

# Jahresauswertung 2019 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 71  
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.287  
Datensatzversion: HEP 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18331-L117508-P55145

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2020 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

# Jahresauswertung 2019 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 71  
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.287  
Datensatzversion: HEP 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18331-L117508-P55145

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

| Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>   | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>2</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>3</sup> | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/HEP/54001<br><b>QI: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>       |                              |                                 | 95,56%                     | >= 90,00%            | innerhalb                                    | 96,10%                                     | 13    |
| 2019/HEP/54002<br><b>QI: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b> |                              |                                 | 92,93%                     | >= 86,00%            | innerhalb                                    | 87,24%                                     | 17    |
| 2019/HEP/54003<br><b>QI: Präoperative Verweildauer</b>   |                              |                                 | 16,62%                     | <= 15,00%            | außerhalb                                    | 18,60%                                     | 20    |
| 2019/HEP/54004<br><b>QI: Sturzprophylaxe</b>   |                              |                                 | 96,78%                     | >= 90,00%            | innerhalb                                    | 93,91%                                     | 23    |

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>   | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>2</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>3</sup> | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| <b>Gruppe: Allgemeine Komplikationen</b>   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| 2019/HEP/54015   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
|  |                              |                                 | 1,13                       | <= 2,07              | innerhalb                                    | 1,07                                       | 25    |
| 2019/HEP/54016   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
|  |                              |                                 | 2,03%                      | <= 5,59%             | innerhalb                                    | 1,96%                                      | 28    |
| 2019/HEP/54017   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| QI: bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
|  |                              |                                 | 6,78%                      | <= 17,60%            | innerhalb                                    | 8,17%                                      | 31    |

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>  | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>2</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>3</sup> | Seite |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| <b>Gruppe: Spezifische Komplikationen</b>   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| 2019/HEP/54018<br>QI: bei endoprothetischer Versorgung<br>einer hüftgelenknahen Femurfraktur  |                              |                                 | 4,33%                      | <= 11,06%            | innerhalb                                    | 4,88%                                      | 34    |
| 2019/HEP/54019<br>QI: bei elektiver Hüftendoprothesen-<br>Erstimplantation  |                              |                                 | 2,87%                      | <= 7,45%             | innerhalb                                    | 3,20%                                      | 36    |
| 2019/HEP/54120<br>QI: Verhältnis der beobachteten<br>zur erwarteten Rate (O/E) an<br>spezifischen Komplikationen<br>bei Hüftendoprothesen-Wechsel<br>bzw. -Komponentenwechsel |                              |                                 | 1,17                       | <= 2,25              | innerhalb                                    | 1,11                                       | 38    |
| 2019/HEP/191800_54120<br>KKez: Ebene 1: Implantatassoziierte<br>Komplikationen  |                              |                                 | 1,39                       | -                    | -  | 0,95                                       | 41    |
| 2019/HEP/191801_54120<br>KKez: Ebene 2: Weichteilkomplikationen   |                              |                                 | 1,02                       | -                    | -  | 1,22                                       | 44    |

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>   | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>2</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>3</sup> | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/HEP/54010<br><b>TKez: Beweglichkeit bei Entlassung</b>  |                              |                                 | 96,77%                     | -                    | -  | 97,30%                                     | 47    |
| 2019/HEP/54012<br><b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>   |                              |                                 | 1,12                       | <= 2,25              | innerhalb                                    | 1,27                                       | 50    |
| <b>Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung</b><br>2019/HEP/54013<br>QI: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |                              |                                 | 4,00 Fälle                 | Sentinel Event       | außerhalb                                    | 1,00 Fälle                                 | 54    |
| 2019/HEP/191914<br>TKez: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  |                              |                                 | 1,01                       | -                    | -  | 0,87                                       | 56    |

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>  | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>2</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>3</sup> | Seite |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/HEP/10271<br><b>QI: Verhältnis der beobachteten<br/>                     zur erwarteten Rate (O/E) an<br/>                     Hüftendoprothesen-Wechsel<br/>                     bzw. -Komponentenwechsel<br/>                     im Verlauf (Follow-up)</b> |                              |                                 | 1,11                       | <= 2,83              | innerhalb                                    | 0,95                                       | 59    |

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>3</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

| Auffälligkeitskriterium  | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>1</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>2</sup> | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/HEP/850152<br><b>Kodierung von Komplikationsdiagnosen<br/>ohne Dokumentation spezifischer<br/>intra- oder postoperativer<br/>Komplikationen</b> |                              |                                 | 32,72%                     | <= 50,00%            | innerhalb                                    | 31,15%                                     | 60    |
| 2019/HEP/850151<br><b>Kodierung der Diagnose M96.6<br/>ohne Dokumentation einer<br/>Fraktur als Komplikation</b>                                     |                              |                                 | 33,61%                     | <= 50,00%            | innerhalb                                    | 46,36%                                     | 62    |
| 2019/HEP/851804<br><b>Irrtümlich angelegte<br/>Prozedurbögen</b>   |                              |                                 | 17,00 Fälle                | < 3,00 Fälle         | außerhalb                                    | 14,00 Fälle                                | 64    |
| 2019/HEP/851905<br><b>Nie Komplikationen bei<br/>hoher Verweildauer</b>  |                              |                                 | 63,77%                     | < 100,00%            | innerhalb                                    | 63,21%                                     | 66    |

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.



## Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

| Auffälligkeitskriterium  | Fälle<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2019 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2019 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>1</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>2</sup> | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/HEP/851906<br><b>Häufige Fehldokumentation<br/>der Seitenlokalisierung</b>  |                              |                                 | 0,70%                      | <= 3,00%             | innerhalb                                    | 0,78%                                      | 68    |
| 2019/HEP/851907<br><b>Unterdokumentation von Komplikationen<br/>bei Erstimplantation mit Folgeeingriff<br/>innerhalb des gleichen stationären<br/>Aufenthaltes</b> |                              |                                 | 7,00 Fälle                 | = 0,00 Fälle         | -  | 16,00 Fälle                                | 70    |

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Verbindliche Kennzahlen

---

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

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

Für das Auswertungsjahr 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ gekennzeichnet.

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

## Follow-up-Indikatoren

---

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

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

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, 9/4, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen. Die FU-Indikatoren 2191 im Modul 9/1 und 132000 im Modul 9/4 wurden vom IQTIG ausgesetzt.

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

## Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

---

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

**Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation**

**Qualitätsziel:** Möglichst oft eine angemessene Indikation

**Grundgesamtheit:** Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54001

**Referenzbereich:** >= 90,00%

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019   |        |
|---|------------------|---|---------------|--------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl        | %      |
| <b>Röntgenologische Kriterien<sup>1</sup></b>   |                  |   |               |        |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit modifiziertem Kellgren-Lawrence-Score <sup>2</sup>                                     |                  |   |               |        |
| 0 Punkte  |                  |   | 8 / 7.641     | 0,10%  |
| 1 - 2 Punkte  |                  |   | 35 / 7.641    | 0,46%  |
| 3 - 4 Punkte  |                  |   | 358 / 7.641   | 4,69%  |
| 5 - 9 Punkte  |                  |   | 5.969 / 7.641 | 78,12% |
| 10 Punkte   |                  |   | 1.271 / 7.641 | 16,63% |
| 5 - 10 Punkte   |                  |   | 7.240 / 7.641 | 94,75% |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek <sup>2</sup>       |                  |   |               |        |
| Grad 0  |                  |   | 9 / 7.641     | 0,12%  |
| Grad 1  |                  |   | 16 / 7.641    | 0,21%  |
| Grad 2  |                  |   | 18 / 7.641    | 0,24%  |
| Grad 3  |                  |   | 37 / 7.641    | 0,48%  |
| Grad 4  |                  |   | 27 / 7.641    | 0,35%  |
| Grad 5  |                  |   | 5 / 7.641     | 0,07%  |
| <b>Schmerzen<sup>3</sup></b>  |                  |   |               |        |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Belastungsschmerz  |                  |   | 1.761 / 7.641 | 23,05% |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Ruheschmerz  |                  |   | 5.851 / 7.641 | 76,57% |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit atraumatischer Femurkopfnekrose  |                  |   | 291 / 7.641   | 3,81%  |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit atraumatischer Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation Stadium 3 oder 4 <sup>2</sup> |                  |   | 242 / 7.641   | 3,17%  |

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Erläuterungen zum modifizierten Kellgren-Lawrence-Score, zu Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek und zu den Bewegungsmaßen und Bewegungseinschränkungen sowie den ARCO-Klassifikationen siehe nächste Seite

<sup>3</sup> Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerz vorliegen.

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

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

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

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

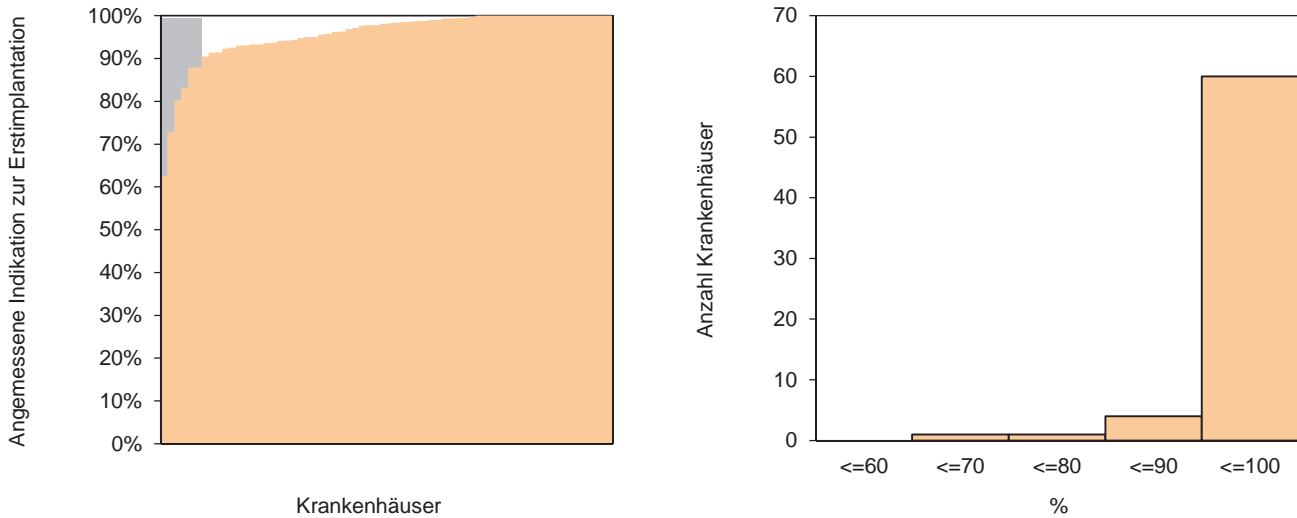
|   | Krankenhaus 2019 |           | Gesamt 2019     |           |
|---|------------------|-----------|-----------------|-----------|
|   | Anzahl           | %         | Anzahl          | %         |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten,<br>die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score<br><b>oder</b><br>die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek<br><b>oder</b><br>die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score<br><b>oder</b><br>die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen<br><b>oder</b><br>bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt<br><b>oder</b><br>die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation erfüllen<br><b>oder</b><br>das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen<br>Vertrauensbereich<br>Referenzbereich |                  |           | 7.302 / 7.641   | 95,56%    |
|   |                  | >= 90,00% | 95,08% - 96,00% | >= 90,00% |

