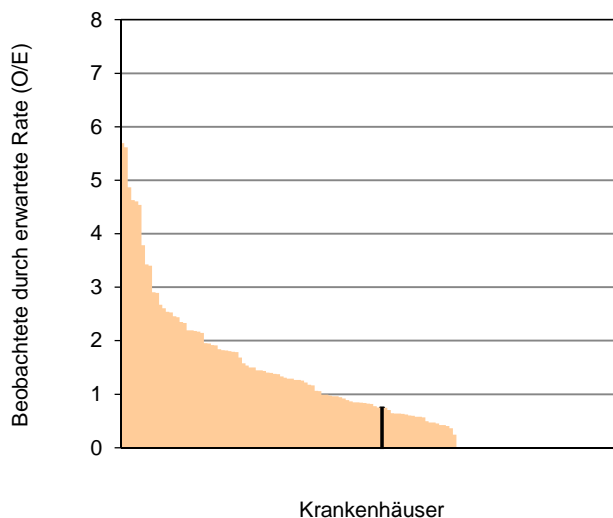
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat ist 20% größer als erwartet.

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:

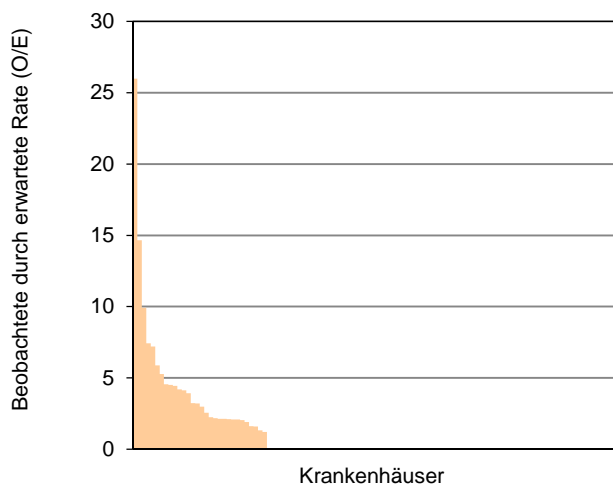
143 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	1,58	2,53	3,42	5,69

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

108 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	1,61	4,19	5,88	25,98

35 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Beweglichkeit bei Entlassung

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

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

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Indikator-ID: 2018/HEP/54010

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich	1.139 / 1.148	99,22% 98,52% - 99,59%	36.137 / 36.597	98,74% 98,62% - 98,85%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich	1.132 / 1.140	99,30% 98,62% - 99,64%	36.049 / 36.570	98,58% 98,45% - 98,69%

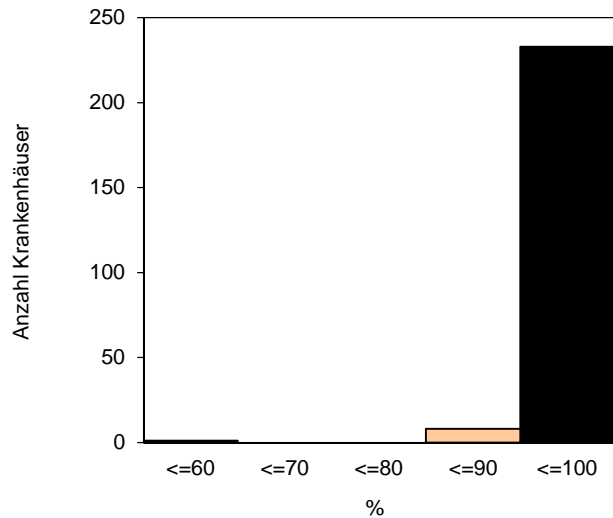
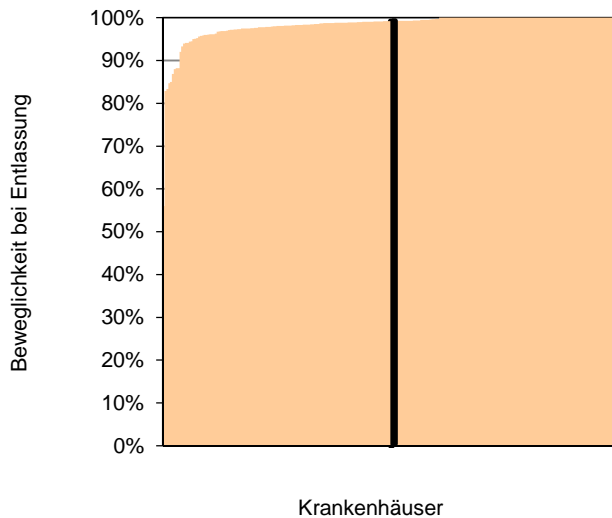
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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:

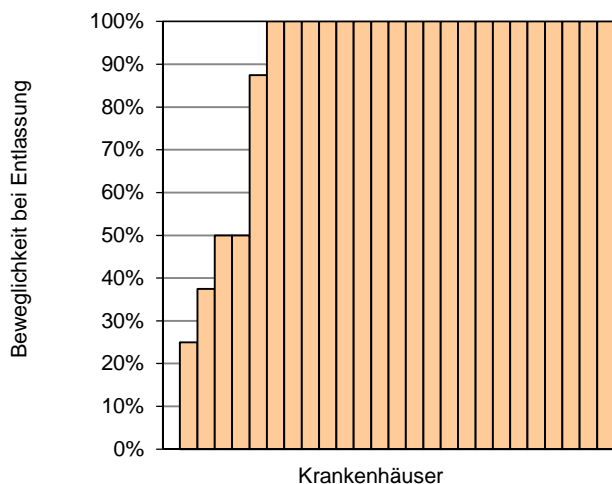
242 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	56,00	94,12	96,08	98,03	99,21	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	25,00	37,50	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

18 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2018			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	1.120 / 1.128 99,29%	12 / 13 92,31%	4 / 4 100,00%	3 / 3 100,00%

	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)	34.020 / 34.403 98,89%	870 / 889 97,86%	571 / 590 96,78%	676 / 715 94,55%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Qualitätsziel: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/HEP/54012

