

Jahresauswertung 2017 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 81
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.919
Datensatzversion: HEP 2017
Datenbankstand: 28. Februar 2018
2017 - D17394-L110124-P52981

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2018 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

Jahresauswertung 2017 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 81
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.919
Datensatzversion: HEP 2017
Datenbankstand: 28. Februar 2018
2017 - D17394-L110124-P52981

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2017/HEP/54001 QI 1: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation			95,20%	>= 90,00%	innerhalb	94,29%	10
2017/HEP/54002 QI 2: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			90,12%	>= 86,00%	innerhalb	89,48%	13
2017/HEP/54003 QI 3: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			19,28%	<= 15,00%	außerhalb	18,84%	16
2017/HEP/54004 QI 4: Sturzprophylaxe			94,06%	>= 80,00%	innerhalb	92,95%	19

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 5: Allgemeine Komplikationen							
5a: 2017/HEP/54015 bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur							
			12,37%	<= 24,30%	innerhalb	13,40%	21
5b: 2017/HEP/54016 bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation							
			2,32%	<= 6,03%	innerhalb	2,46%	24
5c: 2017/HEP/54017 bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel							
			6,60%	<= 17,46%	innerhalb	6,76%	27
QI 6: Spezifische Komplikationen							
6a: 2017/HEP/54018 bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur							
			4,11%	<= 11,11%	innerhalb	4,65%	30
6b: 2017/HEP/54019 bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation							
			3,25%	<= 7,42%	innerhalb	3,08%	30
6c: 2017/HEP/54120 bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel							
			12,21%	<= 29,42%	innerhalb	10,53%	30

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2017/HEP/54010 QI 7: Beweglichkeit bei Entlassung			97,42%	>= 95,00%	innerhalb	97,23%	35
2017/HEP/54012 QI 8: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			1,09	<= 2,33	innerhalb	1,17	38
2017/HEP/54013 QI 9: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit			17,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	21,00 Fälle	41
2017/HEP/10271 QI 10: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			1,22	<= 3,73	innerhalb	0,81	43

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/HEP/850152 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen			67,47%	<= 80,00%	innerhalb	72,57%	44
2017/HEP/850151 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur			46,00%	<= 50,00%	innerhalb	43,62%	46

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Indikatoren und Kennzahlen ohne Referenzbereich

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

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

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

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

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

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

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

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

Planungsrelevante Indikatoren

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

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906

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

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

Qualitätsindikator 1: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

Grundgesamtheit: Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen¹

Indikator-ID: 2017/HEP/54001

Referenzbereich: >= 90,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien²				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score ³				
0 Punkte			6 / 7.957	0,08%
1 - 2 Punkte			56 / 7.957	0,70%
3 - 4 Punkte			330 / 7.957	4,15%
5 - 9 Punkte			6.262 / 7.957	78,70%
10 Punkte			1.303 / 7.957	16,38%
5 - 10 Punkte			7.565 / 7.957	95,07%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ³				
Grad 0			7 / 7.957	0,09%
Grad 1			11 / 7.957	0,14%
Grad 2			20 / 7.957	0,25%
Grad 3			29 / 7.957	0,36%
Grad 4			32 / 7.957	0,40%
Grad 5			1 / 7.957	0,01%
Schmerzen*				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			2.048 / 7.957	25,74%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			5.881 / 7.957	73,91%

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

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

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturrenden (Pseudarthrose) und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.575 / 7.957	95,20%
		>= 90,00%	94,71% - 95,65%	>= 90,00%

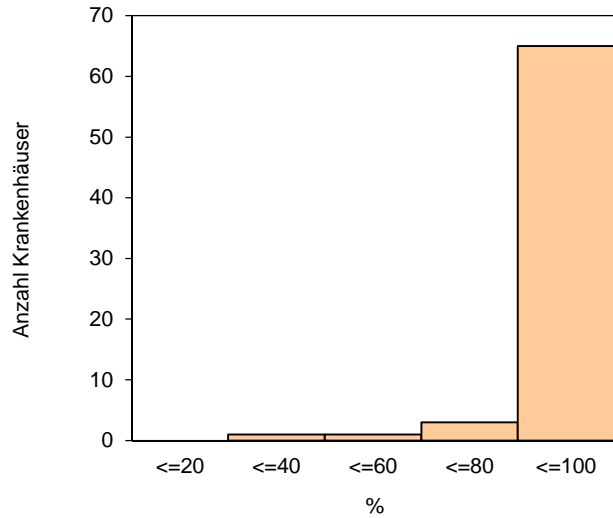
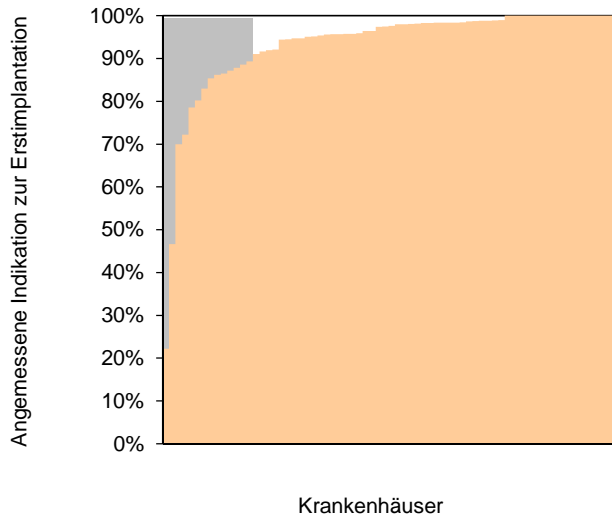
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturrenden (Pseudarthrose) und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah) Vertrauensbereich			7.416 / 7.865	94,29%
			93,76% - 94,78%	

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

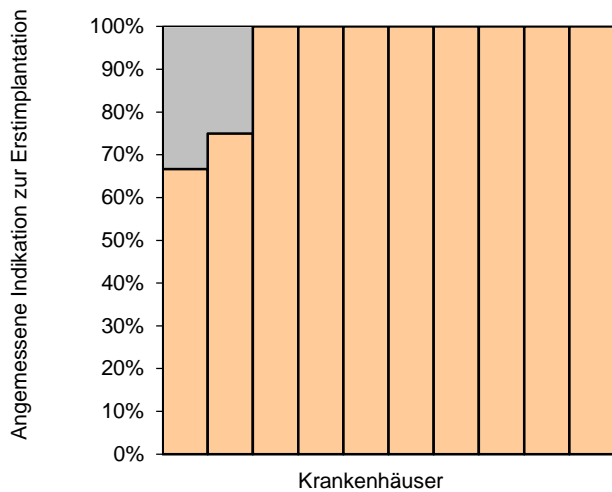
70 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,22	72,22	84,16	92,11	97,57	98,98	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.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67		70,83	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Hüftendoprothesen-Wechsel¹

Indikator-ID: 2017/HEP/54002

Referenzbereich: >= 86,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			400 / 1.164	34,36%
Patienten mit Ruheschmerz			617 / 1.164	53,01%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit:				
Implantatbruch			55 / 1.164	4,73%
Implantatabrieb/-verschleiß			143 / 1.164	12,29%
Implantatfehlage der Pfanne			92 / 1.164	7,90%
Implantatfehlage des Schaftes			41 / 1.164	3,52%
Lockerung der Pfannenkomponente			231 / 1.164	19,85%
Lockerung der Schaftkomponente			237 / 1.164	20,36%
Osteolyse der Pfanne			72 / 1.164	6,19%
Osteolyse des Femurs			52 / 1.164	4,47%
periprothetischer Fraktur			180 / 1.164	15,46%
Endoprothesen(sub)luxation			174 / 1.164	14,95%
großer Knochendefekt Pfanne			52 / 1.164	4,47%
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			19 / 1.164	1,63%
Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			6 / 1.164	0,52%
periartikuläre Ossifikation			31 / 1.164	2,66%

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei				
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel			300 / 1.164	25,77%
Patienten mit Entzündungszeichen ¹			300 / 1.164	25,77%
Patienten mit positiven mikrobiologischen Kriterium ²			135 / 1.164	11,60%
Patienten mit Endoprothesen(sub-)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantatabrieb/-verschleiß) oder isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel und (eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) oder mindestens einem Schmerzkriterium ³ und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium* oder erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			1.049 / 1.164	90,12%
Vertrauensbereich				88,27% - 91,70%
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, Implantatfehl- oder Lockerung des Schafts, Implantatfehl- oder Lockerung der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenenzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) oder Periarthkuläre Ossifikation

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesen(sub- luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Knochendefekt Pfanne oder Knochendefekt des Femurs oder Osteolyse der Pfanne oder Osteolyse des Femurs oder isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantat- abrieb/-verschleiß) oder isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel und (eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplika- tion eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) oder mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem klinischen/röntgeno- logischen Kriterium ³ oder erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* oder Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			1.046 / 1.169	89,48% 87,59% - 91,11%

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

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

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

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

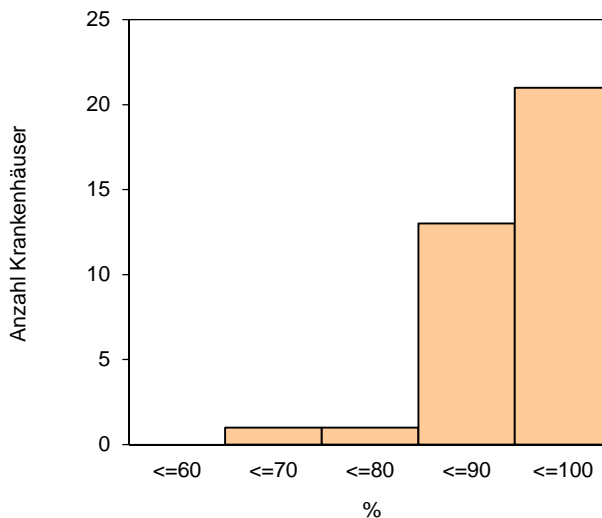
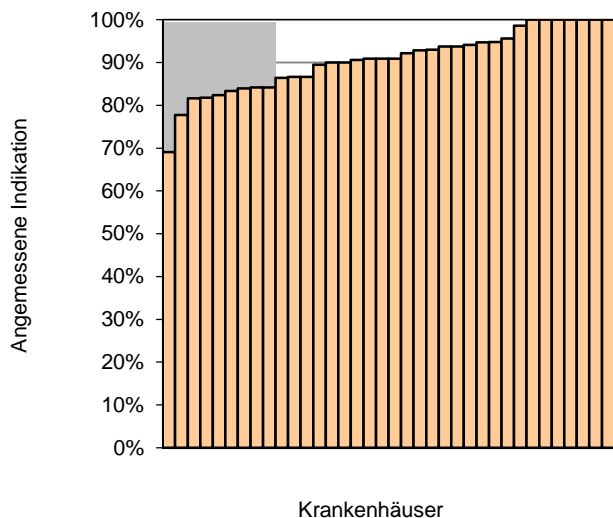
** Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