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>  | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018   |                 |
|--|------------------|---|---------------|-----------------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %               |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten,<br>die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score<br><b>oder</b><br>die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek<br><b>oder</b><br>die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score<br><b>oder</b><br>die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen<br><b>oder</b><br>bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassungsdiagnosen vorliegt<br><b>oder</b><br>die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation erfüllen<br><b>oder</b><br>das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen<br>Vertrauensbereich |                  |   | 7.447 / 7.749 | 96,10%          |
|  |                  |   |               | 95,65% - 96,51% |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

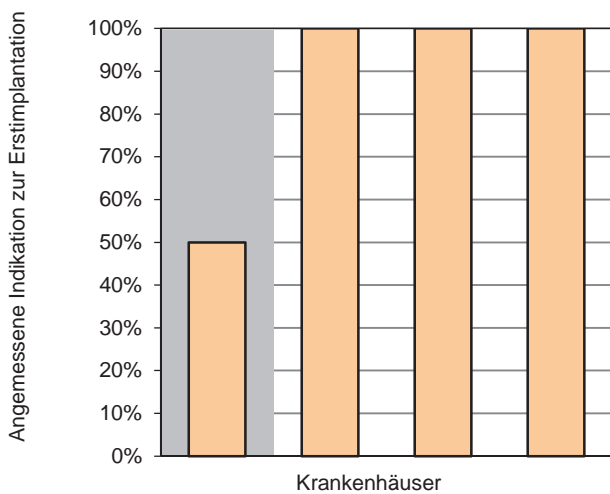
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/HEP/54001]:  
 Anteil von Eingriffen bei Patientinnen und Patienten mit angemessener Indikation anhand klinischer und röntgenologischer  
 Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min   | P05   | P10   | P25   | Median | P75    | P90    | P95    | Max    |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
|  | 62,50 | 83,19 | 90,48 | 93,69 | 98,16  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |        |
|---|------------------|---|-------------|--------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %      |
| <b>Eingriffe bei</b>  |                  |   |             |        |
| <b>Schmerzen</b>  |                  |   |             |        |
| Patientinnen und Patienten mit Belastungsschmerz  |                  |   | 209 / 778   | 26,86% |
| Patientinnen und Patienten mit Ruheschmerz  |                  |   | 491 / 778   | 63,11% |
| <b>Röntgenologische Kriterien</b>   |                  |   |             |        |
| Patientinnen und Patienten mit:   |                  |   |             |        |
| Implantatbruch  |                  |   | 22 / 778    | 2,83%  |
| Implantatabrieb/-verschleiß   |                  |   | 61 / 778    | 7,84%  |
| Implantatfehlage der Pfanne   |                  |   | 64 / 778    | 8,23%  |
| Implantatfehlage des Schaftes   |                  |   | 36 / 778    | 4,63%  |
| Lockerung der Pfannenkomponente   |                  |   | 178 / 778   | 22,88% |
| Lockerung der Schaftkomponente  |                  |   | 186 / 778   | 23,91% |
| periprothetischer Fraktur   |                  |   | 196 / 778   | 25,19% |
| Endoprothesen(sub)luxation  |                  |   | 109 / 778   | 14,01% |
| Knochendefekt Pfanne  |                  |   | 73 / 778    | 9,38%  |
| Knochendefekt des Femurs<br>(ab distal des trochanter minors)   |                  |   | 34 / 778    | 4,37%  |
| Gelenkpfannenentzündungen mit Defekt<br>des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach<br>Duokopfprothesenimplantation |                  |   | 8 / 778     | 1,03%  |
| periartikuläre Ossifikation   |                  |   | 12 / 778    | 1,54%  |



|   | Krankenhaus 2019 |           | Gesamt 2019 |                 |
|---|------------------|-----------|-------------|-----------------|
|   | Anzahl           | %         | Anzahl      | %               |
| <b>Eingriffe bei</b>  |                  |           |             |                 |
| Patientinnen und Patienten mit Entzündungszeichen <sup>1</sup>  |                  |           | 195 / 778   | 25,06%          |
| Patientinnen und Patienten mit positivem mikrobiologischen Kriterium <sup>2</sup>   |                  |           | 120 / 778   | 15,42%          |
| Patientinnen und Patienten mit Endoprothesen(sub)luxation<br><b>oder</b><br>Implantatbruch<br><b>oder</b><br>Periprothetische Fraktur<br><b>oder</b><br>Knochendefekt Pfanne<br><b>oder</b><br>Knochendefekt des Femurs<br><b>oder</b><br>mindestens einem Schmerzkriterium <sup>2</sup> und mindestens einem klinischen/röntgenologischen Kriterium <sup>3</sup><br><b>oder</b><br>erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium <sup>4</sup><br><b>oder</b><br>Entzündungszeichen <sup>5</sup> im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium |                  |           | 723 / 778   | 92,93%          |
| Vertrauensbereich   |                  |           |             | 90,91% - 94,53% |
| Referenzbereich   |                  | >= 86,00% |             | >= 86,00%       |

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

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

<sup>3</sup> Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

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

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>  | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |                           |
|--|------------------|---|-------------|---------------------------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %                         |
| Patientinnen und Patienten mit<br>Endoprothesen(sub)luxation<br><b>oder</b><br>Implantatbruch<br><b>oder</b><br>Periprothetische Fraktur<br><b>oder</b><br>Knochendefekt Pfanne<br><b>oder</b><br>Knochendefekt des Femurs<br><b>oder</b><br>mindestens einem Schmerzkriterium <sup>2</sup> und<br>mindestens einem klinischen/röntgeno-<br>logischen Kriterium <sup>3</sup><br><b>oder</b><br>erfüllttem Kriterium Schmerzen und<br>einem positiven mikrobiologischem<br>Kriterium <sup>4</sup><br><b>oder</b><br>Entzündungszeichen <sup>5</sup> im Labor und<br>einem positiven mikrobiologischem<br>Kriterium<br>Vertrauensbereich |                  |   | 759 / 870   | 87,24%<br>84,86% - 89,30% |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

<sup>2</sup> Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

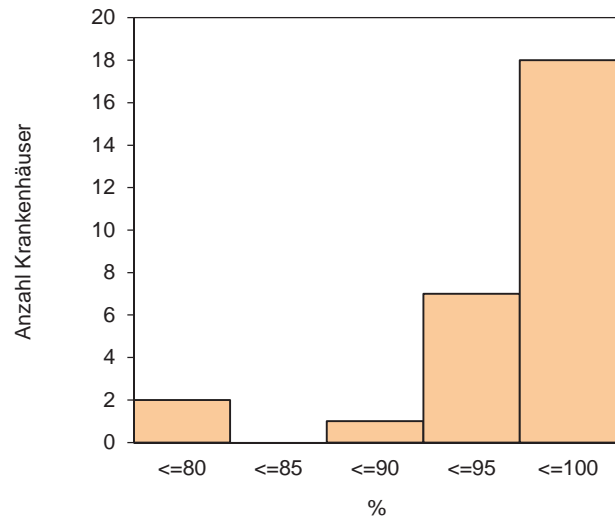
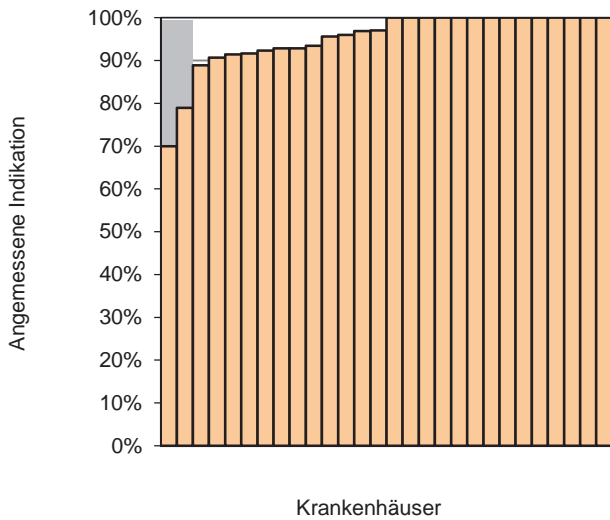
<sup>3</sup> Die klinischen/röntgenologischen Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens einer der folgenden Befunde vorliegt:  
 Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehl- lage des Schafts, Implantatfehl- lage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente,  
 Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung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

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

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

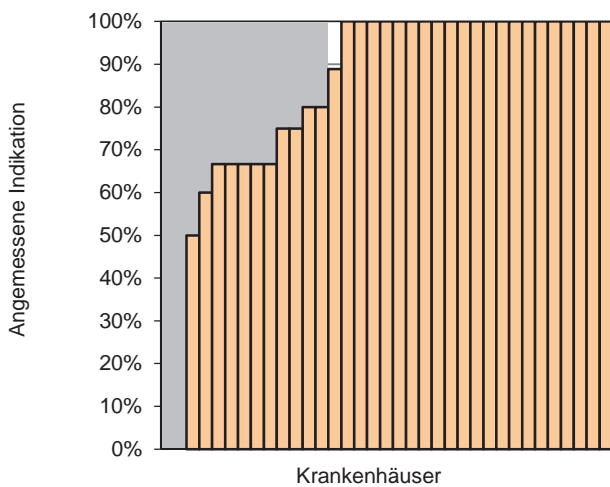
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/HEP/54002]:  
 Anteil von Eingriffen bei Patientinnen und Patienten mit angemessener Indikation anhand der klinischen Symptomatik,  
 röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien an allen Hüftendoprothesen-Wechsels**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min   | P05   | P10   | P25   | Median | P75    | P90    | P95    | Max    |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
|  | 70,00 | 78,95 | 88,89 | 92,58 | 98,53  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 35 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 | 60,00 | 66,67 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer

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

|   | Krankenhaus 2019 |           | Gesamt 2019   |                 |
|---|------------------|-----------|---------------|-----------------|
|   | Anzahl           | %         | Anzahl        | %               |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation |                  |           |               |                 |
| < 24 Stunden  |                  |           | 1.675 / 2.954 | 56,70%          |
| 24 - 48 Stunden   |                  |           | 788 / 2.954   | 26,68%          |
| > 48 Stunden  |                  |           | 491 / 2.954   | 16,62%          |
| Vertrauensbereich   |                  |           |               | 15,32% - 18,01% |
| Referenzbereich   |                  | <= 15,00% |               | <= 15,00%       |
| nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte  |                  |           |               |                 |

| Vorjahresdaten <sup>2</sup>   | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018   |                 |
|---|------------------|---|---------------|-----------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl        | %               |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation |                  |   |               |                 |
| < 24 Stunden  |                  |   | 1.785 / 3.177 | 56,19%          |
| 24 - 48 Stunden   |                  |   | 801 / 3.177   | 25,21%          |
| > 48 Stunden  |                  |   | 591 / 3.177   | 18,60%          |
| Vertrauensbereich   |                  |   |               | 17,29% - 19,99% |
| nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte  |                  |   |               |                 |