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

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²	2 / 1.145 0,17%	1.880 / 47.486 3,96%
vorhergesagt (E) ³	7,60 / 1.145 0,66%	2.059,38 / 47.486 4,34%
O - E	-0,49%	-0,38%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E*	0,26	0,91
Vertrauensbereich	0,07 - 0,96	0,87 - 0,95
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

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

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

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ²		
beobachtet (O) ³	6 / 1.153 0,52%	1.930 / 47.207 4,09%
vorhergesagt (E)*	7,14 / 1.153 0,62%	1.922,64 / 47.207 4,07%
O - E	-0,10%	0,02%
O/E**	0,84	1,00
Vertrauensbereich	0,39 - 1,83	0,96 - 1,05

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

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

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

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

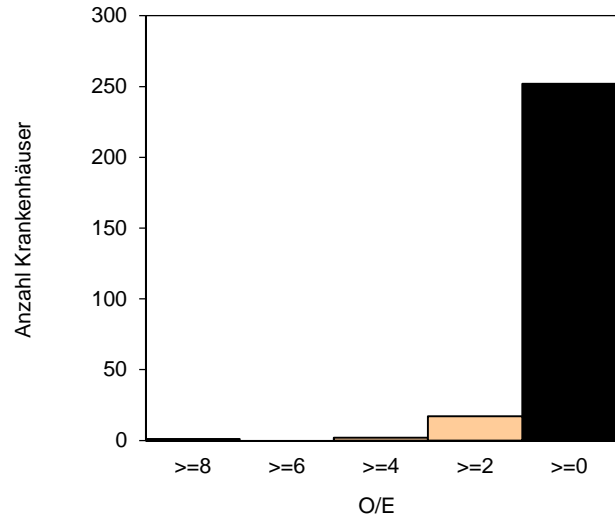
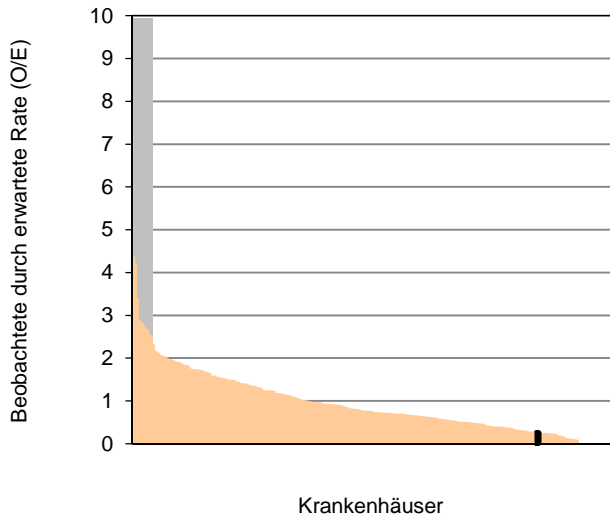
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

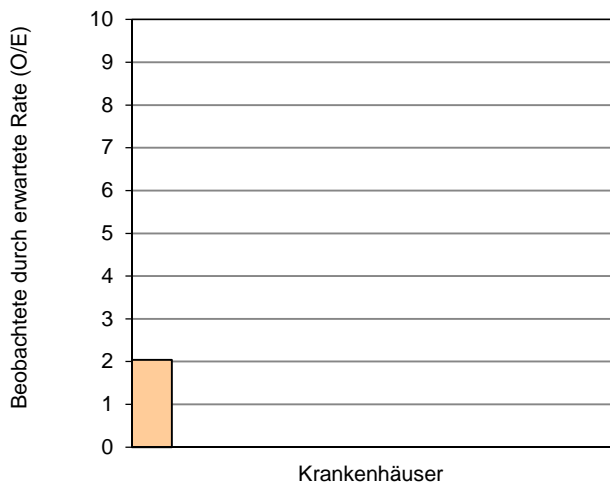
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 272 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,14	0,41	0,75	1,36	1,90	2,18	8,05

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		2,04

2 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	1.143 / 1.145	99,83%	45.606 / 47.486	96,04%
Patienten mit Gehunfähigkeit ¹ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)	2 / 1.145	0,17%	1.880 / 47.486	3,96%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur)	0 / 6	0,00%	1.396 / 9.775	14,28%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)	1 / 1.098	0,09%	258 / 34.760	0,74%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)	1 / 41	2,44%	226 / 2.951	7,66%

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	0 / 1.194	0,00 Fälle 0,00%	98 / 42.907	98,00 Fälle 0,23%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten	0 / 1.193	0,00 Fälle 0,00%	109 / 43.011	109,00 Fälle 0,25%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

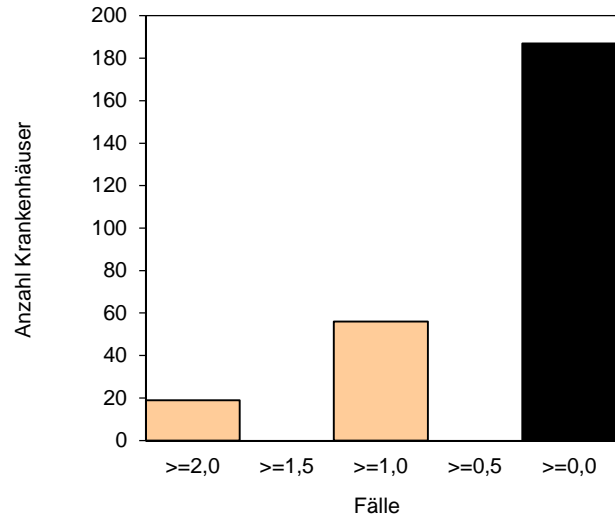
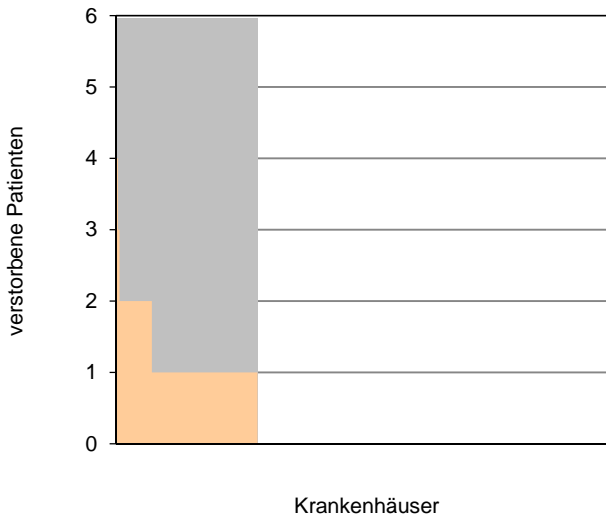
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2018/HEP/54013]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