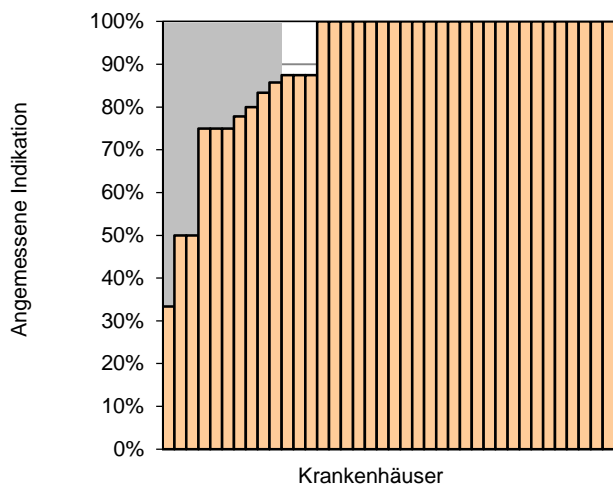
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,05	77,78	81,82	85,33	90,91	95,24	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

38 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,33	50,00	75,00	85,71	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer

Grundgesamtheit: Eingriffe bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur¹

Indikator-ID: 2017/HEP/54003

Referenzbereich: <= 15,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			1.610 / 2.952	54,54%
24 - 48 Stunden			773 / 2.952	26,19%
> 48 Stunden			569 / 2.952	19,28%
Vertrauensbereich				17,89% - 20,74%
Referenzbereich		<= 15,00%		<= 15,00%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden			1.681 / 2.999	56,05%
24 - 48 Stunden			753 / 2.999	25,11%
> 48 Stunden			565 / 2.999	18,84%
Vertrauensbereich				17,48% - 20,28%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte				

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2017			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endo- prothetisch versorgten hüftgelenk- nahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstatio- nären Einrichtung erfolgte				

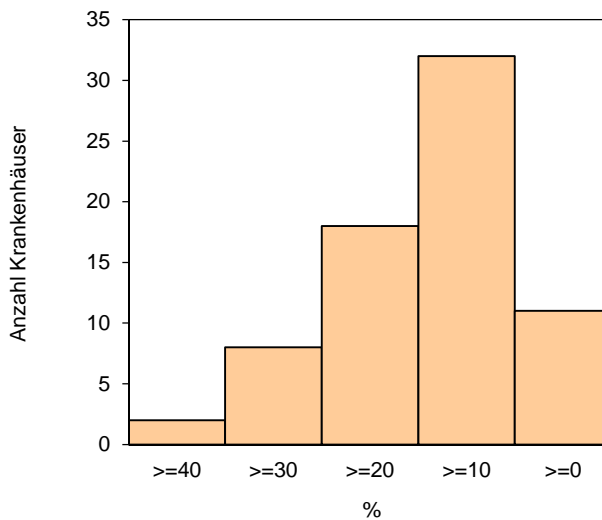
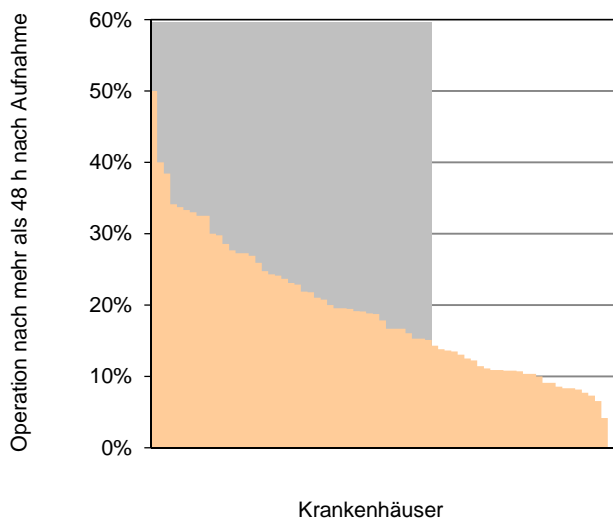
	Gesamt 2017			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Eingriffe bei Patienten mit endo- prothetisch versorgten hüftgelenk- nahen Femurfrakturen, bei denen die Operation				
< 24 Stunden	1.023 / 1.783 57,38%	234 / 436 53,67%	168 / 372 45,16%	185 / 361 51,25%
24 - 48 Stunden	478 / 1.783 26,81%	72 / 436 16,51%	101 / 372 27,15%	122 / 361 33,80%
> 48 Stunden	282 / 1.783 15,82%	130 / 436 29,82%	103 / 372 27,69%	54 / 361 14,96%
nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstatio- nären Einrichtung erfolgte				

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

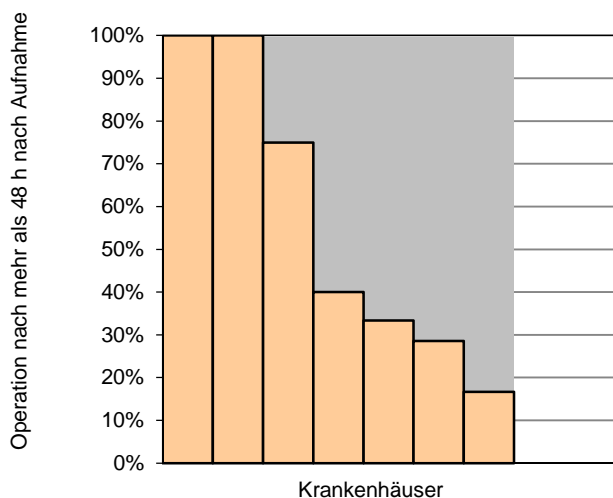
71 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	7,32	8,33	10,87	17,86	24,76	32,53	34,15	50,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			16,67	33,33	75,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Sturzprophylaxe

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden Vertrauensbereich Referenzbereich			8.376 / 8.905	94,06%
				93,55% - 94,53%
		>= 80,00%		>= 80,00%

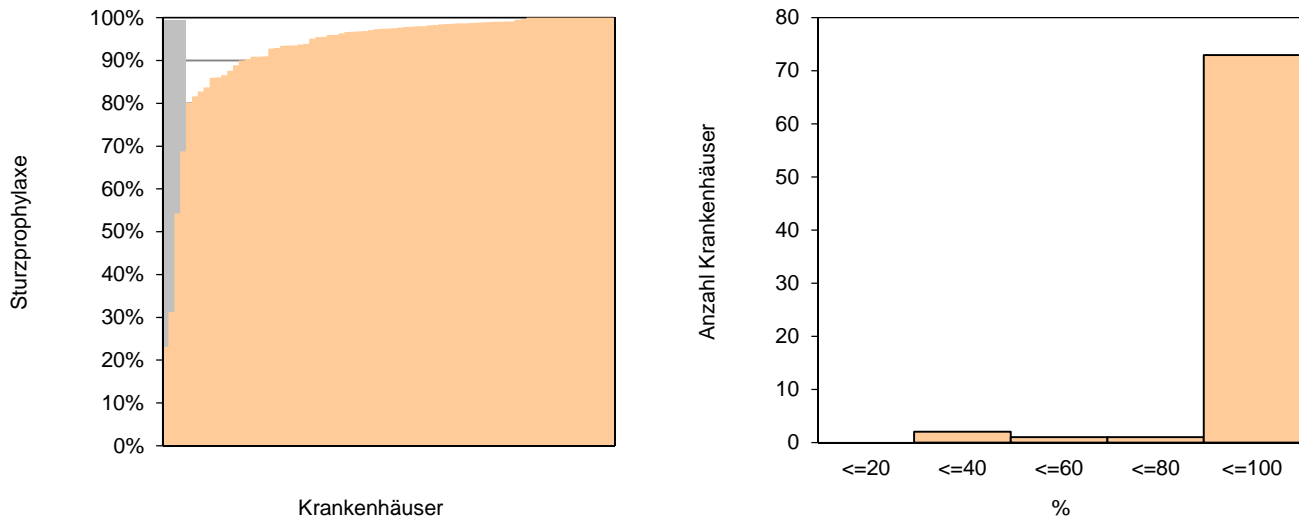
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden Vertrauensbereich			8.221 / 8.845	92,95%
				92,39% - 93,46%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

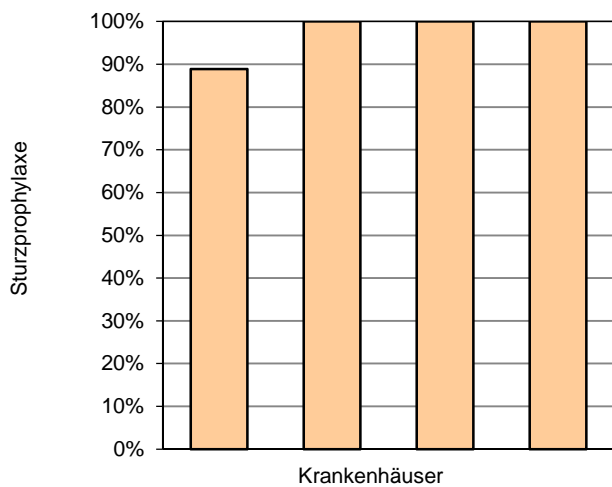
77 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,08	68,75	83,77	92,93	97,46	99,04	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,89			94,44	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