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

<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

|   | Krankenhaus 2019         |         |         |         |
|---|--------------------------|---------|---------|---------|
|   | Aufnahme an Wochentag    |         |         |         |
|   | Montag bis<br>Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation |                          |         |         |         |
| < 24 Stunden  |                          |         |         |         |
| 24 - 48 Stunden   |                          |         |         |         |
| > 48 Stunden  |                          |         |         |         |
| nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte   |                          |         |         |         |

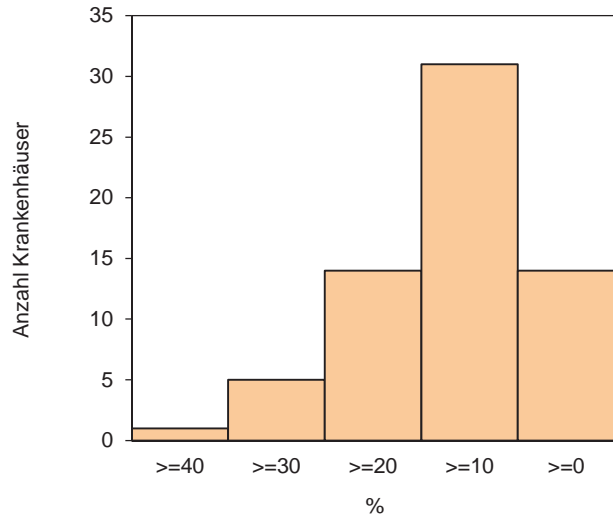
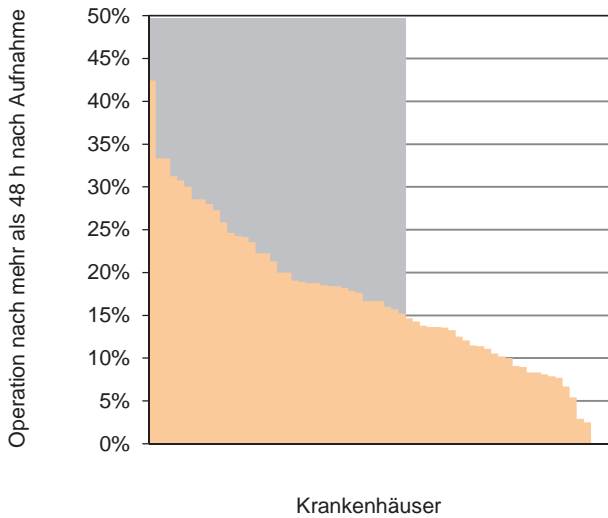
|   | Gesamt 2019              |                     |                     |                     |
|---|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|   | Aufnahme an Wochentag    |                     |                     |                     |
|   | Montag bis<br>Donnerstag | Freitag             | Samstag             | Sonntag             |
| Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation |                          |                     |                     |                     |
| < 24 Stunden  | 1.020 / 1.752<br>58,22%  | 274 / 430<br>63,72% | 209 / 425<br>49,18% | 172 / 347<br>49,57% |
| 24 - 48 Stunden   | 467 / 1.752<br>26,66%    | 71 / 430<br>16,51%  | 127 / 425<br>29,88% | 123 / 347<br>35,45% |
| > 48 Stunden  | 265 / 1.752<br>15,13%    | 85 / 430<br>19,77%  | 89 / 425<br>20,94%  | 52 / 347<br>14,99%  |
| nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akutstationären Einrichtung erfolgte   |                          |                     |                     |                     |

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

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

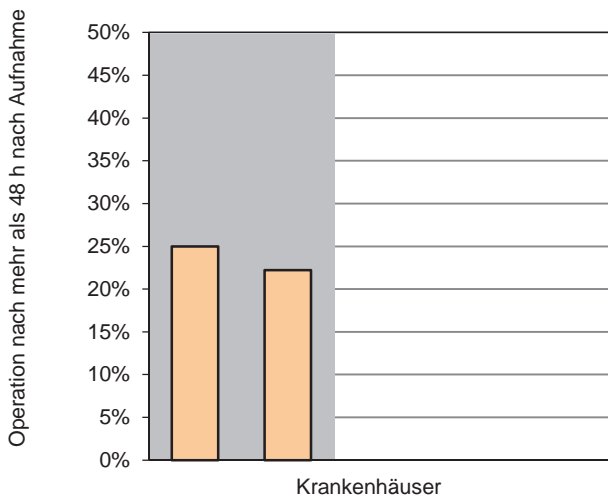
65 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25   | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 0,00 | 2,50 | 6,67 | 10,53 | 16,67  | 22,22 | 28,57 | 31,25 | 42,42 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

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

|   | Krankenhaus 2019 |           | Gesamt 2019   |                 |
|---|------------------|-----------|---------------|-----------------|
|   | Anzahl           | %         | Anzahl        | %               |
| Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden |                  |           | 8.183 / 8.455 | 96,78%          |
| Vertrauensbereich   |                  |           |               | 96,39% - 97,14% |
| Referenzbereich   |                  | >= 90,00% |               | >= 90,00%       |

| Vorjahresdaten <sup>2</sup>   | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018   |                 |
|---|------------------|---|---------------|-----------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl        | %               |
| Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden |                  |   | 8.268 / 8.804 | 93,91%          |
| Vertrauensbereich   |                  |   |               | 93,39% - 94,39% |

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

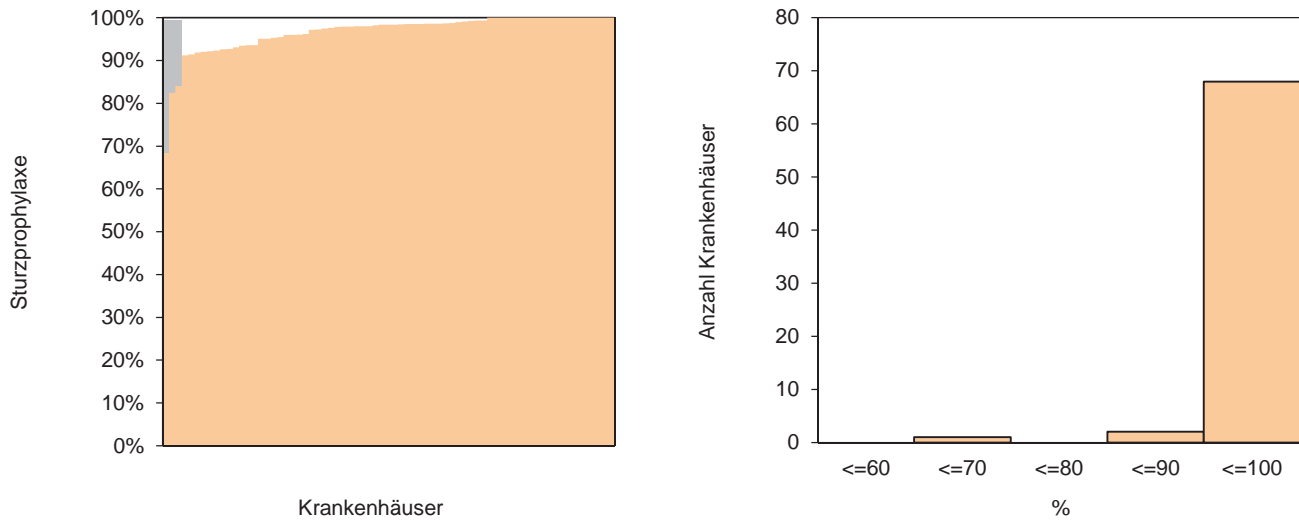
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

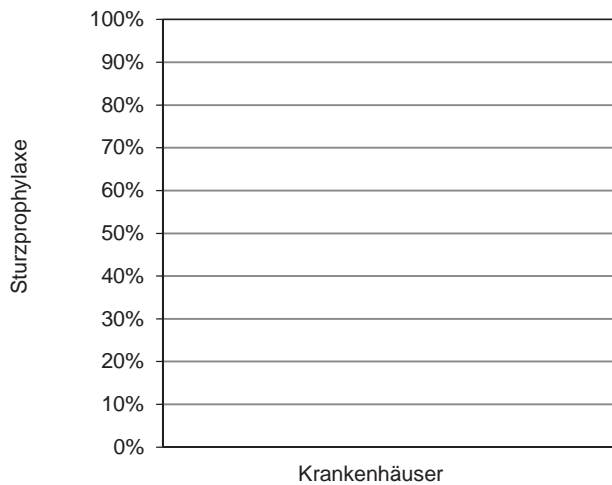
71 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min   | P05   | P10   | P25   | Median | P75    | P90    | P95    | Max    |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
|  | 68,42 | 91,18 | 92,16 | 95,29 | 98,41  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Gruppe: Allgemeine Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten allgemeine Komplikationen

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54015

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

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

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019              |
|--|------------------|--------------------------|
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |                          |
| beobachtet (O) <sup>2</sup>  |                  | 389 / 2.968<br>13,11%    |
| vorhergesagt (E) <sup>3</sup>  |                  | 344,00 / 2.968<br>11,59% |
| O - E  |                  | 1,52%                    |

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|-------------|
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |             |
| O/E <sup>4</sup>   | █                | 1,13        |
| Vertrauensbereich  |                  | 1,03 - 1,24 |
| Referenzbereich  | <= 2,07          | <= 2,07     |

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

<sup>2</sup> KKez O\_54015: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

<sup>3</sup> KKez E\_54015: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54015.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur zur erwarteten Rate.

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

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

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

| Vorjahresdaten <sup>1</sup><br>Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018              |
|---|------------------|--------------------------|
| beobachtet (O) <sup>3</sup>   |                  | 402 / 3.190<br>12,60%    |
| vorhergesagt (E) <sup>4</sup>   |                  | 376,71 / 3.190<br>11,81% |
| O - E   |                  | 0,79%                    |
| O/E <sup>5</sup><br>Vertrauensbereich   |                  | 1,07<br>0,97 - 1,17      |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

<sup>3</sup> KKez O\_54015: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

<sup>4</sup> KKez E\_54015: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54015.