262 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

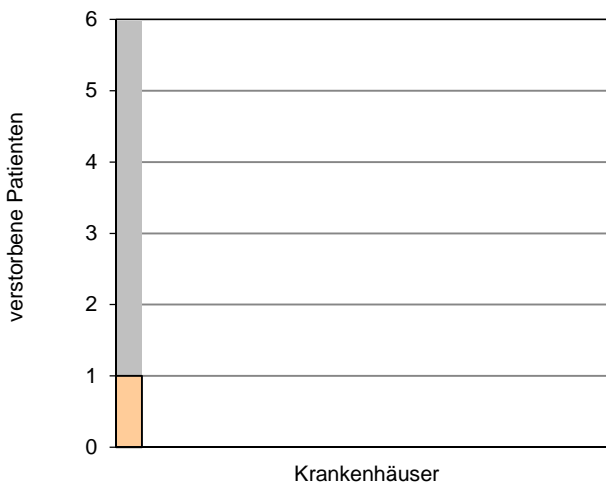


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	4,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator (Follow-up)

Indikator-ID: 2018/HEP/10271

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

Auswertungszeitpunkt: 2018	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³	6 / 875	660 / 41.234
vorhergesagt (E)*	9,68 / 875	575,15 / 41.234
O/E**	0,62	1,15
Vertrauensbereich	0,25 - 1,26	1,06 - 1,24
Referenzbereich	<= 3,12	<= 3,12

Auswertungszeitpunkt: 2017***	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²		
beobachtet (O) ³	0 / 844	500 / 40.604
vorhergesagt (E)*	9,39 / 844	568,69 / 40.604
O/E**	0,00	0,88
Vertrauensbereich	0,00 - 0,39	0,80 - 0,96

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	2 / 6	33,33%	287 / 851	33,73%
Vertrauensbereich	9,68% - 70,00%		30,63% - 36,97%	
Referenzbereich	<= 50,00%		<= 50,00%	

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde	1 / 7	14,29%	259 / 744	34,81%
Vertrauensbereich	2,57% - 51,31%		31,47% - 38,30%	

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.

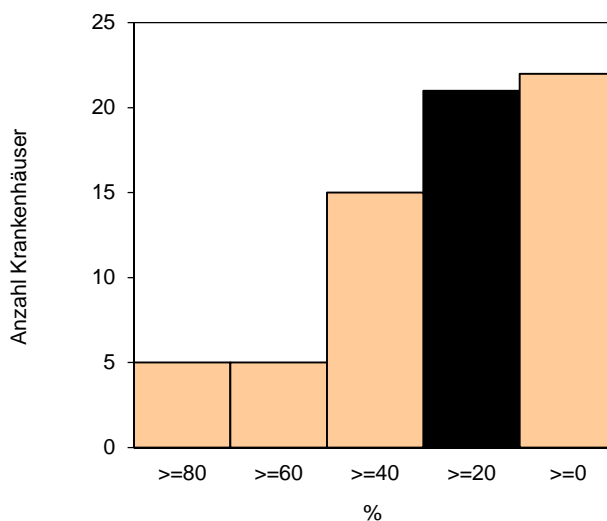
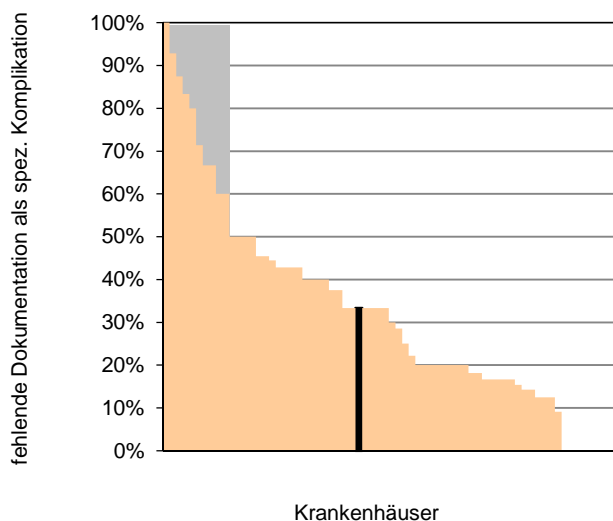
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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:

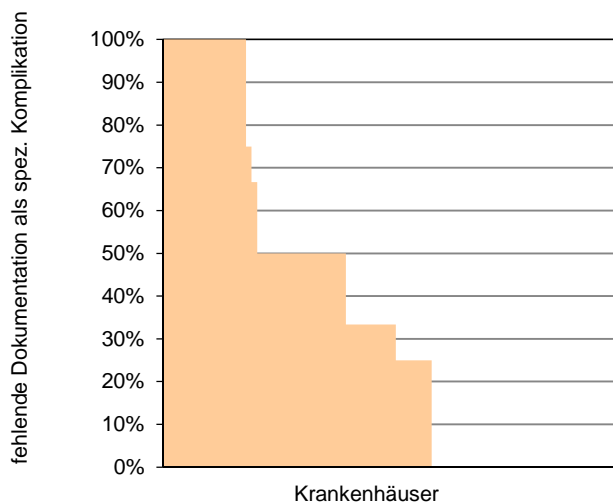
68 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	16,67	31,67	43,65	66,67	83,33	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

163 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 5 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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

55 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	3 / 7	42,86%	168 / 507	33,14%
Vertrauensbereich	15,82% - 74,95%		29,18% - 37,35%	
Referenzbereich	<= 50,00%		<= 50,00%	

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation	3 / 9	33,33%	232 / 496	46,77%
Vertrauensbereich	12,06% - 64,58%		42,42% - 51,17%	