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

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

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

	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	█		
Vertrauensbereich	█		
Referenzbereich	<= 24,30%		
	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	366 / 2.959 12,37%	28 / 662 4,23%	337 / 2.292 14,70%
Vertrauensbereich	11,23% - 13,60%		
Referenzbereich	<= 24,30%		

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

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	405 / 3.022 13,40% 12,23% - 14,66%	27 / 666 4,05%	372 / 2.343 15,88%

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

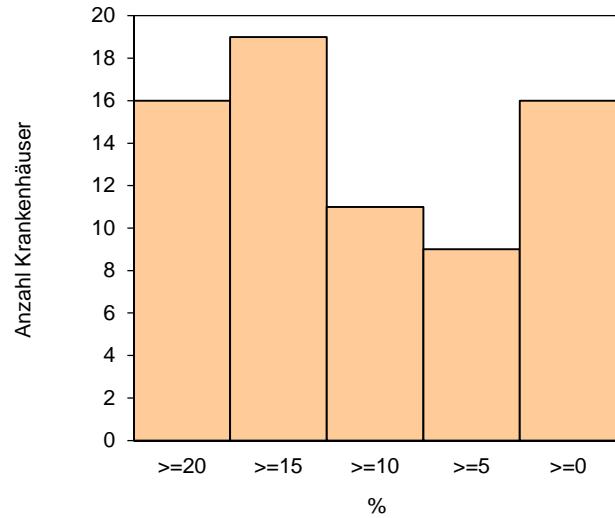
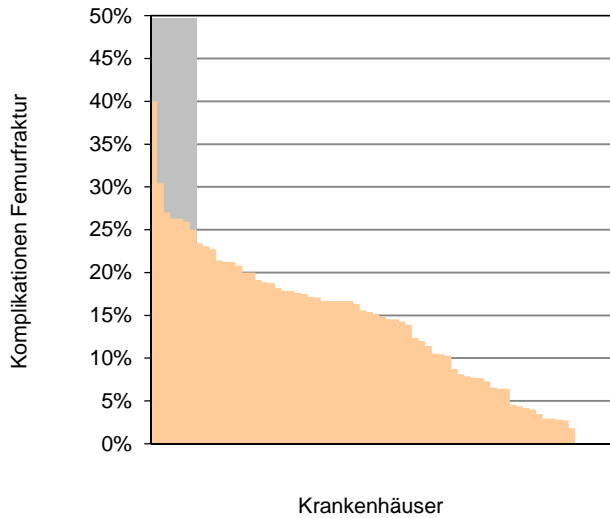
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

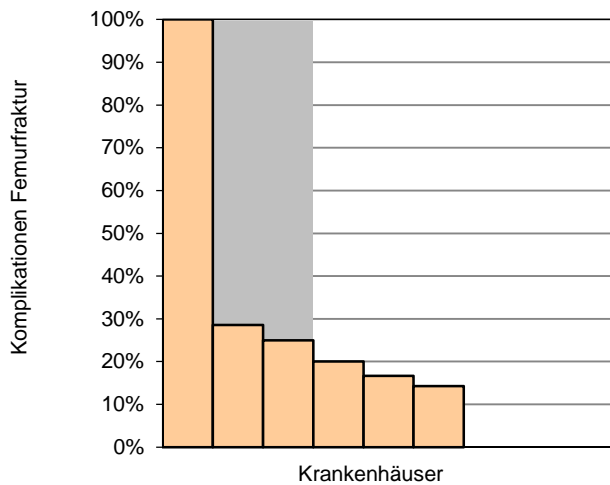
71 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	2,70	6,41	14,81	18,87	23,40	26,32	40,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	16,67	25,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

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

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

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

	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	184 / 7.932 2,32%	60 / 4.845 1,24%	124 / 3.088 4,02%
Vertrauensbereich	2,01% - 2,67%		
Referenzbereich	<= 6,03%		

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

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	193 / 7.856 2,46% 2,14% - 2,82%	63 / 4.917 1,28%	132 / 2.941 4,49%

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

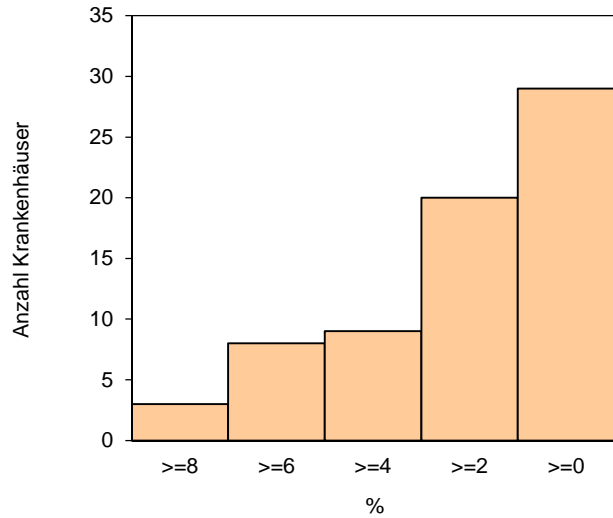
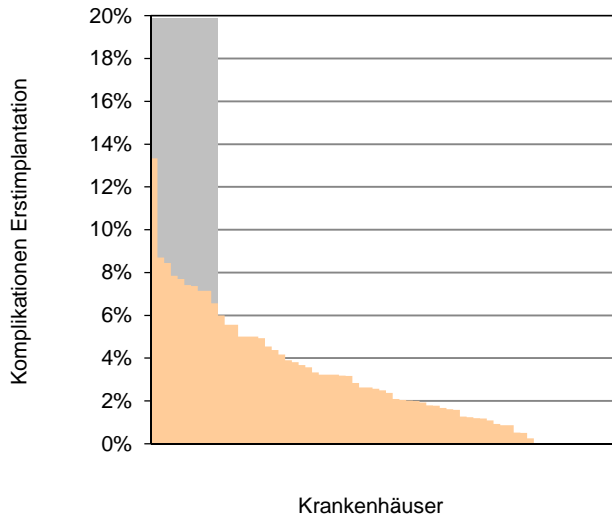
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

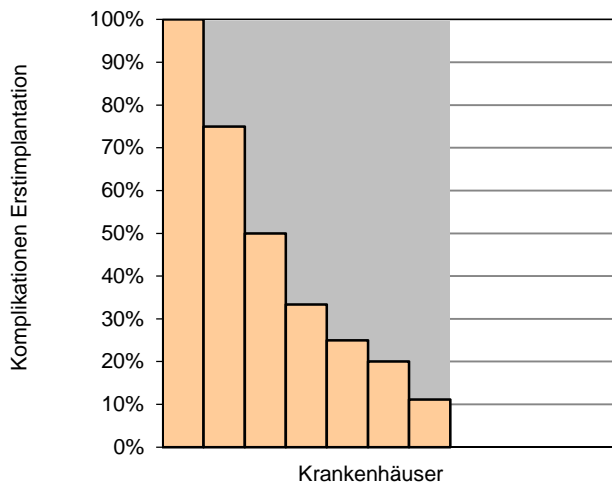
69 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,92	2,50	4,55	7,37	7,84	13,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	20,00	50,00	75,00		100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 bis 2
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 bis 4
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 5c):	2017/HEP/54017
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 17,46% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	76 / 1.152 6,60%	12 / 470 2,55%	64 / 685 9,34%
Vertrauensbereich	5,30% - 8,18%		
Referenzbereich	<= 17,46%		

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

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	78 / 1.154 6,76% 5,45% - 8,36%	8 / 465 1,72%	70 / 691 10,13%

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

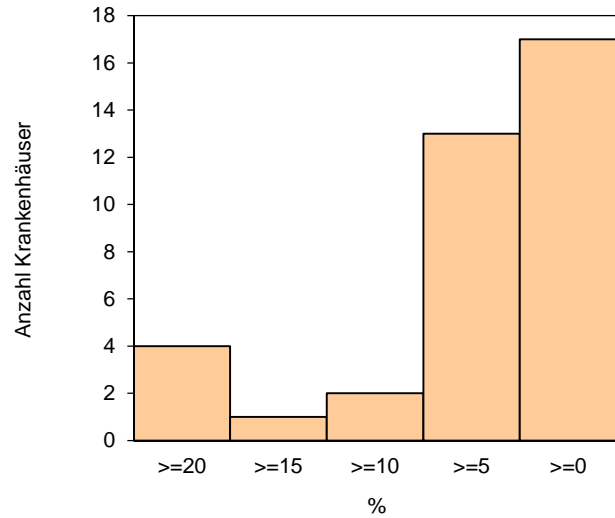
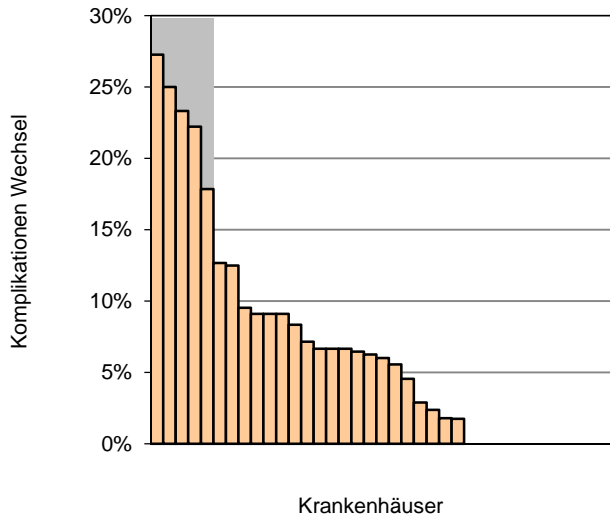
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung oder akute Niereninsuffizienz