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

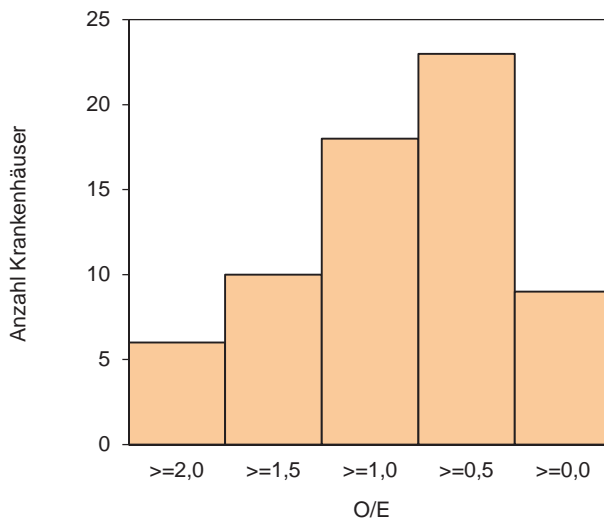
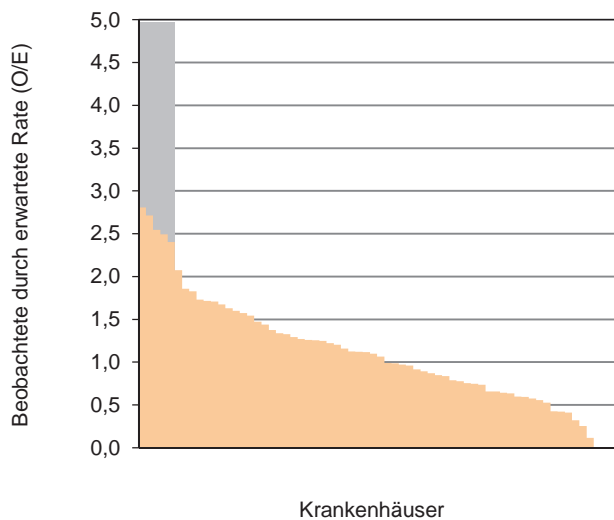
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

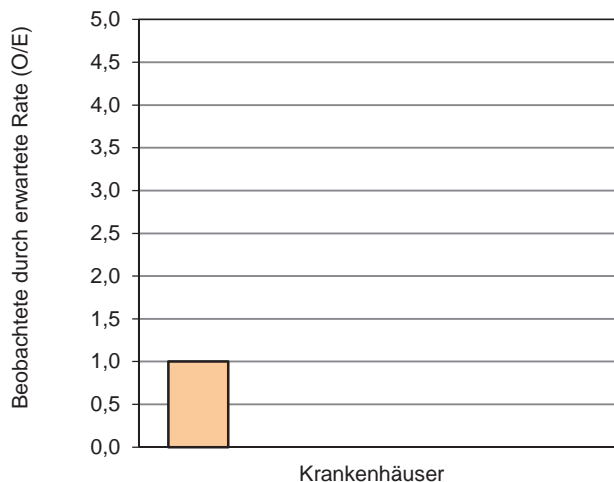
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2019/HEP/54015]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen behandlungsbedürftigen  
 Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 66 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 | 0,11 | 0,41 | 0,66 | 1,08   | 1,47 | 1,86 | 2,49 | 2,81 |

**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 | 0,00   | 0,50 |     |     | 1,00 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

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

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

|  | Gesamt 2019                |  |  |
|--|----------------------------|--|--|
|  | Gruppe 1<br>Alle Patienten | Gruppe 2<br>Patienten mit<br>ASA 1 - 2 | Gruppe 3<br>Patienten mit<br>ASA 3 - 4 |
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> | 155 / 7.626<br>2,03%       | 52 / 4.974<br>1,05%                    | 103 / 2.652<br>3,88%                   |
| Vertrauensbereich  | 1,74% - 2,37%              |  |  |
| Referenzbereich  | <= 5,59%                   |  |  |

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>   | Krankenhaus 2018           |  |  |
|---|----------------------------|--|--|
|   | Gruppe 1<br>Alle Patienten | Gruppe 2<br>Patienten mit<br>ASA 1 - 2 | Gruppe 3<br>Patienten mit<br>ASA 3 - 4 |
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup><br>Vertrauensbereich | ■                          |  |  |

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>   | Gesamt 2018                           |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
|   | Gruppe 1<br>Alle Patienten            | Gruppe 2<br>Patienten mit<br>ASA 1 - 2 | Gruppe 3<br>Patienten mit<br>ASA 3 - 4 |
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup><br>Vertrauensbereich | 151 / 7.723<br>1,96%<br>1,67% - 2,29% | 46 / 4.841<br>0,95%                    | 105 / 2.882<br>3,64%                   |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

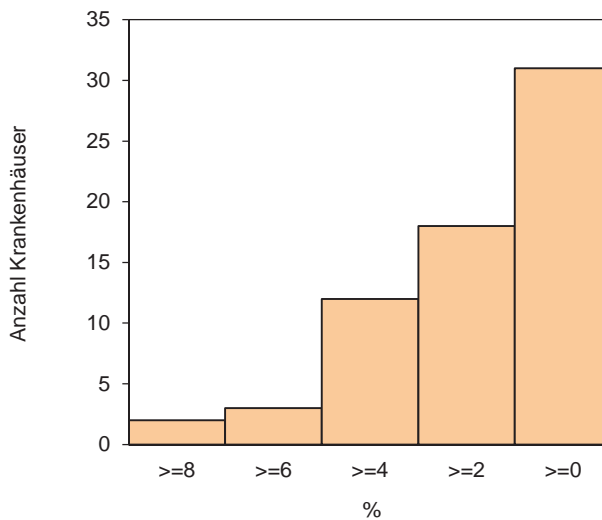
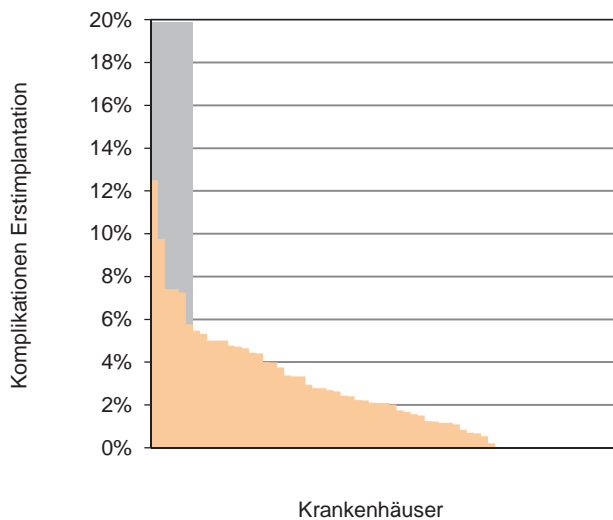
<sup>2</sup> Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:  
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung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

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

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

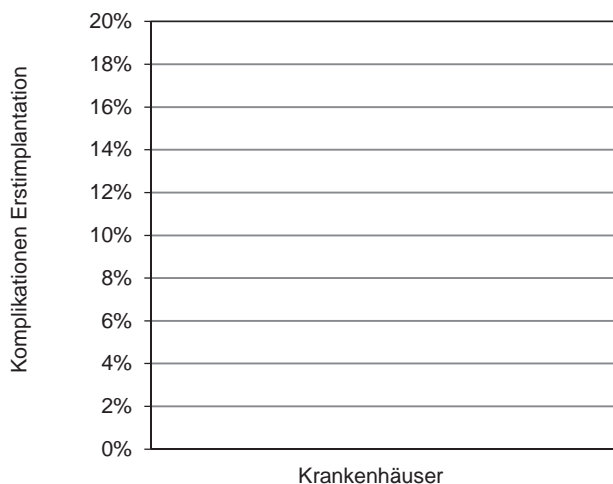
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|-------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,08   | 4,00 | 5,47 | 7,41 | 12,50 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**

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

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

|  | Gesamt 2019                |  |  |
|--|----------------------------|--|--|
|  | Gruppe 1<br>Alle Patienten | Gruppe 2<br>Patienten mit<br>ASA 1 - 2 | Gruppe 3<br>Patienten mit<br>ASA 3 - 4 |
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> | 47 / 693<br>6,78%          | 8 / 275<br>2,91%                       | 39 / 418<br>9,33%                      |
| Vertrauensbereich  | 5,14% - 8,90%              |  |  |
| Referenzbereich  | <= 17,60%                  |  |  |

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>   | Krankenhaus 2018           |  |  |
|---|----------------------------|--|--|
|   | Gruppe 1<br>Alle Patienten | Gruppe 2<br>Patienten mit<br>ASA 1 - 2 | Gruppe 3<br>Patienten mit<br>ASA 3 - 4 |
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup><br>Vertrauensbereich | ■                          |  |  |

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>   | Gesamt 2018                         |  |  |
|---|-------------------------------------|--|--|
|   | Gruppe 1<br>Alle Patienten          | Gruppe 2<br>Patienten mit<br>ASA 1 - 2 | Gruppe 3<br>Patienten mit<br>ASA 3 - 4 |
| Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup><br>Vertrauensbereich | 62 / 759<br>8,17%<br>6,42% - 10,33% | 9 / 317<br>2,84%                       | 53 / 442<br>11,99%                     |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

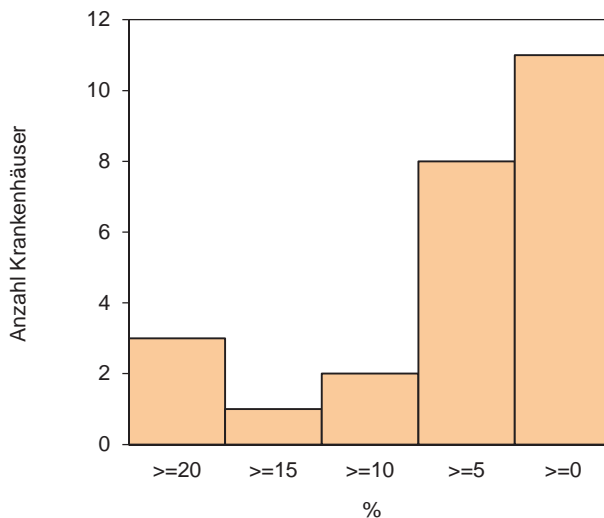
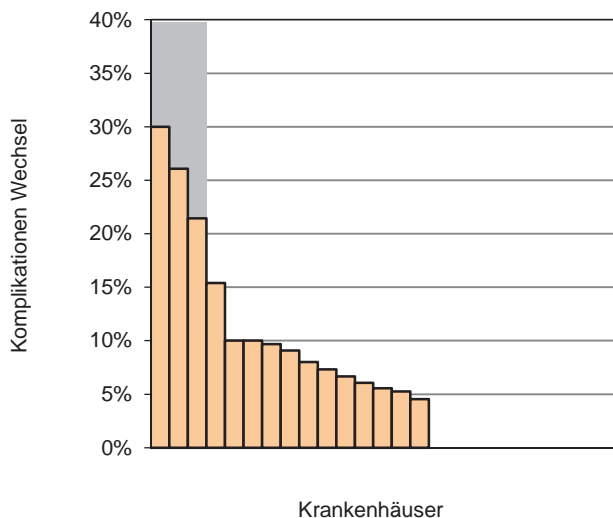


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2019/HEP/54017]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