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

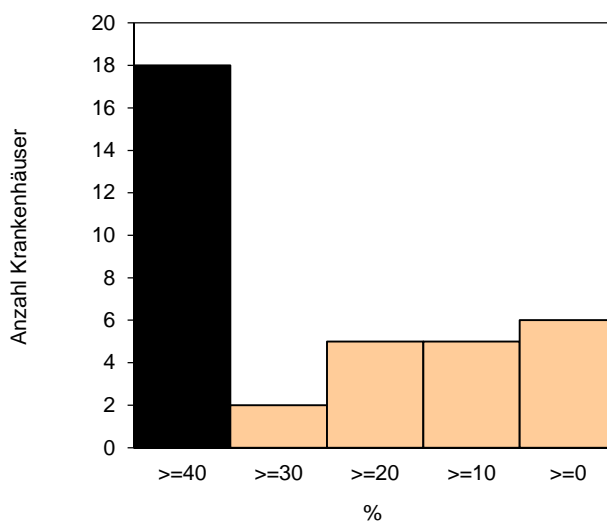
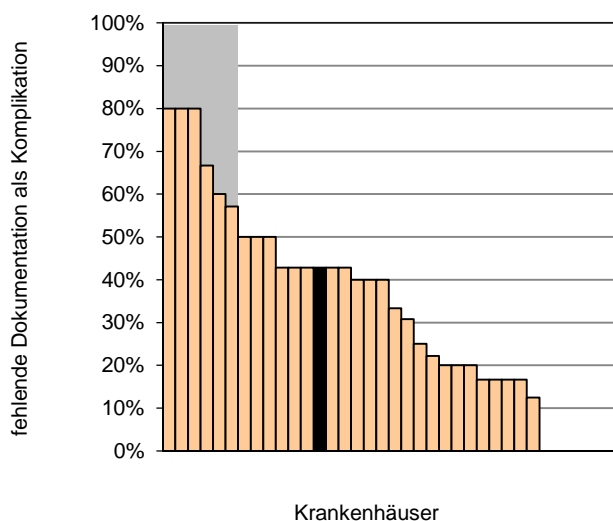
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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:

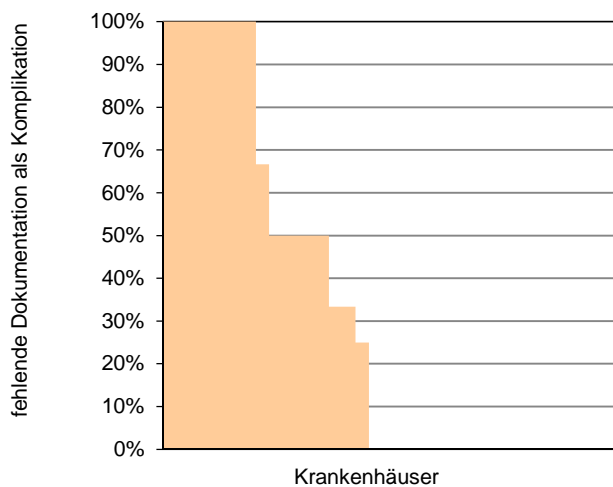
36 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	16,67	36,67	46,43	66,67	80,00	80,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

136 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 5 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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

114 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit mehr als einer OP

AK-ID: 2018/HEP/851804

Referenzbereich: < 5,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite ¹ Referenzbereich	1 / 4	1,00 Fälle < 5,00 Fälle	81 / 558	81,00 Fälle < 5,00 Fälle

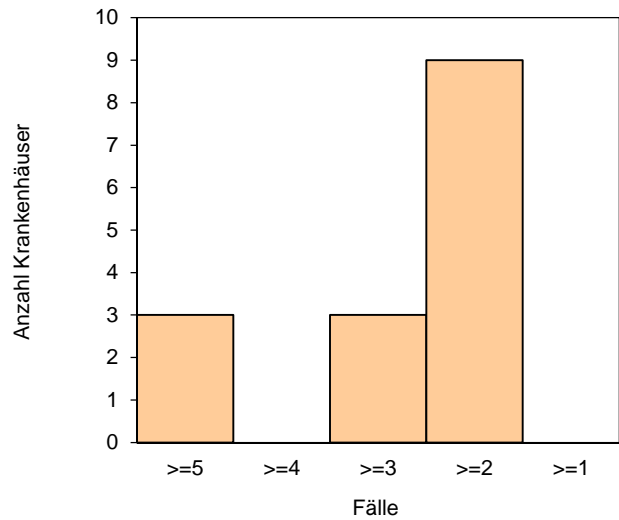
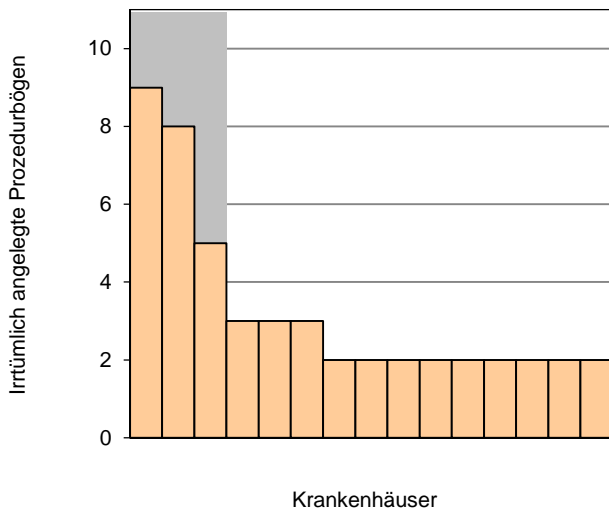
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite	2 / 6	2,00 Fälle	147 / 799	147,00 Fälle

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

² Das Auffälligkeitskriterium wurde im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [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: 15



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,00		2,00	2,00	2,00	3,00	8,00		9,00

Jahresauswertung 2018 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

St.-Josef-Stift
Sendenhorst
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Nordrhein-Westfalen): 286
Anzahl Datensätze Gesamt: 53.842
Datensatzversion: HEP 2018
Datenbankstand: 01. März 2019
2018 - D17865-L113103-P53955