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

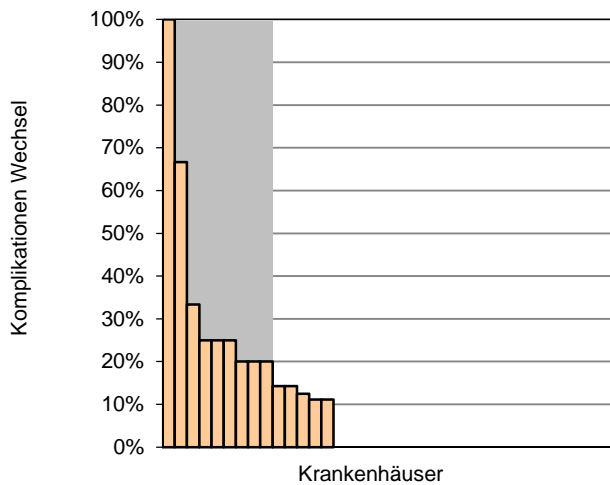
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	6,00	9,09	22,22	25,00	27,27

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

37 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,29	25,00	66,67	100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Spezifische Komplikationen

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

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

	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	122 / 2.968 4,11%	259 / 7.968 3,25%	145 / 1.188 12,21%
Vertrauensbereich	3,45% - 4,89%	2,88% - 3,66%	10,46% - 14,19%
Referenzbereich	<= 11,11%	<= 7,42%	<= 29,42%

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

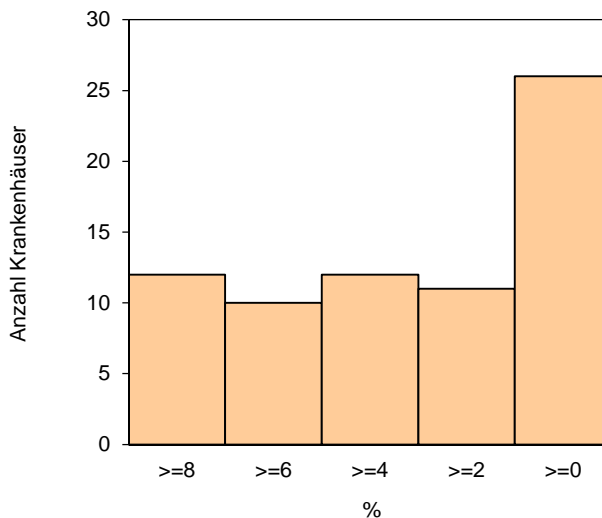
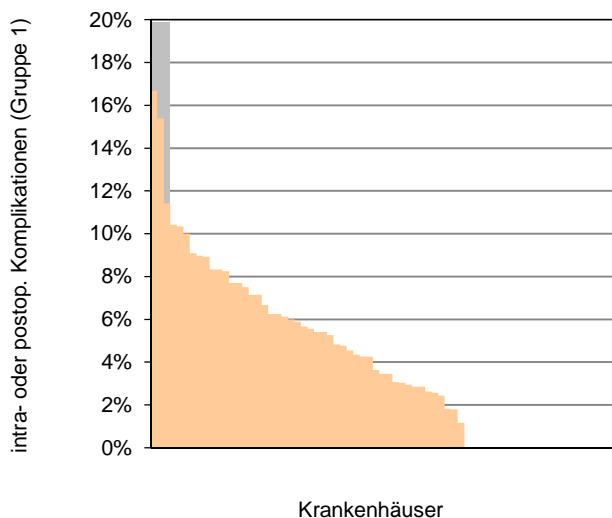
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation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

Vorjahresdaten	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 endoprothetische Versorgung hüftgelenknaher Femurfraktur	Gruppe 2 elektive Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Gruppe 3 Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹ Vertrauensbereich	141 / 3.035 4,65% 3,95% - 5,45%	243 / 7.879 3,08% 2,72% - 3,49%	125 / 1.187 10,53% 8,91% - 12,41%

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

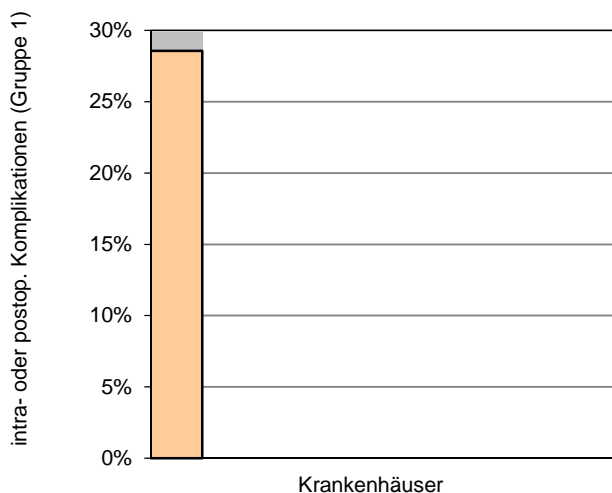
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2017/HEP/54018]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	6,67	8,97	10,42	16,67

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



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

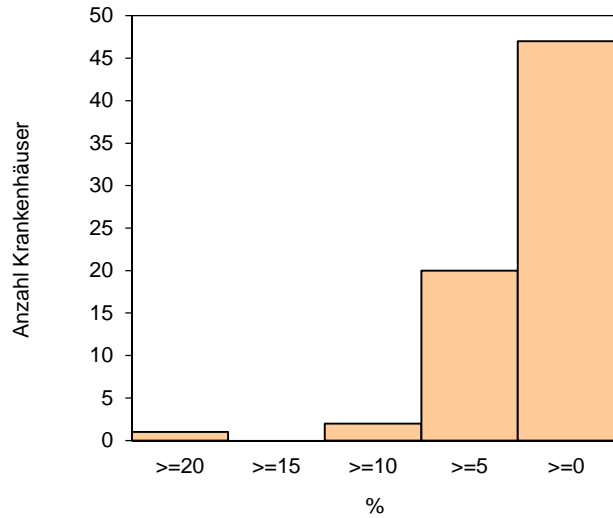
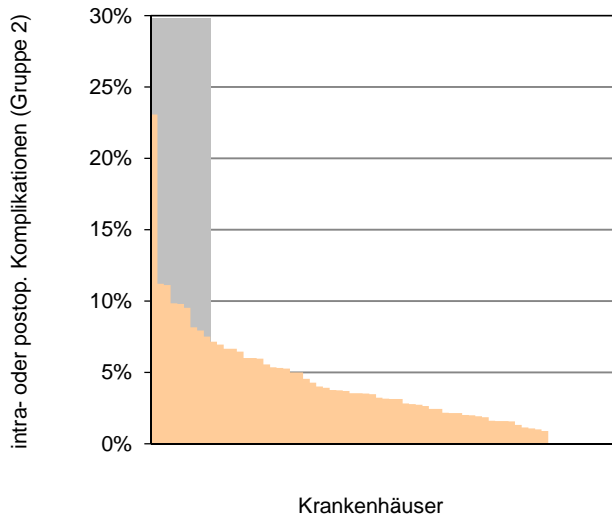
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2017/HEP/54019]:

Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

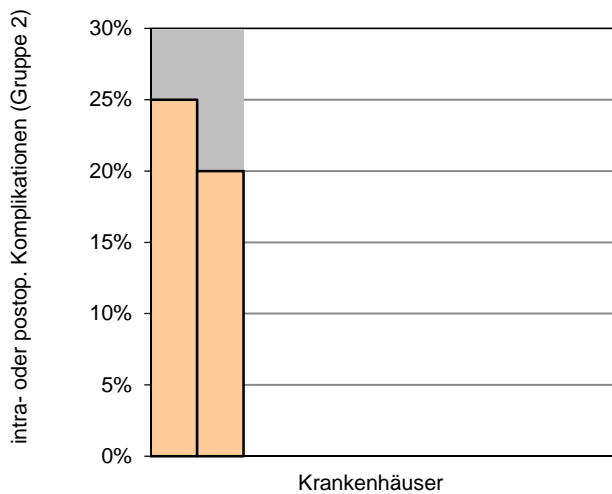
70 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,59	3,19	5,56	8,05	9,84	23,08

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

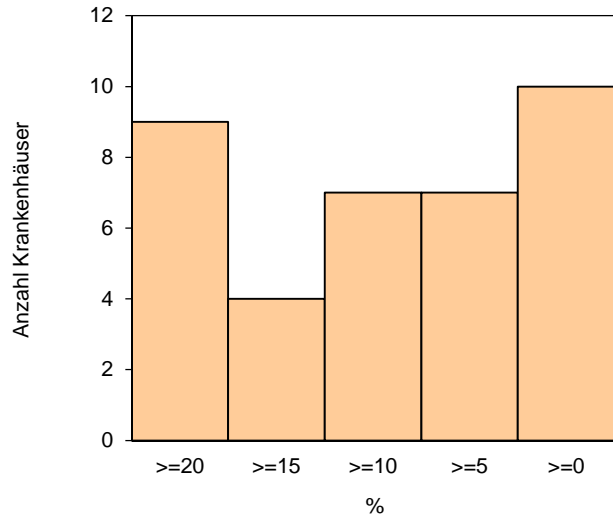
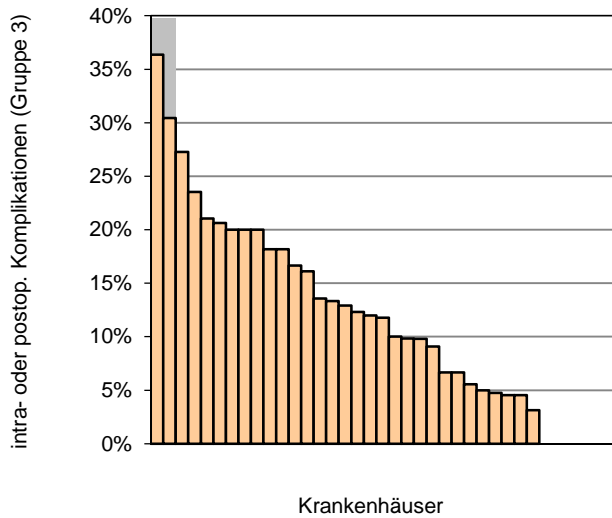


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	22,50		25,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