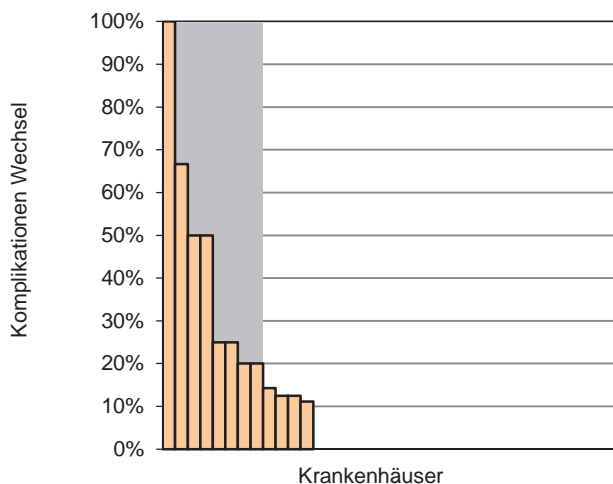
25 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5,56   | 9,68 | 21,43 | 26,09 | 30,00 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

36 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   | 13,39 | 50,00 | 66,67 | 100,00 |

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Gruppe: Spezifische Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten spezifische Komplikationen

**Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

**Grundgesamtheit:** Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54018

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

|  | Krankenhaus 2019 |           | Gesamt 2019 |               |
|--|------------------|-----------|-------------|---------------|
|  | Anzahl           | %         | Anzahl      | %             |
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |           | 129 / 2.978 | 4,33%         |
| Vertrauensbereich  |                  |           |             | 3,66% - 5,12% |
| Referenzbereich  |                  | <= 11,06% |             | <= 11,06%     |

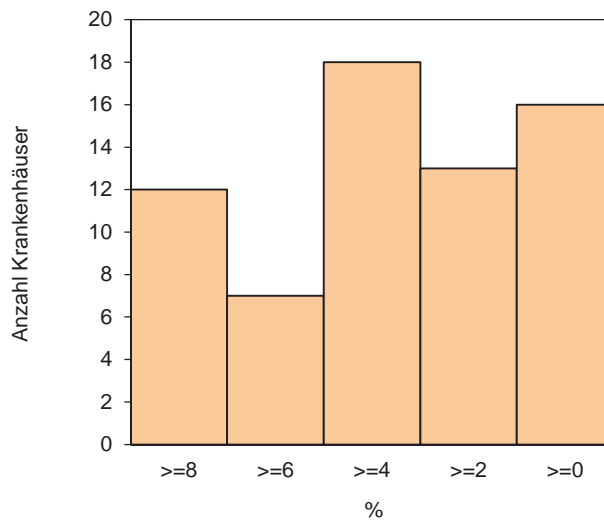
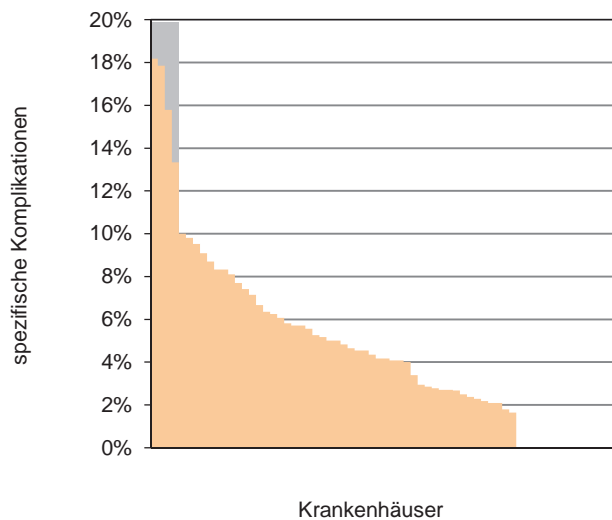
| Vorjahresdaten <sup>2</sup>  | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |               |
|--|------------------|---|-------------|---------------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %             |
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |   | 156 / 3.199 | 4,88%         |
| Vertrauensbereich  |                  |   |             | 4,18% - 5,68% |

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

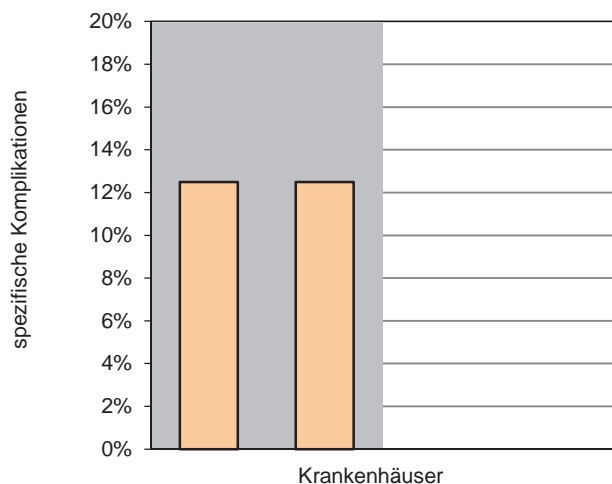
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2019/HEP/54018]:  
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen  
 Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 66 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 | 2,08 | 4,17   | 6,35 | 9,52 | 13,33 | 18,18 |

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





| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05 | P10 | P25  | Median | P75   | P90 | P95 | Max   |
|--|------|-----|-----|------|--------|-------|-----|-----|-------|
|  | 0,00 |     |     | 0,00 | 6,25   | 12,50 |     |     | 12,50 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

**Grundgesamtheit:** Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2019/HEP/54019  
**Referenzbereich:** <= 7,45% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |               |
|--|------------------|---|-------------|---------------|
|  | Anzahl           | %   | Anzahl      | %             |
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |  | 219 / 7.641 | 2,87%         |
| Vertrauensbereich  |                  |   |             | 2,52% - 3,26% |
| Referenzbereich  |                  | <= 7,45%  |             | <= 7,45%      |

| <b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>  | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |               |
|--|------------------|---|-------------|---------------|
|  | Anzahl           | %   | Anzahl      | %             |
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |  | 248 / 7.749 | 3,20%         |
| Vertrauensbereich  |                  |   |             | 2,83% - 3,62% |

<sup>1</sup> 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

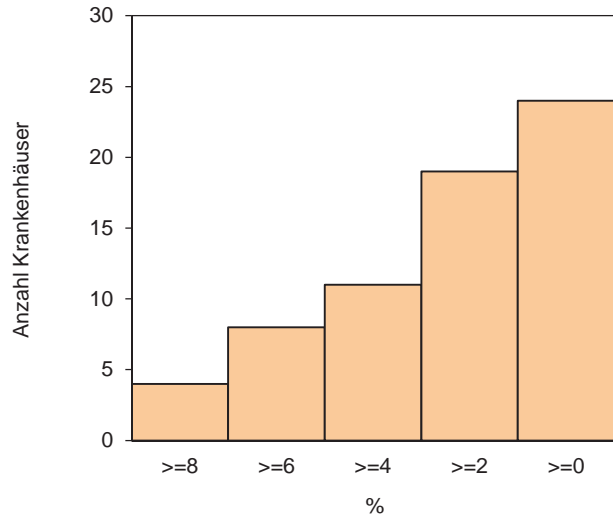
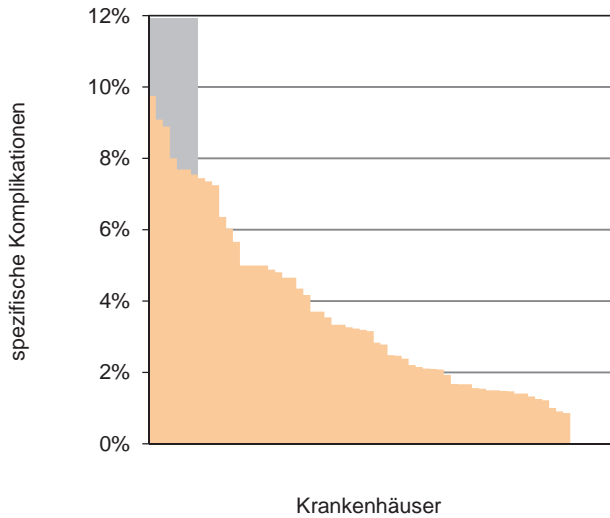
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/HEP/54019]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

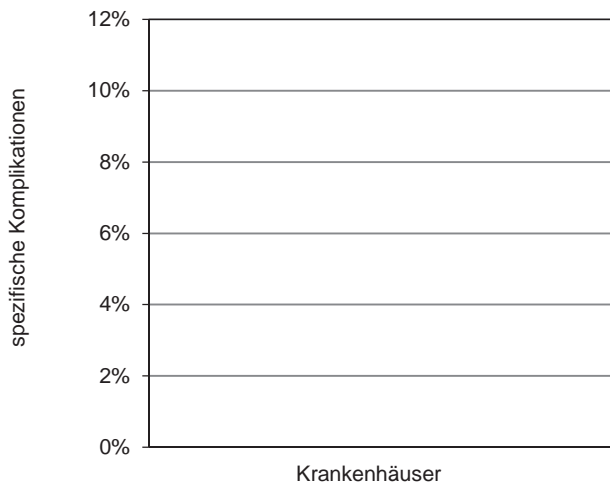
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,86 | 1,49 | 2,81   | 5,00 | 7,55 | 8,00 | 9,76 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54120

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

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

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019           |
|--|------------------|-----------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |                       |
| beobachtet (O) <sup>2</sup>  |                  | 104 / 778<br>13,37%   |
| vorhergesagt (E) <sup>3</sup>  |                  | 88,85 / 778<br>11,42% |
| O - E  |                  | 1,95%                 |

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|-------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |             |
| O/E <sup>4</sup>   | █                | 1,17        |
| Vertrauensbereich  |                  | 0,98 - 1,40 |
| Referenzbereich  | <= 2,25          | <= 2,25     |

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

<sup>2</sup> KKez O\_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat.

<sup>3</sup> KKez E\_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54120.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat zur erwarteten Rate.

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

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

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

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>  | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018            |
|--|------------------|------------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> |                  |                        |
| beobachtet (O) <sup>3</sup>  |                  | 113 / 870<br>12,99%    |
| vorhergesagt (E) <sup>4</sup>  |                  | 102,22 / 870<br>11,75% |
| O - E  |                  | 1,24%                  |
| O/E <sup>5</sup>   |                  | 1,11                   |
| Vertrauensbereich  |                  | 0,93 - 1,31            |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

<sup>3</sup> KKez O\_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat.

<sup>4</sup> KKez E\_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54120.

<sup>5</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat zur erwarteten Rate.