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal	283	23,43	14.975	27,81	326	26,72
2. Quartal	302	25,00	13.455	24,99	293	24,02
3. Quartal	339	28,06	12.483	23,18	308	25,25
4. Quartal	284	23,51	12.929	24,01	293	24,02
Gesamt	1.208		53.842		1.220	
Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen	8		13.081		4	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	1.149		36.726		1.142	
Anzahl der Wechsel	55		4.623		80	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	1.208		53.842		1.220	
Median		8,00		10,00		8,00
Mittelwert		9,15		12,81		9,62
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	1.212		54.430		1.226	
Median		1,00		1,00		1,00
Mittelwert		1,22		1,73		1,48
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	1.212		54.430		1.226	
Median		7,00		9,00		7,00
Mittelwert		7,95		11,30		8,23

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Krankenhaus 2018

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
4	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
5	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
6	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
7	D62	Akute Blutungsanämie
8	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Krankenhaus 2017		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1	M16.1	839	69,45	M16.1	28.701	53,31	M16.1	807	66,15
2	I10.00	452	37,42	I10.00	21.911	40,69	I10.00	682	55,90
3	M16.3	158	13,08	D62	9.814	18,23	Z96.64	297	24,34
4	Z96.64	151	12,50	S72.01	9.615	17,86	E66.00	197	16,15
5	E03.9	114	9,44	Z74.0	7.398	13,74	E03.9	182	14,92
6	E66.00	93	7,70	Z74.1	6.828	12,68	M16.3	146	11,97
7	D62	80	6,62	Z96.64	6.545	12,16	Z96.65	93	7,62
8	Z92.1	78	6,46	Z92.2	5.624	10,45	E78.0	91	7,46

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

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

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

OPS 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Krankenhaus 2018

1	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
2	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige
3	5-800.5g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk
4	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert

OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Krankenhaus 2017		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1	5-820.94	920	75,91	5-820.00	27.613	50,73	5-820.94	853	69,58
2	5-986.x	843	69,55	5-820.41	8.157	14,99	5-986.x	848	69,17
3	5-800.5g	207	17,08	5-986.x	7.393	13,58	5-800.5g	301	24,55
4	5-820.02	104	8,58	5-820.02	5.558	10,21	5-820.02	147	11,99
5	5-820.00	98	8,09	5-820.94	4.044	7,43	5-784.0d	91	7,42

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

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär	918	75,99	32.529	60,42	923	75,66
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	290	24,01	21.283	39,53	297	24,34
stationäre Entbindung	0	0,00	1	0,00	0	0,00
Geburt	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	0	0,00	29	0,05	0	0,00
stationäre Aufnahme zur Organentnahme	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	1.208		53.842		1.220	
< 50 Jahre	64 / 1.208	5,30	1.971 / 53.842	3,66	102 / 1.220	8,36
50 - 59 Jahre	236 / 1.208	19,54	6.326 / 53.842	11,75	213 / 1.220	17,46
60 - 69 Jahre	427 / 1.208	35,35	12.241 / 53.842	22,74	382 / 1.220	31,31
70 - 79 Jahre	370 / 1.208	30,63	17.330 / 53.842	32,19	418 / 1.220	34,26
80 - 89 Jahre	108 / 1.208	8,94	13.237 / 53.842	24,58	103 / 1.220	8,44
>= 90 Jahre	3 / 1.208	0,25	2.737 / 53.842	5,08	2 / 1.220	0,16
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	1.208		53.842		1.220	
Median		67,00		74,00		67,00
Mittelwert		66,39		72,22		66,08
Geschlecht						
männlich	493	40,81	19.683	36,56	467	38,28
weiblich	715	59,19	34.159	63,44	753	61,72
unbestimmt	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)	34	2,81	7.109	13,20	15	1,23
Gehen am Stück bis 500 m möglich	914	75,66	28.445	52,83	1.005	82,38
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)	198	16,39	12.691	23,57	153	12,54
im Zimmer mobil	45	3,73	3.828	7,11	29	2,38
immobil	17	1,41	1.769	3,29	18	1,48
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine	976	80,79	31.525	58,55	1.052	86,23
Unterarmgehstützen/Gehstock	179	14,82	11.091	20,60	118	9,67
Rollator/Gehbock	32	2,65	8.938	16,60	23	1,89
Rollstuhl	21	1,74	1.563	2,90	25	2,05
bettlägerig	0	0,00	725	1,35	2	0,16
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor	1.152	95,36	39.722	73,78	1.165	95,49
ja, Pflegegrad 1	0	0,00	1.145	2,13	2	0,16
ja, Pflegegrad 2	13	1,08	2.883	5,35	10	0,82
ja, Pflegegrad 3	3	0,25	2.143	3,98	4	0,33
ja, Pflegegrad 4	0	0,00	882	1,64	1	0,08
ja, Pflegegrad 5	0	0,00	207	0,38	0	0,00
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	40	3,31	6.860	12,74	38	3,11

Auslösende OPS-Kodes 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2018

1	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
2	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilyementiert)
3	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
4	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes

Auslösende OPS-Kodes 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Krankenhaus 2017		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1	5-820.94	917	75,91	5-820.00	27.582	51,23	-	-	-
2	5-820.02	105	8,69	5-820.41	8.140	15,12	-	-	-
3	5-820.00	98	8,11	5-820.02	5.576	10,36	-	-	-
4	5-820.01	34	2,81	5-820.94	4.037	7,50	-	-	-
5	5-821.24	13	1,08	5-820.01	2.155	4,00	-	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozeduren