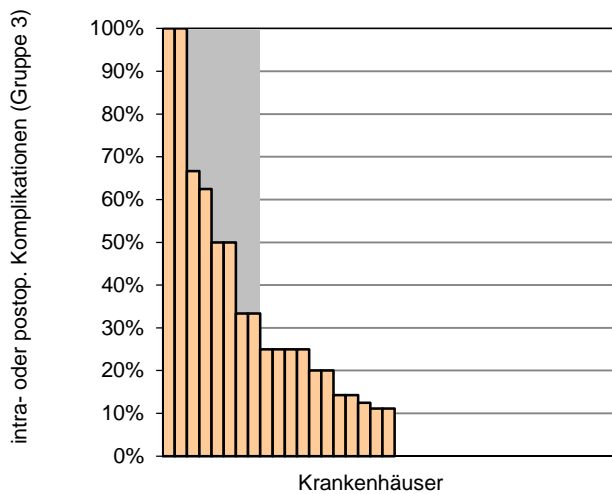
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2017/HEP/54120]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	4,76	11,76	18,18	23,53	30,43	36,36

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	25,00	62,50	100,00	100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Beweglichkeit bei Entlassung

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/54010

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.714 / 7.918	97,42%
				97,05% - 97,75%
		>= 95,00%		>= 95,00%

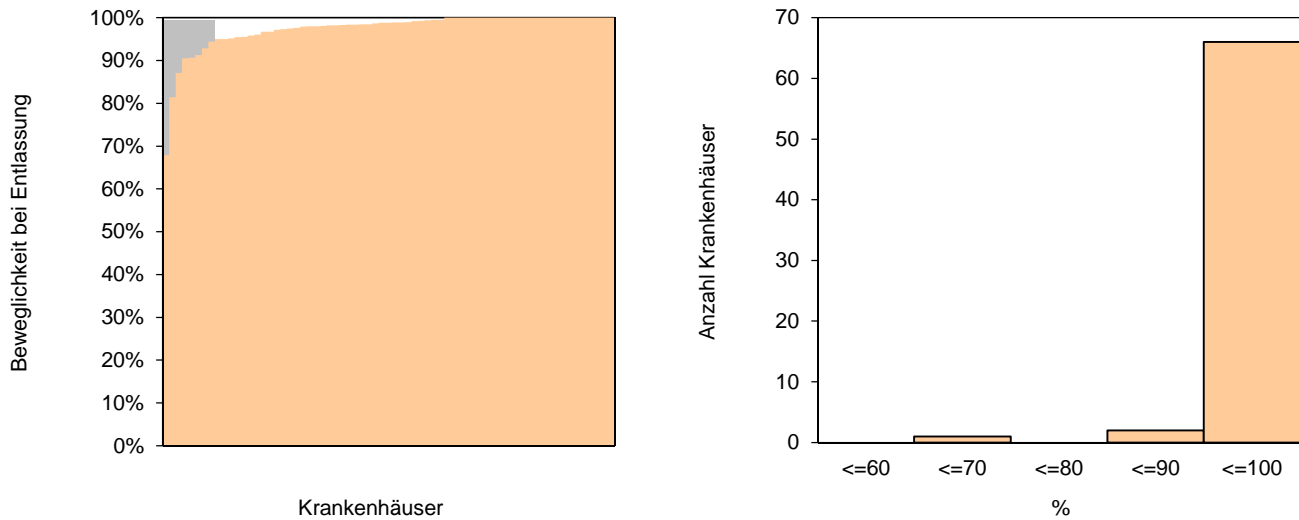
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			7.617 / 7.834	97,23%
				96,84% - 97,57%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2017/HEP/54010]:

Anteil von Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

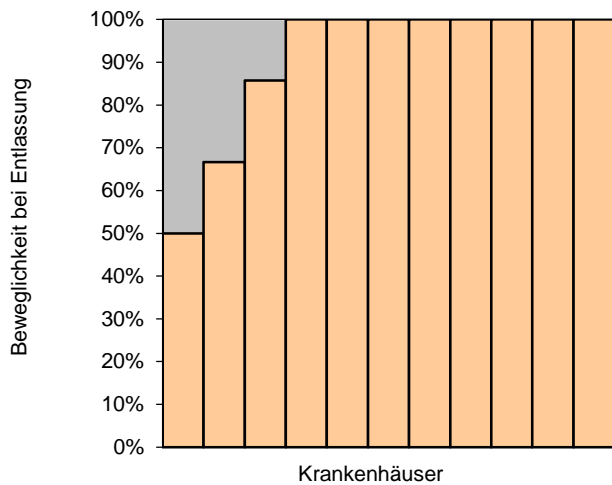
69 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,90	90,57	92,86	97,18	98,86	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00		66,67	85,71	100,00	100,00	100,00		100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2017			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
Gesamt 2017				
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	7.255 / 7.417 97,82%	241 / 251 96,02%	106 / 117 90,60%	112 / 133 84,21%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Qualitätsziel: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Indikator-ID: 2017/HEP/54012

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

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O)		506 / 10.259 4,93%
vorhergesagt (E) ²		462,12 / 10.259 4,50%
O - E		0,43%

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

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

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
O / E ³		1,09
Vertrauensbereich		1,01 - 1,19
Referenzbereich	<= 2,33	<= 2,33

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

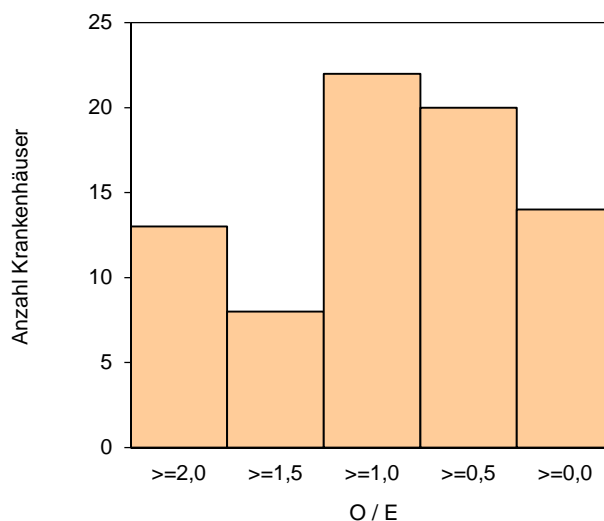
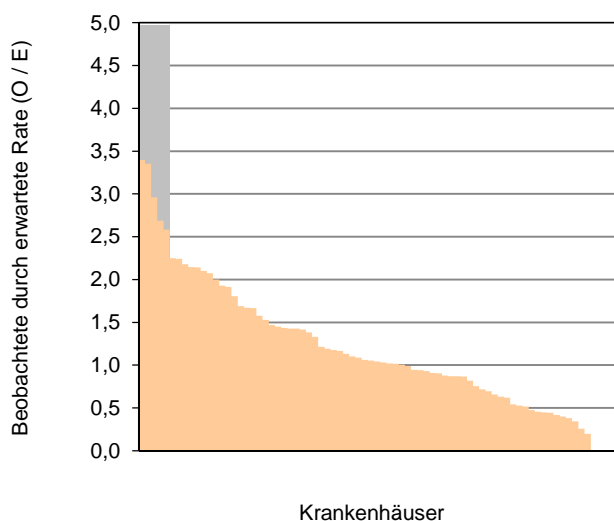
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
beobachtet (O)		551 / 10.313 5,34%
vorhergesagt (E)		471,86 / 10.313 4,58%
O - E		0,77%
O / E		1,17
Vertrauensbereich		1,08 - 1,27

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

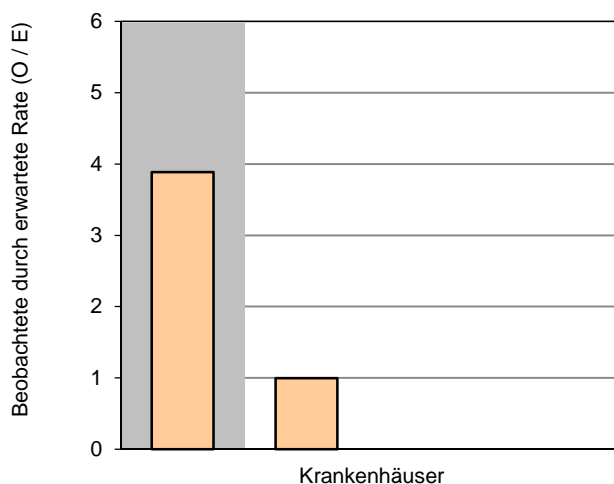
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2017/HEP/54012]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,38	0,66	1,04	1,58	2,18	2,69	3,40

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,50	2,44			3,89

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			9.753 / 10.259	95,07%
Patienten mit Gehunfähigkeit ¹ bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)			506 / 10.259	4,93%
Gruppe 2 (mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur)			381 / 2.057	18,52%
Gruppe 3 (mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)			63 / 7.460	0,84%
Gruppe 4 (mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels)			62 / 742	8,36%

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

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

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

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

Indikator-ID: 2017/HEP/54013

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			17 / 9.326	17,00 Fälle 0,18%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			21 / 9.232	21,00 Fälle 0,23%