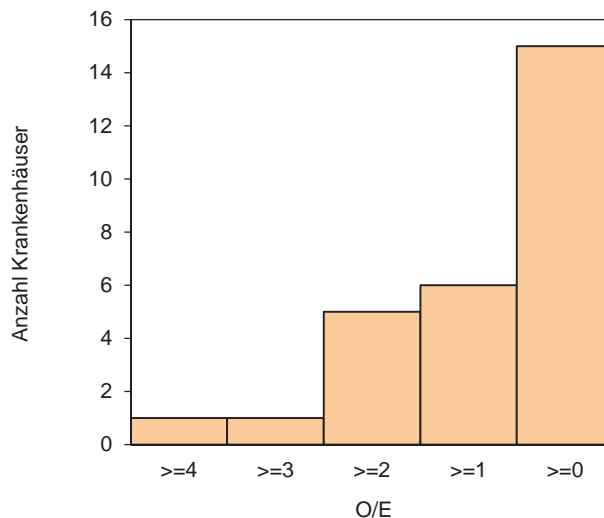
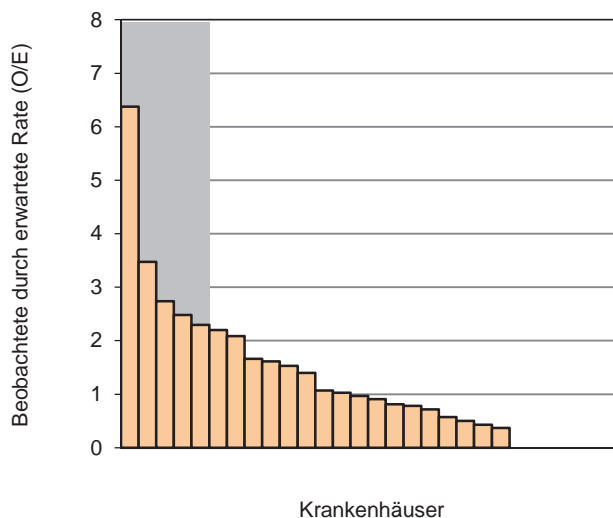
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

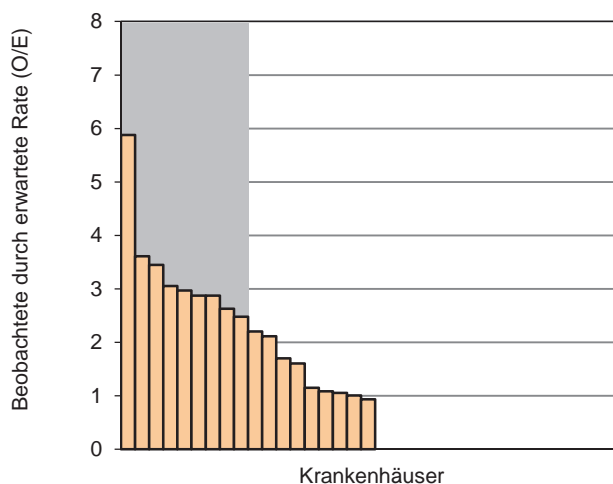
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2019/HEP/54120]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -  
 Komponentenwechsel**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,40 | 0,94   | 1,87 | 2,74 | 3,47 | 6,37 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,93   | 2,47 | 3,05 | 3,61 | 5,88 |

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen

**Grundgesamtheit:** Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels

**Art des Wertes:** Kalkulatorische Kennzahl

**Kennzahl-ID:** 2019/HEP/191800\_54120

**Bezug zu QS-Ergebnissen (ID):** 54120

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019          |
|--|------------------|----------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl-<br>lage, -dislokation,<br>periprothetische Fraktur<br>oder Endoprothesenluxation auftrat |                  |                      |
| beobachtet (O) <sup>1</sup>  |                  | 56 / 778<br>7,20%    |
| vorhergesagt (E) <sup>2</sup>  |                  | 40,24 / 778<br>5,17% |
| O - E  |                  | 2,03%                |

<sup>1</sup> KKez O\_191800\_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-  
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder  
Endoprothesenluxation auftrat.

<sup>2</sup> KKez E\_191800\_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-  
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder  
Endoprothesenluxation auftrat.

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019         |
|--|------------------|---------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl-<br>lage, -dislokation,<br>periprothetische Fraktur<br>oder Endoprothesenluxation auftrat |                  |                     |
| O/E <sup>3</sup><br>Vertrauensbereich  |                  | 1,39<br>1,08 - 1,78 |

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

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

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

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

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>   | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018          |
|---|------------------|----------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehl-<br>lage, -dislokation, periprothetische Fraktur<br>oder Endoprothesenluxation auftrat |                  |                      |
| beobachtet (O) <sup>2</sup>   |                  | 44 / 870<br>5,06%    |
| vorhergesagt (E) <sup>3</sup>   |                  | 46,22 / 870<br>5,31% |
| O - E   |                  | -0,26%               |
| O/E <sup>4</sup><br>Vertrauensbereich   |                  | 0,95<br>0,71 - 1,27  |

<sup>1</sup> Die Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte wurde in der QIDB nicht definiert.

<sup>2</sup> KKez O\_191800\_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-  
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat.

<sup>3</sup> KKez E\_191800\_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-  
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat.

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

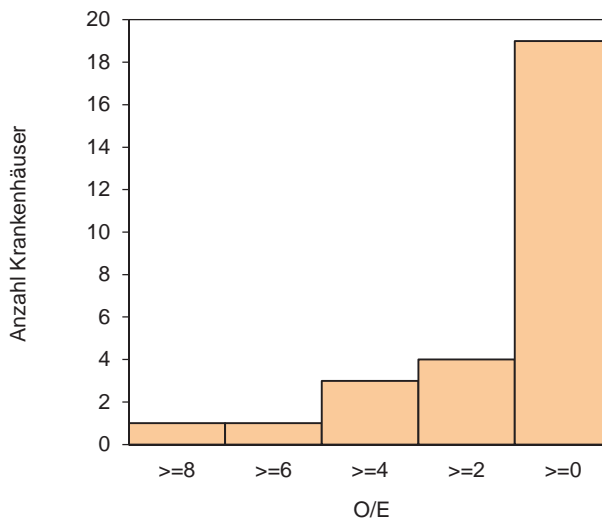
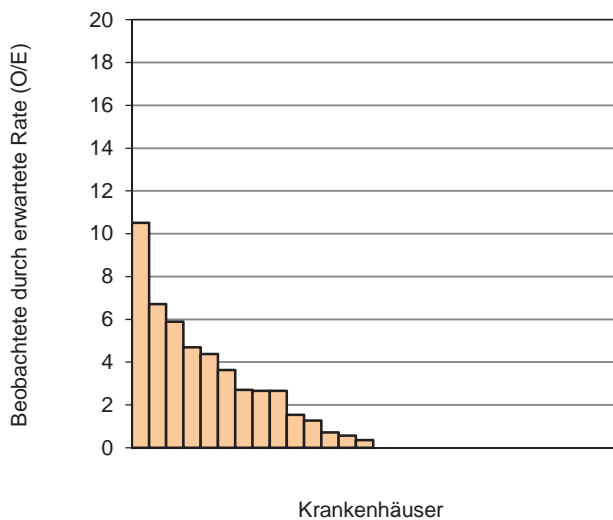
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehl-  
lage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

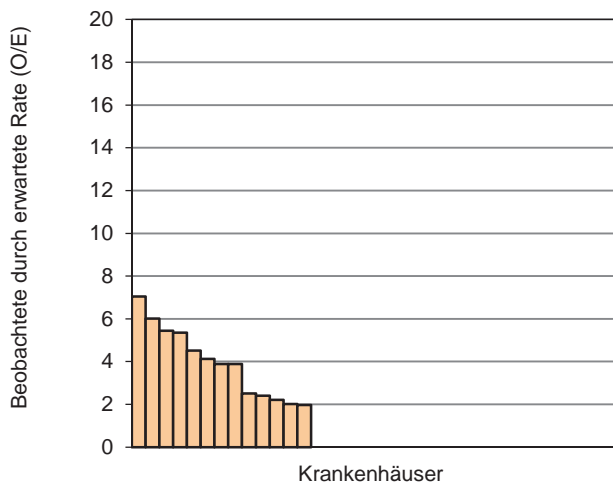
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c\_KKez\_191800\_54120, Kennzahl-ID 2019/HEP/191800\_54120]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -  
 Komponentenwechsel (Ebene 1)**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|-------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,18   | 2,69 | 5,89 | 6,72 | 10,51 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 2,51 | 5,36 | 6,01 | 7,04 |

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Ebene 2: Weichteilkomplikationen

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

**Art des Wertes:** Kalkulatorische Kennzahl

**Kennzahl-ID:** 2019/HEP/191801\_54120

**Bezug zu QS-Ergebnissen (ID):** 54120

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019          |
|--|------------------|----------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |                      |
| beobachtet (O) <sup>2</sup>  |                  | 48 / 722<br>6,65%    |
| vorhergesagt (E) <sup>3</sup>  |                  | 47,29 / 722<br>6,55% |
| O - E  |                  | 0,10%                |

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019         |
|--|------------------|---------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> |                  |                     |
| O/E <sup>4</sup><br>Vertrauensbereich  |                  | 1,02<br>0,77 - 1,33 |

<sup>1</sup> Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:

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

<sup>2</sup> KKez O\_191801\_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

<sup>3</sup> KKez E\_191801\_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat zur erwarteten Rate.

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

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

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

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>  | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018          |
|--|------------------|----------------------|
| Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> |                  |                      |
| beobachtet (O) <sup>3</sup>  |                  | 69 / 826<br>8,35%    |
| vorhergesagt (E) <sup>4</sup>  |                  | 56,52 / 826<br>6,84% |
| O - E  |                  | 1,51%                |
| O/E <sup>5</sup><br>Vertrauensbereich  |                  | 1,22<br>0,97 - 1,53  |

<sup>1</sup> Die Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte wurde in der QIDB nicht definiert.

<sup>2</sup> Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:  
 postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom

<sup>3</sup> KKez O\_191801\_54120: Beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

<sup>4</sup> KKez E\_191801\_54120: Erwartete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat.

<sup>5</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat zur erwarteten Rate.

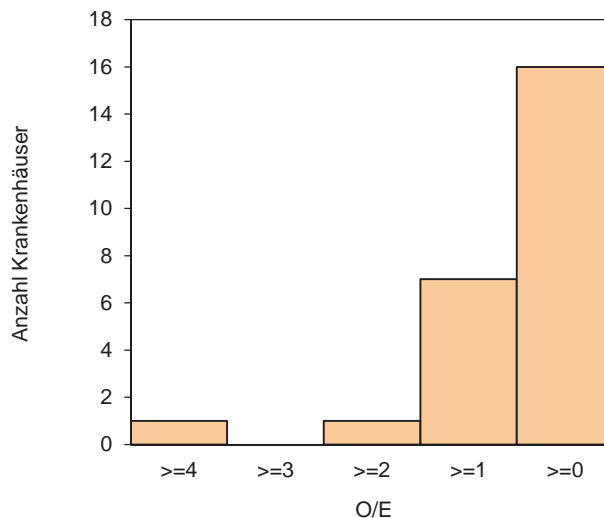
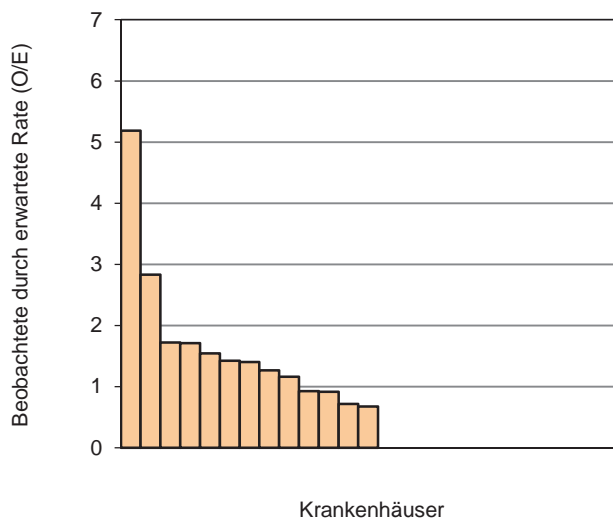
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