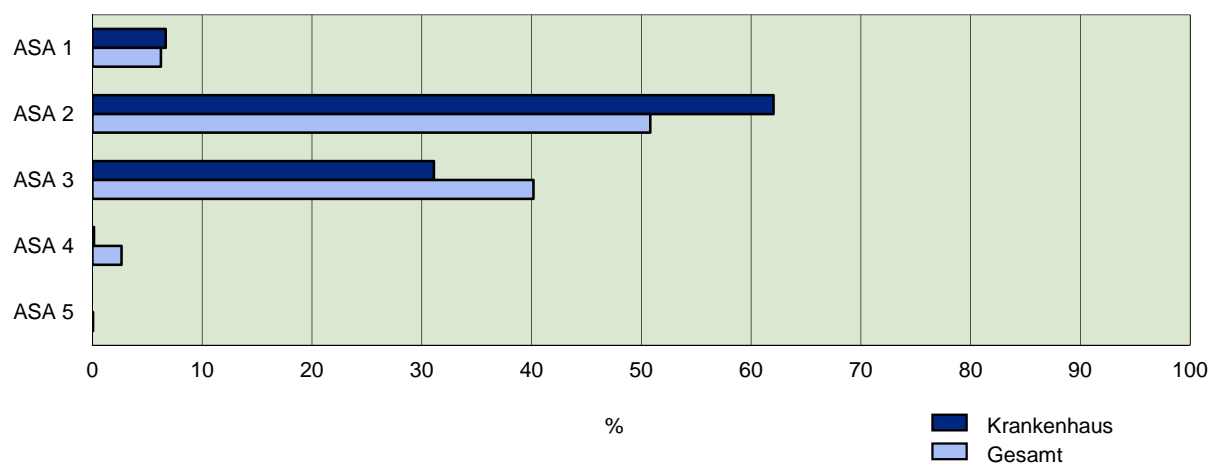
Eingriff

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
zu operierende Seite						
rechts	600	49,50	28.600	52,54	618	50,41
links	612	50,50	25.830	47,46	608	49,59

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient	81	6,68	3.403	6,25	89	7,26
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	752	62,05	27.660	50,82	774	63,13
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung	377	31,11	21.876	40,19	360	29,36
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	2	0,17	1.459	2,68	3	0,24
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0,00	32	0,06	0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe	1.209	99,75	53.389	98,09	1.221	99,59
bedingt aseptische Eingriffe	0	0,00	688	1,26	2	0,16
kontaminierte Eingriffe	1	0,08	104	0,19	0	0,00
septische Eingriffe	2	0,17	249	0,46	3	0,24

Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	8	0,66	13.081	24,03	4	0,33
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.149	94,80	36.726	67,47	1.142	93,15
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	45	3,71	3.987	7,33	67	5,46
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	10	0,83	636	1,17	13	1,06
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben	1.212		54.430		1.226	
Median		77,00		74,00		77,00
Mittelwert		83,27		81,59		82,85

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahe Femurfrakturen	8		13.081		4	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah	0	0,00	619	4,73	0	0,00
vorbestehende Koxarthrose	8	100,00	5.895	45,07	4	100,00
Frakturereignis						
war Grund für die akut-stationäre Aufnahme	7	87,50	12.709	97,16	4	100,00
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	1	12,50	372	2,84	0	0,00
Frakturlokalisierung						
medial	7	87,50	12.048	92,10	4	100,00
lateral	0	0,00	385	2,94	0	0,00
perthrochantär	1	12,50	369	2,82	0	0,00
sonstige	0	0,00	279	2,13	0	0,00
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur	0 / 7	0,00	453 / 12.048	3,76	0 / 4	0,00
unverschoben	1 / 7	14,29	997 / 12.048	8,28	1 / 4	25,00
verschoben	4 / 7	57,14	7.352 / 12.048	61,02	2 / 4	50,00
komplett verschoben	2 / 7	28,57	3.246 / 12.048	26,94	1 / 4	25,00

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen	8		13.081		4	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	1	12,50	5.093	38,93	1	25,00
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) ¹	1 / 1	100,00	1.103 / 5.093	21,66	-	-
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol) ¹	0 / 1	0,00	2.677 / 5.093	52,56	-	-
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) ¹	0 / 1	0,00	1.303 / 5.093	25,58	-	-
sonstige ¹	0 / 1	0,00	173 / 5.093	3,40	-	-

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

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	1.149		36.726		1.142	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah	29	2,52	1.804	4,91	31	2,71
wenn ja:						
Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor¹						
ja	0	0,00	587	32,54	-	-
nein	29	100,00	1.217	67,46	-	-
Schmerzen						
keine Schmerzen	5	0,44	185	0,50	4	0,35
Belastungsschmerz	101	8,79	9.552	26,01	90	7,88
Ruhschmerz	1.043	90,77	26.989	73,49	1.048	91,77

¹ neues Datenfeld in 2018

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	1.149		36.726		1.142	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt	1.146	99,74	34.908	95,05	1.135	99,39
Extension/Flexion Anzahl gültiger Angaben	1.146		34.908		1.135	
Winkel Extension (Grad)						
Median		0,00		0,00		0,00
Mittelwert		0,17		0,30		0,01
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median		0,00		0,00		0,00
Mittelwert		4,02		3,53		3,98
Winkel Flexion (Grad)						
Median		90,00		90,00		90,00
Mittelwert		88,78		86,53		88,83
Ab-/Adduktion Anzahl gültiger Angaben	1.146		34.908		1.135	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median		20,00		15,00		20,00
Mittelwert		16,99		16,49		17,59
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median		0,00		0,00		0,00
Mittelwert		0,07		0,12		0,06
Winkel Adduktion (Grad)						
Median		10,00		10,00		10,00
Mittelwert		9,29		10,86		9,99

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	1.149		36.726		1.142	
Außen-/Innenrotation Anzahl gültiger Angaben	1.146		34.908		1.135	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median		10,00		10,00		10,00
Mittelwert		12,66		14,21		12,53
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median		0,00		0,00		0,00
Mittelwert		0,99		1,33		0,82
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median		5,00		5,00		5,00
Mittelwert		5,24		6,70		5,41

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	1.149		36.726		1.142	
Osteophyten						
keine oder fraglich	12	1,04	933	2,54	12	1,05
eindeutig	526	45,78	17.874	48,67	698	61,12
große	611	53,18	17.919	48,79	432	37,83
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert	1	0,09	202	0,55	6	0,53
eindeutig verschmälert	32	2,79	2.268	6,18	18	1,58
fortgeschritten verschmälert	560	48,74	17.489	47,62	646	56,57
aufgehoben	556	48,39	16.767	45,65	472	41,33
Sklerose						
keine Sklerose	4	0,35	147	0,40	2	0,18
leichte Sklerose	109	9,49	5.199	14,16	51	4,47
leichte Sklerose mit Zystenbildung	496	43,17	17.916	48,78	654	57,27
Sklerose mit Zysten	540	47,00	13.464	36,66	435	38,09
Deformierung						
keine Deformierung	101	8,79	1.610	4,38	81	7,09
leichte Deformierung	780	67,89	16.524	44,99	755	66,11
deutliche Deformierung	268	23,32	18.592	50,62	306	26,80