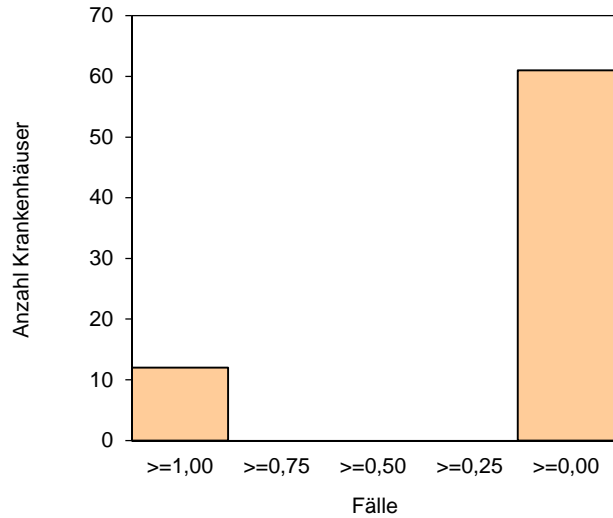
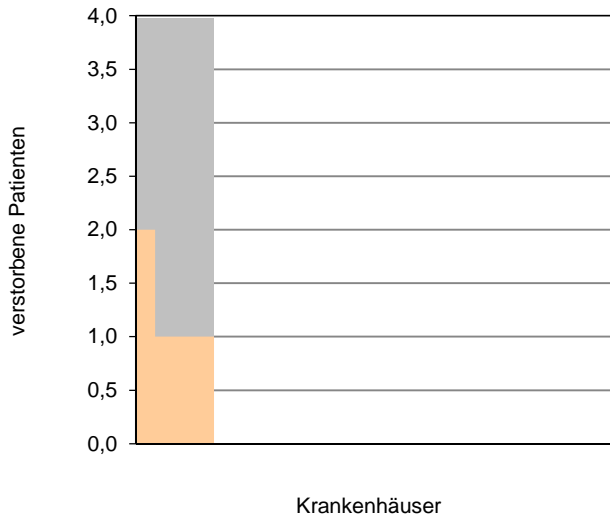
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2017 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2016 ab.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

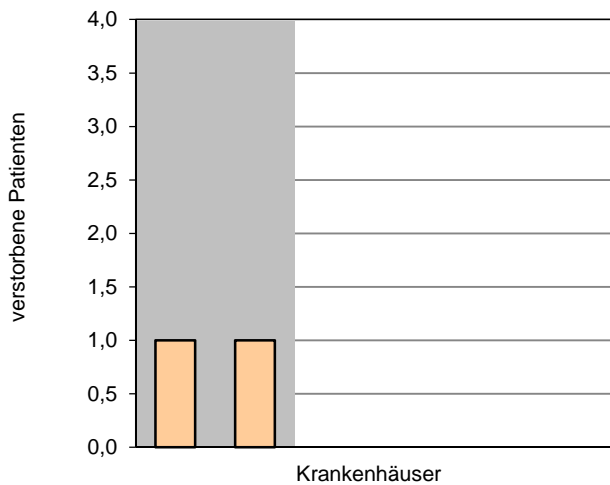
73 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/10271

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

Auswertungszeitpunkt: 2017 Ereignisse im Follow-up-Zeitraum ²	Krankenhaus	Gesamt
beobachtet (O)		120 / 8.891
vorhergesagt (E) ³		98,16 / 8.891
O / E*		1,22
Vertrauensbereich		1,02 - 1,45
Referenzbereich	<= 3,73	<= 3,73

Auswertungszeitpunkt: 2016** Ereignisse im Follow-up-Zeitraum	Krankenhaus	Gesamt
beobachtet (O)		72 / 7.962
vorhergesagt (E)		89,42 / 7.962
O / E		0,81
Vertrauensbereich		0,63 - 1,01

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/850152

Referenzbereich: <= 80,00%

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation ¹			394 / 584	67,47%
Vertrauensbereich				63,56% - 71,14%
Referenzbereich		<= 80,00%		<= 80,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation			455 / 627	72,57%
Vertrauensbereich				68,95% - 75,91%

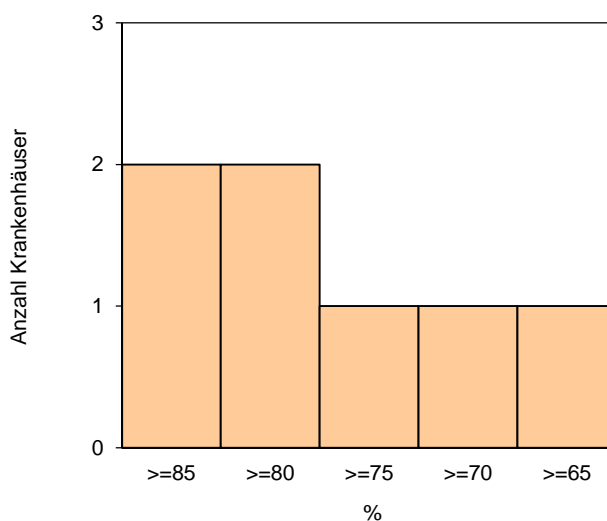
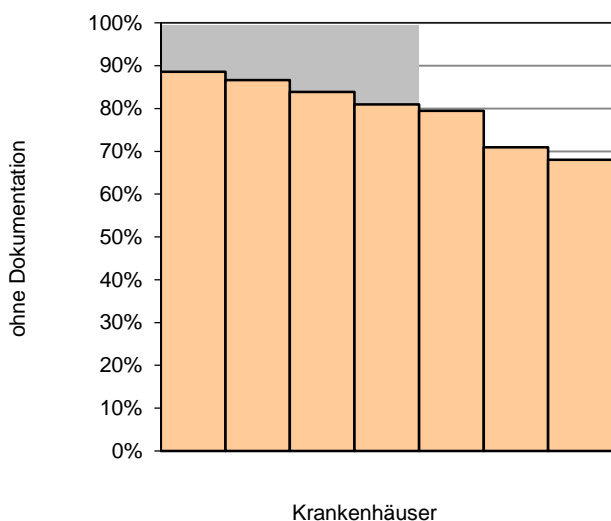
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

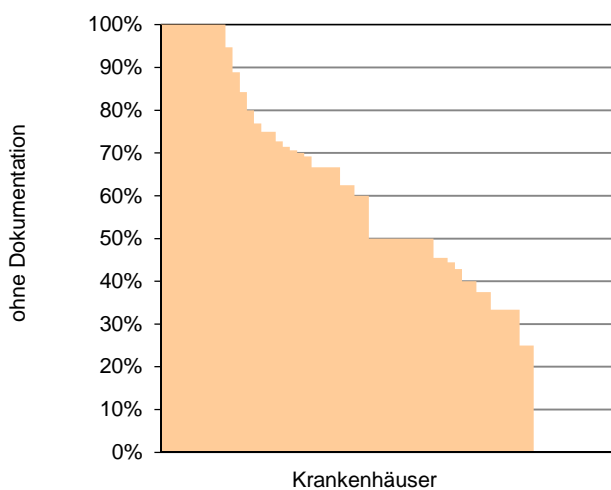
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,00			70,97	80,95	86,67			88,57

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: 2017/HEP/850151

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹			46 / 100	46,00%
Vertrauensbereich				36,56% - 55,74%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation			41 / 94	43,62%
Vertrauensbereich				34,04% - 53,70%

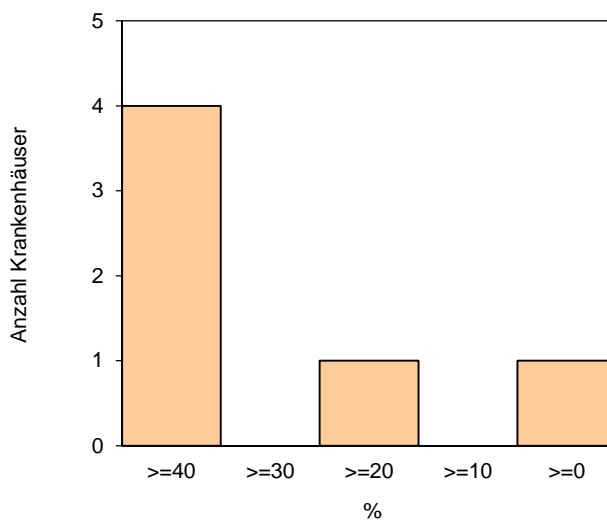
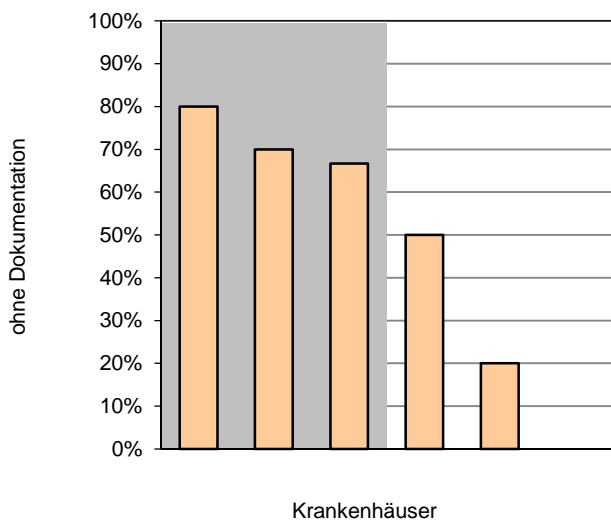
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

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

Anteil an Fällen ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation an allen Fällen mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

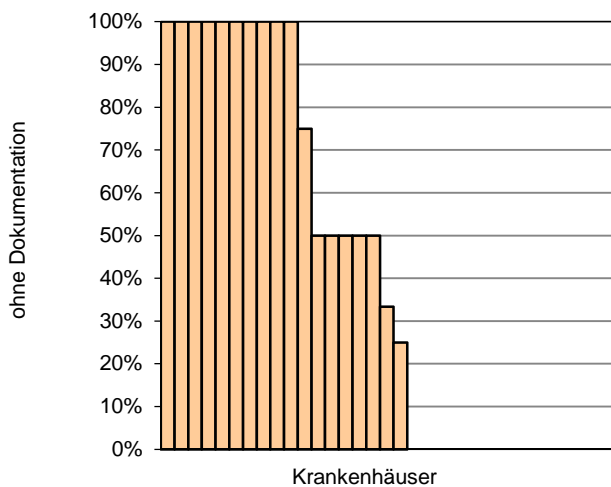
6 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			20,00	58,33	70,00			80,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

33 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

42 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2017 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 81
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.919
Datensatzversion: HEP 2017
Datenbankstand: 28. Februar 2018
2017 - D17394-L110124-P52981

Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.351	28,11	3.201	26,83
2. Quartal			2.948	24,73	2.990	25,06
3. Quartal			2.771	23,25	2.801	23,48
4. Quartal			2.849	23,90	2.938	24,63
Gesamt			11.919		11.930	
Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen			2.968		3.035	
Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			7.968		7.879	
Anzahl der Wechsel			1.188		1.187	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			11.919		11.930	
Median				11,00		12,00
Mittelwert				13,58		13,82
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			12.124		12.101	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,93		1,86
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			12.124		12.101	
Median				10,00		11,00
Mittelwert				11,95		12,29

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
5	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
6	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	Z48.0	Kontrolle von Verbänden und Nähten
8	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				M16.1	6.295	52,81	M16.1	6.232	52,24
2				I10.00	4.353	36,52	I10.00	3.934	32,98
3				D62	2.673	22,43	D62	2.633	22,07
4				S72.01	2.000	16,78	S72.01	1.949	16,34
5				Z96.64	1.377	11,55	Z96.64	1.279	10,72
6				E11.90	1.222	10,25	E11.90	1.201	10,07
7				Z48.0	1.117	9,37	I10.90	1.044	8,75
8				Z92.2	1.067	8,95	Z48.0	1.003	8,41

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

OPS 2017

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
3	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilyementiert)
4	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige
5	5-784.0d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken

OPS 2017

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-820.00	5.923	48,85	5-820.00	5.728	47,33
2				5-820.41	2.144	17,68	5-820.41	2.149	17,76
3				5-820.02	1.205	9,94	5-820.02	1.350	11,16
4				5-986.x	941	7,76	5-820.01	779	6,44
5				5-784.0d	757	6,24	5-784.0d	766	6,33

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			7.592	63,70	8.225	68,94
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			4.325	36,29	3.703	31,04
stationäre Entbindung			2	0,02	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			0	0,00	2	0,02
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.919		11.930	
< 50 Jahre			401 / 11.919	3,36	424 / 11.930	3,55
50 - 59 Jahre			1.409 / 11.919	11,82	1.451 / 11.930	12,16
60 - 69 Jahre			2.748 / 11.919	23,06	2.622 / 11.930	21,98
70 - 79 Jahre			3.926 / 11.919	32,94	4.065 / 11.930	34,07
80 - 89 Jahre			2.867 / 11.919	24,05	2.835 / 11.930	23,76
>= 90 Jahre			568 / 11.919	4,77	533 / 11.930	4,47
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.919		11.930	
Median				74,00		74,00
Mittelwert				72,24		72,12
Geschlecht						
männlich			4.567	38,32	4.706	39,45
weiblich			7.352	61,68	7.224	60,55
unbestimmt ¹			0	0,00	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2017

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt			1.530	12,84	1.596	13,38
Gehen am Stück bis 500 m möglich			6.261	52,53	6.460	54,15
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50 m)			2.600	21,81	2.412	20,22
im Zimmer mobil			1.031	8,65	1.011	8,47
immobil			497	4,17	451	3,78
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			6.782	56,90	7.191	60,28
Unterarmgehstützen/Gehstock			2.844	23,86	2.526	21,17
Rollator/Gehbock			1.727	14,49	1.651	13,84
Rollstuhl			325	2,73	330	2,77
bettlägerig			241	2,02	232	1,94
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?¹						
nein, liegt nicht vor			9.168	76,92	-	-
Ja, Pflegegrad 1			263	2,21	-	-
Ja, Pflegegrad 2			474	3,98	-	-
Ja, Pflegegrad 3			350	2,94	-	-
Ja, Pflegegrad 4			152	1,28	-	-
Ja, Pflegegrad 5			34	0,29	-	-
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			1.478	12,40	-	-

¹ neues Datenfeld in 2017

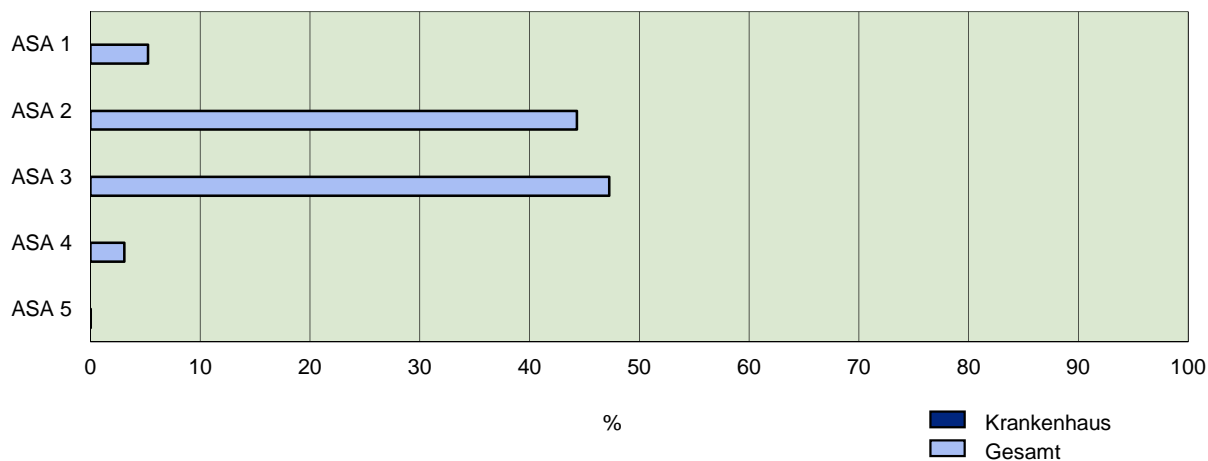
**Prozeduren
 Eingriff**

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
zu operierende Seite						
rechts			6.233	51,41	6.151	50,83
links			5.891	48,59	5.950	49,17

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			637	5,25	593	4,90
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.376	44,34	5.473	45,23
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			5.731	47,27	5.581	46,12
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			375	3,09	438	3,62
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			5	0,04	16	0,13

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			11.904	98,19	11.869	98,08
bedingt aseptische Eingriffe			116	0,96	120	0,99
kontaminierte Eingriffe			27	0,22	24	0,20
septische Eingriffe			77	0,64	88	0,73

Operation

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Art des Eingriffs						
endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			2.968	24,48	3.035	25,08
elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			7.968	65,72	7.879	65,11
Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels			1.023	8,44	1.029	8,50
Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels			165	1,36	158	1,31
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			12.124		12.101	
Median				75,00		77,00
Mittelwert				83,23		85,25

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk- nahen Femurfrakturen			2.968		3.035	
Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			151	5,09	156	5,14
vorbestehende Koxarthrose			1.363	45,92	1.410	46,46
Frakturereignis war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			2.913	98,15	2.980	98,19
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			55	1,85	55	1,81
Frakturlokalisierung						
medial			2.669	89,93	2.732	90,02
lateral			112	3,77	106	3,49
pertrochantär			107	3,61	96	3,16
sonstige			80	2,70	101	3,33
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			75 / 2.669	2,81	81 / 2.732	2,96
unverschoben			230 / 2.669	8,62	209 / 2.732	7,65
verschoben			1.540 / 2.669	57,70	1.616 / 2.732	59,15
komplett verschoben			824 / 2.669	30,87	826 / 2.732	30,23

Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der hüftgelenk-nahen Femurfrakturen			2.968		3.035	
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			1.138	38,34	1.120	36,90
Art der Medikation (Mehrfachnennungen möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			210 / 1.138	18,45	263 / 1.120	23,48
Acetylsalicylsäure andere Thrombozyten- aggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			527 / 1.138	46,31	516 / 1.120	46,07
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			106 / 1.138	9,31	102 / 1.120	9,11
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			112 / 1.138	9,84	86 / 1.120	7,68
			223 / 1.138	19,60	172 / 1.120	15,36

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			7.968		7.879	
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			423	5,31	463	5,88
Schmerzen						
keine Schmerzen			28	0,35	30	0,38
Belastungsschmerz			2.052	25,75	2.071	26,29
Ruhschmerz			5.888	73,90	5.778	73,33

Präoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			7.968		7.879	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			7.289	91,48	6.940	88,08
Extension/Flexion Anzahl gültiger Angaben			7.289		6.940	
Winkel Extension (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,16		0,24
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				2,82		2,64
Winkel Flexion (Grad) Median				90,00		90,00
Mittelwert				87,01		87,49
Ab-/Adduktion Anzahl gültiger Angaben			7.289		6.940	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,00		20,00
Mittelwert				16,05		16,90
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,04		0,08
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				10,94		12,13

Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			7.968		7.879	
Außen-/Innenrotation Anzahl gültiger Angaben			7.289		6.940	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				10,00		10,00
Mittelwert				13,03		13,70
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,20		1,16
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				5,00		5,00
Mittelwert				6,78		7,80

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			7.968		7.879	
Osteophyten						
keine oder fraglich			215	2,70	290	3,68
eindeutig			3.875	48,63	3.932	49,90
große			3.878	48,67	3.657	46,41
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			64	0,80	124	1,57
eindeutig verschmälert			676	8,48	772	9,80
fortgeschritten verschmälert			3.826	48,02	3.670	46,58
aufgehoben			3.402	42,70	3.313	42,05
Sklerose						
keine Sklerose			30	0,38	99	1,26
leichte Sklerose			1.106	13,88	1.325	16,82
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.722	46,71	3.448	43,76
Sklerose mit Zysten			3.110	39,03	3.007	38,16
Deformierung						
keine Deformierung			495	6,21	470	5,97
leichte Deformierung			3.670	46,06	3.625	46,01
deutliche Deformierung			3.803	47,73	3.784	48,03

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen			7.968		7.879	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
nein			7.868	98,74	7.773	98,65
ja			100	1,26	106	1,35
wenn ja:						
Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			7 / 100	7,00	6 / 106	5,66
Grad 1: geringe Veränderung			11 / 100	11,00	10 / 106	9,43
Grad 2: definitive Veränderung			20 / 100	20,00	26 / 106	24,53
Grad 3: deutliche Veränderung			29 / 100	29,00	26 / 106	24,53
Grad 4: schwere Veränderung			32 / 100	32,00	30 / 106	28,30
Grad 5: multilierende Veränderung			1 / 100	1,00	8 / 106	7,55