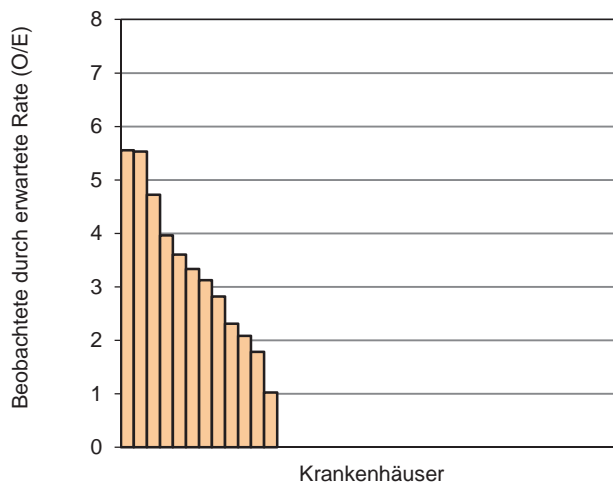
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c\_KKez\_191801\_54120, Kennzahl-ID 2019/HEP/191801\_54120]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -  
 Komponentenwechsel (Ebene 2)**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,67   | 1,40 | 1,72 | 2,83 | 5,18 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 2,08 | 3,96 | 5,53 | 5,55 |

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Kennzahl: Beweglichkeit bei Entlassung**

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

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

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54010

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019   |                           |
|--|------------------|---|---------------|---------------------------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %                         |
| Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)<br>Vertrauensbereich |                  |   | 7.367 / 7.613 | 96,77%<br>96,35% - 97,14% |

| <b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>  | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018   |                           |
|--|------------------|---|---------------|---------------------------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %                         |
| Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)<br>Vertrauensbereich |                  |   | 7.502 / 7.710 | 97,30%<br>96,92% - 97,64% |

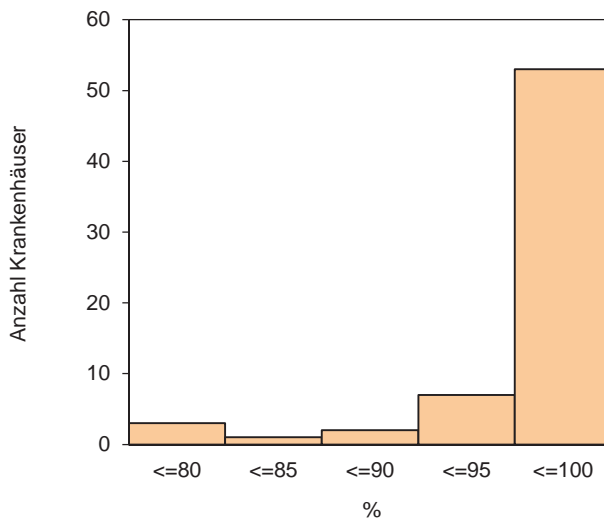
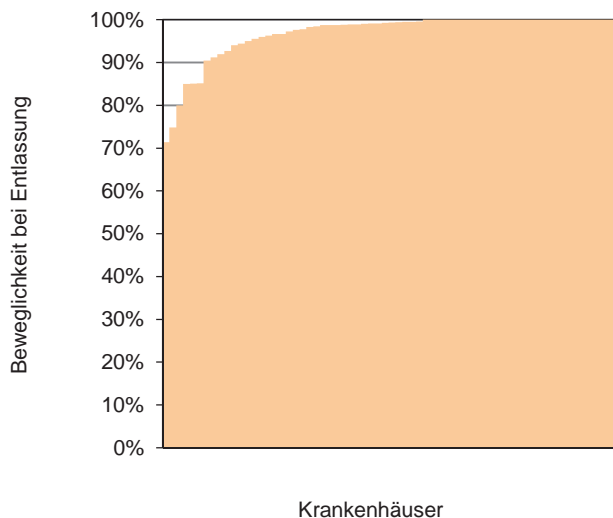
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7\_TKez\_54010, Kennzahl-ID 2019/HEP/54010]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

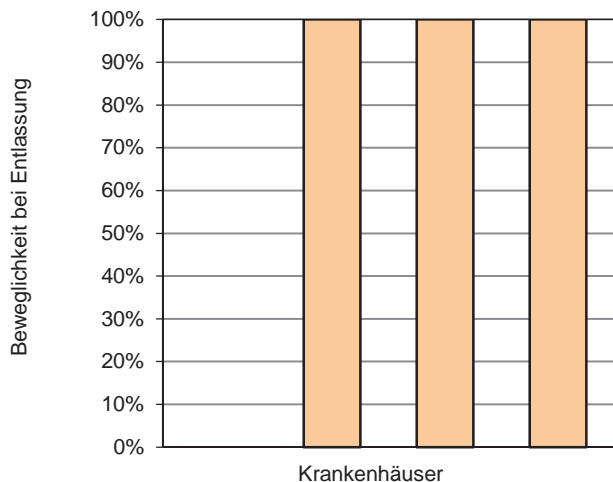
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min   | P05   | P10   | P25   | Median | P75    | P90    | P95    | Max    |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
|  | 71,43 | 85,00 | 90,48 | 96,67 | 99,31  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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

|   | Krankenhaus 2019        |                          |                          |                       |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
|   | Gruppe 1<br><= 15 Tage  | Gruppe 2<br>16 - 20 Tage | Gruppe 3<br>21 - 25 Tage | Gruppe 4<br>> 25 Tage |
| Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) |                         |                          |                          |                       |
|   | Gesamt 2019             |                          |                          |                       |
|   | Gruppe 1<br><= 15 Tage  | Gruppe 2<br>16 - 20 Tage | Gruppe 3<br>21 - 25 Tage | Gruppe 4<br>> 25 Tage |
| Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) | 7.037 / 7.258<br>96,96% | 176 / 185<br>95,14%      | 67 / 75<br>89,33%        | 87 / 95<br>91,58%     |

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

**Qualitätsziel:** Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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


**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54012

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

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

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019             |
|--|------------------|-------------------------|
| Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>1</sup> |                  |                         |
| beobachtet (O) <sup>2</sup>  |                  | 451 / 9.773<br>4,61%    |
| vorhergesagt (E) <sup>3</sup>  |                  | 404,09 / 9.773<br>4,13% |
| O - E  |                  | 0,48%                   |

|  | Krankenhaus 2019  | Gesamt 2019 |
|--|---|-------------|
| Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>1</sup> |   |             |
| O/E <sup>4</sup>   |  | 1,12        |
| Vertrauensbereich  |   | 1,02 - 1,22 |
| Referenzbereich  | <= 2,25   | <= 2,25     |

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

<sup>2</sup> KKez O\_54012: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

<sup>3</sup> KKez E\_54012: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

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

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

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

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>  | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018              |
|--|------------------|--------------------------|
| Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>1</sup> |                  |                          |
| beobachtet (O) <sup>3</sup>  |                  | 528 / 10.052<br>5,25%    |
| vorhergesagt (E) <sup>4</sup>  |                  | 414,89 / 10.052<br>4,13% |
| O - E  |                  | 1,13%                    |
| O/E <sup>5</sup>   |                  | 1,27                     |
| Vertrauensbereich  |                  | 1,17 - 1,38              |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

<sup>3</sup> KKez O\_54012: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

<sup>4</sup> KKez E\_54012: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54012.

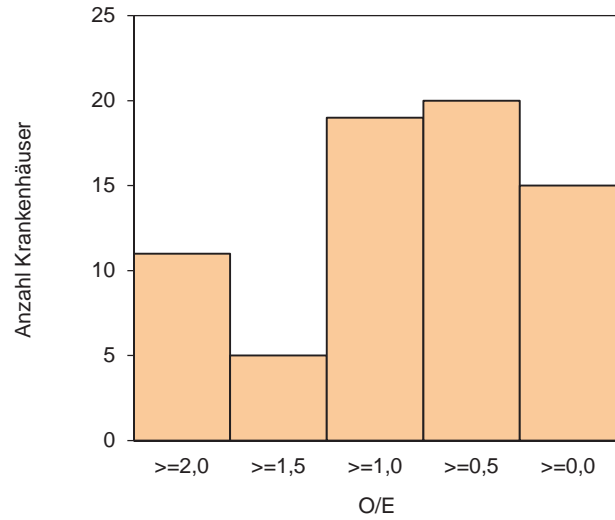
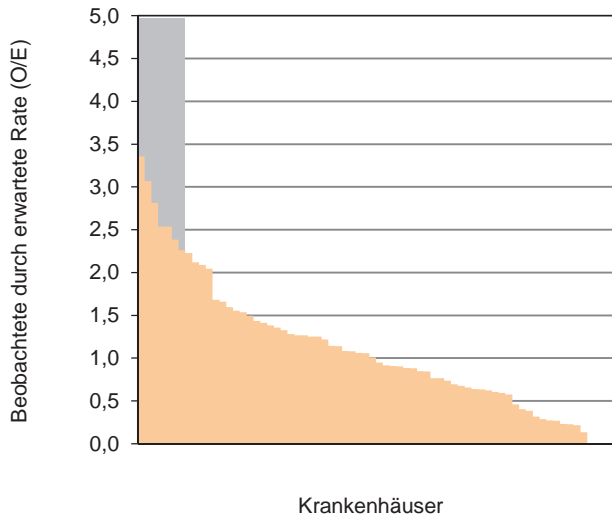
<sup>5</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

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

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

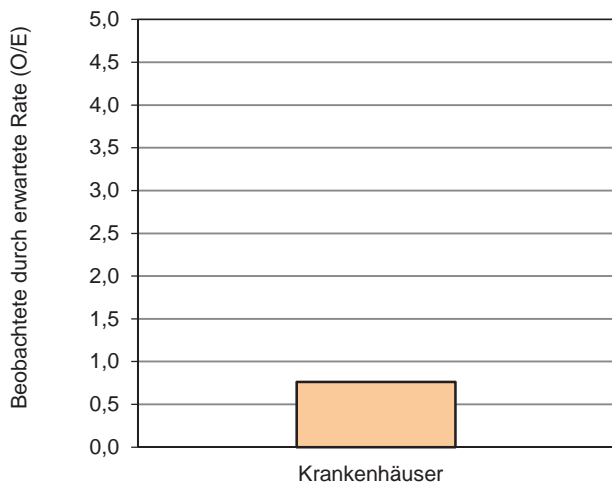
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/HEP/54012]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 70 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 | 0,23 | 0,61 | 0,98   | 1,43 | 2,24 | 2,54 | 3,36 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max  |
|--|------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|------|
|  | 0,76 |     |     |     | 0,76   |     |     |     | 0,76 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019   |        |
|--|------------------|---|---------------|--------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %      |
| Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich   |                  |   |               |        |
| alle Patientinnen und Patienten  |                  |   | 9.322 / 9.773 | 95,39% |
| Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit <sup>1</sup> bei Entlassung                                |                  |   |               |        |
| Gruppe 1<br>(alle Patientinnen und Patienten)  |                  |   | 451 / 9.773   | 4,61%  |
| Gruppe 2<br>(mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur)                        |                  |   | 370 / 2.087   | 17,73% |
| Gruppe 3<br>(mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation)   |                  |   | 35 / 7.205    | 0,49%  |
| Gruppe 4<br>(mit einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels) |                  |   | 46 / 481      | 9,56%  |