Schweregrad der Gelenkerzstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	1.149		36.726		1.142	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein	1.024	89,12	36.137	98,40	1.002	87,74
ja	125	10,88	589	1,60	140	12,26
wenn ja:						
Erosive Gelenkerzstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal	0 / 125	0,00	17 / 589	2,89	2 / 140	1,43
Grad 1: geringe Veränderung	1 / 125	0,80	59 / 589	10,02	1 / 140	0,71
Grad 2: definitive Veränderung	0 / 125	0,00	69 / 589	11,71	0 / 140	0,00
Grad 3: deutliche Veränderung	4 / 125	3,20	175 / 589	29,71	2 / 140	1,43
Grad 4: schwere Veränderung	110 / 125	88,00	244 / 589	41,43	119 / 140	85,00
Grad 5: mutilierende Veränderung	10 / 125	8,00	25 / 589	4,24	16 / 140	11,43

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen	55		4.623		80	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen	2	3,64	458	9,91	8	10,00
Belastungsschmerz	19	34,55	1.716	37,12	32	40,00
Ruhschmerz	34	61,82	2.449	52,97	40	50,00

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen	55		4.623		80	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund	12	21,82	984	21,28	26	32,50
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt	8	14,55	1.740	37,64	17	21,25
durchgeführt, negativ	40	72,73	2.296	49,66	57	71,25
durchgeführt, positiv	7	12,73	587	12,70	6	7,50

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen	55		4.623		80	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)	50	90,91	4.029	87,15	71	88,75
Implantatbruch	2 / 50	4,00	141 / 4.029	3,50	12 / 71	16,90
Implantatabrieb/-verschleiß	4 / 50	8,00	459 / 4.029	11,39	11 / 71	15,49
Implantatfehlage der Pfanne	5 / 50	10,00	445 / 4.029	11,04	7 / 71	9,86
Implantatfehlage des Schafts	4 / 50	8,00	219 / 4.029	5,44	3 / 71	4,23
Lockerung der Pfannenkomponente	28 / 50	56,00	1.270 / 4.029	31,52	25 / 71	35,21
Lockerung der Schaftkomponente	17 / 50	34,00	1.243 / 4.029	30,85	11 / 71	15,49
Osteolyse der Pfanne	5 / 50	10,00	502 / 4.029	12,46	6 / 71	8,45
Osteolyse des Femurs	7 / 50	14,00	364 / 4.029	9,03	1 / 71	1,41
periprothetische Fraktur	5 / 50	10,00	876 / 4.029	21,74	2 / 71	2,82
Endoprothesen(sub)luxation	2 / 50	4,00	639 / 4.029	15,86	6 / 71	8,45
großer Knochendefekt Pfanne	7 / 50	14,00	340 / 4.029	8,44	4 / 71	5,63
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	2 / 50	4,00	129 / 4.029	3,20	0 / 71	0,00
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	0 / 50	0,00	51 / 4.029	1,27	0 / 71	0,00
periartikuläre Ossifikation	4 / 50	8,00	137 / 4.029	3,40	3 / 71	4,23

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)	22	1,82	2.129	3,91	19	1,55
primäre Implantatfehlage	1 / 22	4,55	41 / 2.129	1,93	1 / 19	5,26
sekundäre Implantatdislokation	0 / 22	0,00	154 / 2.129	7,23	1 / 19	5,26
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub-)luxation	2 / 22	9,09	387 / 2.129	18,18	1 / 19	5,26
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom	5 / 22	22,73	399 / 2.129	18,74	1 / 19	5,26
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	0 / 22	0,00	19 / 2.129	0,89	0 / 19	0,00
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	1 / 22	4,55	117 / 2.129	5,50	3 / 19	15,79
periprothetische Fraktur	9 / 22	40,91	595 / 2.129	27,95	10 / 19	52,63
reoperationspflichtige Wunddehiszenz	2 / 22	9,09	178 / 2.129	8,36	0 / 19	0,00
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0 / 22	0,00	23 / 2.129	1,08	0 / 19	0,00
sonstige	3 / 22	13,64	402 / 2.129	18,88	2 / 19	10,53

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
Postoperative Wundinfektion						
ja	1	0,08	505	0,93	3	0,24
nein	1.211	99,92	53.925	99,07	1.223	99,76
wenn ja						
Wundinfektionstiefe						
nach Definition der CDC						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	0 / 1	0,00	94 / 505	18,61	3 / 3	100,00
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	1 / 1	100,00	320 / 505	63,37	0 / 3	0,00
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	0 / 1	0,00	91 / 505	18,02	0 / 3	0,00
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja	11 / 23	47,83	1.405 / 2.351	59,76	8 / 22	36,36
nein	12 / 23	52,17	946 / 2.351	40,24	14 / 22	63,64

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren	1.212		54.430		1.226	
weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt	4	0,33	1.064	1,95	7	0,57

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)	12	0,99	3.019	5,61	16	1,31
Pneumonie	0 / 12	0,00	597 / 3.019	19,77	4 / 16	25,00
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2 / 12	16,67	822 / 3.019	27,23	4 / 16	25,00
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 12	0,00	44 / 3.019	1,46	1 / 16	6,25
Lungenembolie	0 / 12	0,00	157 / 3.019	5,20	0 / 16	0,00
katheterassoziierte Harnwegsinfektion	0 / 12	0,00	330 / 3.019	10,93	2 / 16	12,50
Schlaganfall	0 / 12	0,00	96 / 3.019	3,18	1 / 16	6,25
akute gastrointestinale Blutung	2 / 12	16,67	82 / 3.019	2,72	0 / 16	0,00
akute Niereninsuffizienz	0 / 12	0,00	397 / 3.019	13,15	1 / 16	6,25
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	9 / 12	75,00	1.217 / 3.019	40,31	7 / 16	43,75