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.188		1.187	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
keine Schmerzen			148	12,46	98	8,26
Belastungsschmerz			406	34,18	408	34,37
Ruhschmerz			634	53,37	681	57,37

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.188		1.187	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund			304	25,59	285	24,01
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			519	43,69	534	44,99
durchgeführt, negativ			534	44,95	508	42,80
durchgeführt, positiv			135	11,36	145	12,22
histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			712	59,93	750	63,18
kein pathologischer Befund			232	19,53	225	18,96
abriebinduzierter Typ (Typ I)			112	9,43	95	8,00
infektiöser Typ (Typ II)			86	7,24	84	7,08
Mischtyp (Typ III)			22	1,85	20	1,68
Indifferenztyp (Typ IV)			24	2,02	13	1,10

Röntgendiagnostik/klinische Befunde

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen			1.188		1.187	
Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			966	81,31	957	80,62
Implantatbruch			55 / 966	5,69	53 / 957	5,54
Implantatabrieb/-verschleiß			144 / 966	14,91	145 / 957	15,15
Implantatfehlage der Pfanne			95 / 966	9,83	80 / 957	8,36
Implantatfehlage des Schafts			42 / 966	4,35	32 / 957	3,34
Lockerung der Pfannenkomponente			242 / 966	25,05	250 / 957	26,12
Lockerung der Schaftkomponente			239 / 966	24,74	229 / 957	23,93
Osteolyse der Pfanne			74 / 966	7,66	84 / 957	8,78
Osteolyse des Femurs			52 / 966	5,38	55 / 957	5,75
periprothetische Fraktur			187 / 966	19,36	175 / 957	18,29
Endoprothesen(sub)luxation			182 / 966	18,84	173 / 957	18,08
großer Knochendefekt Pfanne			57 / 966	5,90	72 / 957	7,52
großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)			19 / 966	1,97	36 / 957	3,76
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation			6 / 966	0,62	10 / 957	1,04
periartikuläre Ossifikation			31 / 966	3,21	38 / 957	3,97

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			571	4,71	653	5,40
primäre Implantatfehlloge			15 / 571	2,63	12 / 653	1,84
sekundäre Implantatdislokation			37 / 571	6,48	40 / 653	6,13
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub-)luxation			76 / 571	13,31	75 / 653	11,49
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom			120 / 571	21,02	118 / 653	18,07
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			9 / 571	1,58	5 / 653	0,77
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			46 / 571	8,06	42 / 653	6,43
periprothetische Fraktur			140 / 571	24,52	147 / 653	22,51
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			44 / 571	7,71	50 / 653	7,66
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			13 / 571	2,28	6 / 653	0,92
sonstige			136 / 571	23,82	118 / 653	18,07

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
Postoperative Wundinfektion						
ja			146	1,20	106	0,88
nein			11.978	98,80	11.995	99,12
wenn ja						
Wundinfektionstiefe						
nach Definition der CDC						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			31 / 146	21,23	27 / 106	25,47
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			87 / 146	59,59	64 / 106	60,38
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			28 / 146	19,18	15 / 106	14,15
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja ¹			365 / 644	56,68	111 / 653	17,00
nein ²			279 / 644	43,32	-	-

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

² neuer Schlüsselwert in 2017

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			12.124		12.101	
weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			210	1,73	229	1,89

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			956	8,02	1.041	8,73
Pneumonie			150 / 956	15,69	149 / 1.041	14,31
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			229 / 956	23,95	268 / 1.041	25,74
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			18 / 956	1,88	12 / 1.041	1,15
Lungenembolie			45 / 956	4,71	34 / 1.041	3,27
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			122 / 956	12,76	149 / 1.041	14,31
Schlaganfall			37 / 956	3,87	30 / 1.041	2,88
akute gastrointestinale Blutung			23 / 956	2,41	29 / 1.041	2,79
akute Niereninsuffizienz			99 / 956	10,36	106 / 1.041	10,18
neu aufgetretener Dekubitus			38 / 956	3,97	43 / 1.041	4,13
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			420 / 956	43,93	490 / 1.041	47,07

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe)						
nein			638 / 11.919	5,35	700 / 11.930	5,87
ja			11.194 / 11.919	93,92	11.230 / 11.930	94,13
Durchführung von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)						
nein			388 / 11.919	3,26	505 / 11.930	4,23
ja			11.444 / 11.919	96,01	11.425 / 11.930	95,77
wenn ja:						
Patient hat Gehtraining erhalten			11.262 / 11.444	98,41	11.158 / 11.425	97,66
Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert			11.183 / 11.444	97,72	11.144 / 11.425	97,54
Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst			10.893 / 11.444	95,19	10.711 / 11.425	93,75
Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potentielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt			10.825 / 11.444	94,59	10.610 / 11.425	92,87

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			11.144	93,50	11.360	95,22
Extension/Flexion¹ Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			7.768		7.734	
Winkel Extension (Grad)¹ Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,15		0,25
Neutral-Null-Wert (Grad)¹ Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,04		0,10
Winkel Flexion (Grad)¹ Median				90,00		90,00
Mittelwert				90,79		91,14

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

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt			392	3,29	357	2,99
Gehen am Stück bis 500 m möglich			4.344	36,45	4.201	35,21
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50 m)			5.906	49,55	6.013	50,40
im Zimmer mobil			809	6,79	856	7,18
immobil			278	2,33	300	2,51
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			246	2,06	182	1,53
Unterarmgehstützen/Gehstock			9.096	76,32	9.109	76,35
Rollator/Gehbock			1.946	16,33	1.980	16,60
Rollstuhl			293	2,46	308	2,58
bettlägerig			146	1,22	148	1,24

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
01: regulär beendet			6.920	58,06	6.880	57,67
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			420	3,52	396	3,32
03: aus sonstigen Gründen			2	0,02	3	0,03
04: gegen ärztlichen Rat			32	0,27	32	0,27
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			202	1,69	199	1,67
07: Tod			203	1,70	217	1,82
08: Verlegung nach § 14			3	0,03	6	0,05
09: in Rehabilitationseinrichtung			3.673	30,82	3.776	31,65
10: in Pflegeeinrichtung			443	3,72	403	3,38
11: in Hospiz			2	0,02	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,03	1	0,01
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,01	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,02	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			13	0,11	16	0,13
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 Behandlung regulär beendet 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 Entlassung in ein Hospiz 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | <ul style="list-style-type: none"> 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
|--|---|

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			11.919		11.930	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			2.062	17,30	2.349	19,69
Dienstag			1.880	15,77	1.865	15,63
Mittwoch			1.886	15,82	1.786	14,97
Donnerstag			1.917	16,08	1.885	15,80
Freitag			2.776	23,29	2.687	22,52
Samstag			1.088	9,13	1.027	8,61
Sonntag			310	2,60	331	2,77

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2018. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2016 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 überarbeitet worden sind.

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

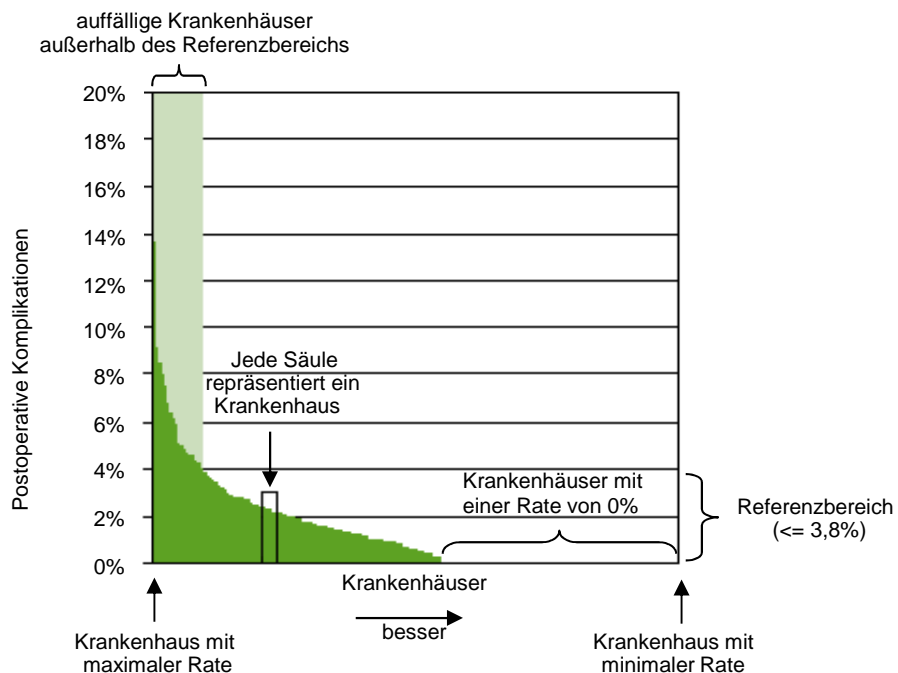
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

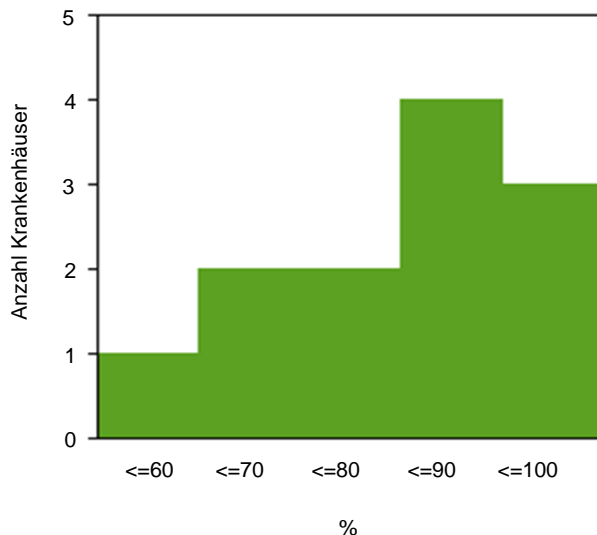
Beispiel:

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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