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten ab 65 Jahren	715		40.074		720	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe) ¹						
nein	12 / 715	1,68	1.306 / 40.074	3,26	3 / 720	0,42
ja	703 / 715	98,32	38.768 / 40.074	96,74	717 / 720	99,58
Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)¹						
nein	14 / 715	1,96	1.365 / 40.074	3,41	2 / 720	0,28
ja	701 / 715	98,04	38.709 / 40.074	96,59	718 / 720	99,72

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

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt	1.205	99,75	50.917	94,57	1.199	98,28
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben	1.145		36.319		1.140	
Winkel Extension (Grad)						
Median		0,00		0,00		0,00
Mittelwert		0,14		0,15		0,00
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median		0,00		0,00		0,00
Mittelwert		0,02		0,04		0,01
Winkel Flexion (Grad)						
Median		90,00		90,00		90,00
Mittelwert		90,35		90,55		90,23

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)	70	5,79	3.529	6,55	62	5,08
Gehen am Stück bis 500 m möglich	482	39,90	18.698	34,73	302	24,75
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)	650	53,81	26.633	49,47	847	69,43
im Zimmer mobil	4	0,33	3.092	5,74	8	0,66
immobil	2	0,17	934	1,73	1	0,08
Gehhilfen bei Entlassung						
keine	9	0,75	743	1,38	4	0,33
Unterarmgehstützen/Gehstock	1.163	96,27	40.977	76,11	1.191	97,62
Rollator/Gehbock	32	2,65	9.558	17,75	20	1,64
Rollstuhl	4	0,33	1.199	2,23	5	0,41
bettlägerig	0	0,00	410	0,76	0	0,00

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
01: regulär beendet	300	24,83	32.938	61,18	419	34,34
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,41	1.964	3,65	4	0,33
03: aus sonstigen Gründen	0	0,00	23	0,04	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat	2	0,17	123	0,23	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00	3	0,01	0	0,00
06: Verlegung	8	0,66	3.036	5,64	9	0,74
07: Tod	0	0,00	1.010	1,88	0	0,00
08: Verlegung nach § 14	9	0,75	159	0,30	1	0,08
09: in Rehabilitationseinrichtung	884	73,18	13.224	24,56	786	64,43
10: in Pflegeeinrichtung	0	0,00	1.241	2,30	1	0,08
11: in Hospiz	0	0,00	15	0,03	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00	27	0,05	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0,00	15	0,03	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat	0	0,00	13	0,02	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)	0	0,00	46	0,09	0	0,00
22: Fallabschluss	0	0,00	5	0,01	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr	0	0,00	0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Krankenhaus 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten	1.208		53.842		1.220	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag	208	17,22	9.130	16,96	197	16,15
Dienstag	240	19,87	9.196	17,08	219	17,95
Mittwoch	249	20,61	9.603	17,84	258	21,15
Donnerstag	226	18,71	9.414	17,48	247	20,25
Freitag	239	19,78	11.760	21,84	222	18,20
Samstag	41	3,39	3.529	6,55	67	5,49
Sonntag	5	0,41	1.210	2,25	10	0,82

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

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

3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

4. Vorjahresdaten

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

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

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

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

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

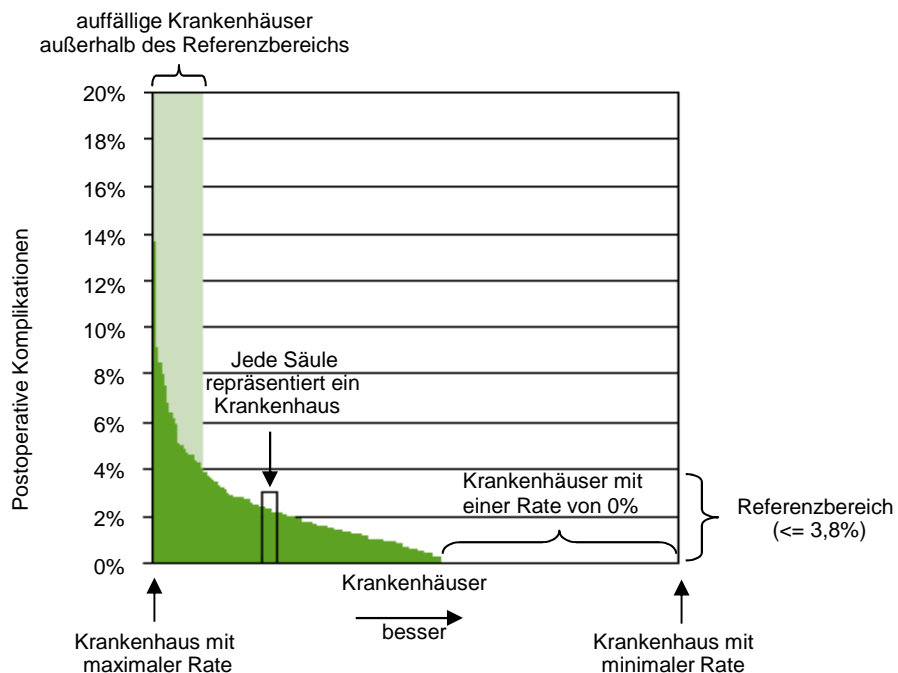
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

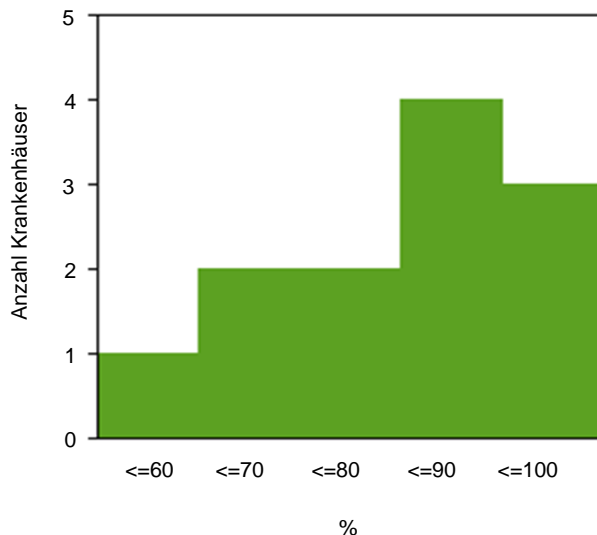
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

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

Auffälligkeitskriterium

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

Kennzahl-ID

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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