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

**Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung**

**Qualitätsziel:** Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/HEP/54013

**Referenzbereich:** Sentinel Event

|  | Krankenhaus 2019 |                | Gesamt 2019 |                     |
|--|------------------|----------------|-------------|---------------------|
|  | Anzahl           | Fälle          | Anzahl      | Fälle               |
| Verstorbene Patientinnen und Patienten |                  |                | 4 / 6.205   | 4,00 Fälle<br>0,06% |
| Referenzbereich                        |                  | Sentinel Event |             | Sentinel Event      |

| <b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>      | Krankenhaus 2018 |       | Gesamt 2018 |                     |
|--|------------------|-------|-------------|---------------------|
|  | Anzahl           | Fälle | Anzahl      | Fälle               |
| Verstorbene Patientinnen und Patienten |                  |       | 1 / 6.294   | 1,00 Fälle<br>0,02% |

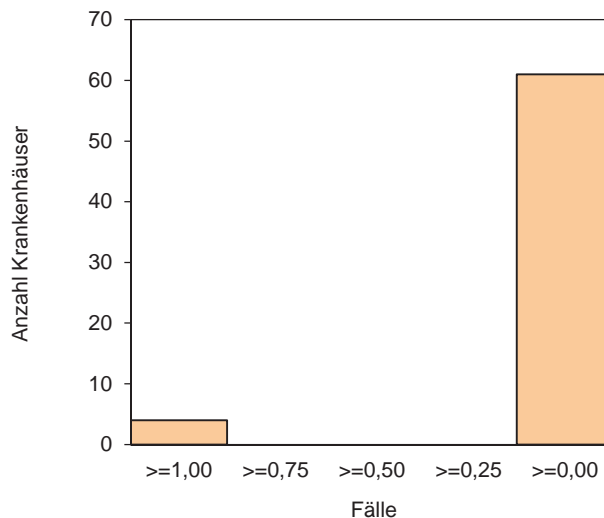
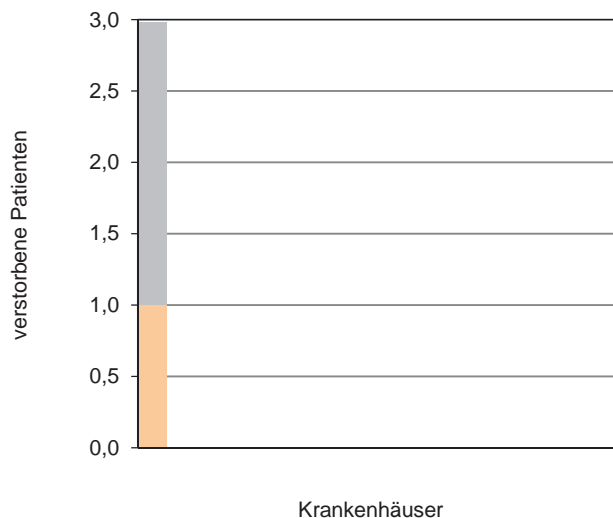
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

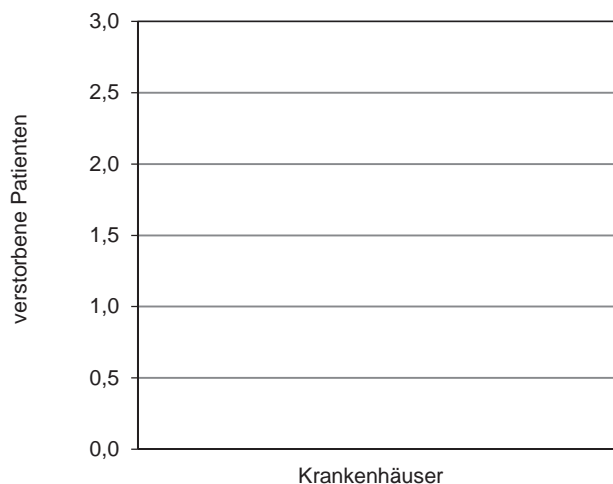
65 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Indikator-ID:** 2019/HEP/191914

**Methode der  
 Risikoadjustierung:** Logistische Regression

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019             |
|--|------------------|-------------------------|
| Verstorbene Patientinnen und Patienten |                  |                         |
| beobachtet (O) <sup>1</sup>            |                  | 193 / 2.968<br>6,50%    |
| vorhergesagt (E) <sup>2</sup>          |                  | 190,52 / 2.968<br>6,42% |
| O - E                                  |                  | 0,08%                   |

|  | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019         |
|--|------------------|---------------------|
| Verstorbene Patientinnen und Patienten |                  |                     |
| O/E <sup>3</sup><br>Vertrauensbereich  |                  | 1,01<br>0,88 - 1,16 |

<sup>1</sup> KKez O\_191914: Beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten

<sup>2</sup> KKez E\_191914: Erwartete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 191914.

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

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

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



| Vorjahresdaten <sup>1</sup>            | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018             |
|--|------------------|-------------------------|
| Verstorbene Patientinnen und Patienten |                  |                         |
| beobachtet (O) <sup>2</sup>            |                  | 188 / 3.190<br>5,89%    |
| vorhergesagt (E) <sup>3</sup>          |                  | 215,07 / 3.190<br>6,74% |
| O - E                                  |                  | -0,85%                  |
| O/E <sup>4</sup>                       |                  | 0,87                    |
| Vertrauensbereich                      |                  | 0,76 - 1,00             |

<sup>1</sup> Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet

<sup>2</sup> KKez O\_191914: Beobachtete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten

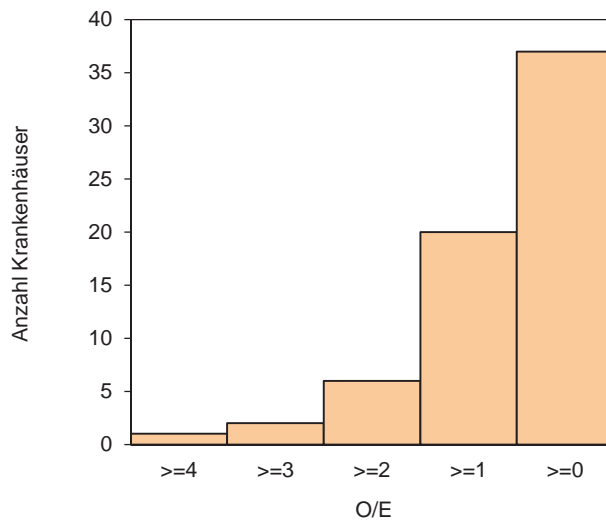
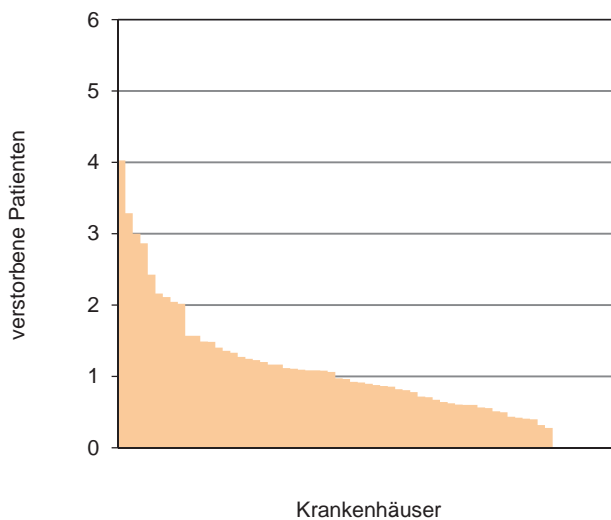
<sup>3</sup> KKez E\_191914: Erwartete Rate an verstorbenen Patientinnen und Patienten, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 191914.

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

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

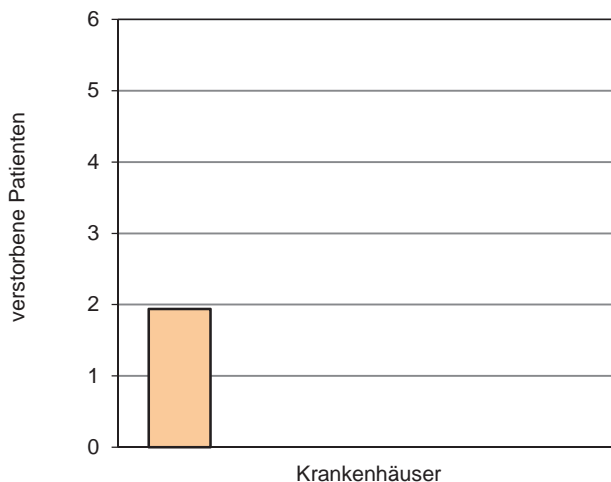
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10\_TKez\_191914, Indikator-ID 2019/HEP/191914]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,56 | 0,90   | 1,27 | 2,11 | 2,87 | 4,03 |

**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 | 0,00   | 0,97 |     |     | 1,94 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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


**Qualitätsziel:** Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation


**Grundgesamtheit:** Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen beobachtet wurde bei Patientinnen und Patienten, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind<sup>1</sup>

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator (Follow-up)

**Indikator-ID:** 2019/HEP/10271

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

| Auswertungszeitpunkt: 2019                    | Krankenhaus   | Gesamt         |
|---|---|----------------|
| Ereignisse im Follow-up-Zeitraum <sup>2</sup> |   |                |
| beobachtet (O) <sup>3</sup>                   |   | 157 / 8.826    |
| vorhergesagt (E) <sup>4</sup>                 |   | 141,23 / 8.826 |
| O/E <sup>5</sup>                              |  | 1,11           |
| Vertrauensbereich                             |   | 0,95 - 1,29    |
| Referenzbereich                               | <= 2,83   | <= 2,83        |

| Auswertungszeitpunkt: 2018 <sup>6</sup>       | Krankenhaus   | Gesamt         |
|---|---|----------------|
| Ereignisse im Follow-up-Zeitraum <sup>2</sup> |   |                |
| beobachtet (O) <sup>3</sup>                   |   | 136 / 9.059    |
| vorhergesagt (E) <sup>4</sup>                 |   | 143,47 / 9.059 |
| O/E <sup>5</sup>                              |  | 0,95           |
| Vertrauensbereich                             |   | 0,80 - 1,12    |

<sup>1</sup> Ein Ersteingriff gilt als nicht mehr unter Beobachtung stehend in der Follow-up-Auswertung bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:  
 - Dokumentation einer weiteren Erstimplantation an der gleichen operierten Seite (nur bei Dokumentationsfehlern relevant)  
 Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen und Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.  
 Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen vorliegt, ist 2018. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.  
 Ausgeschlossen werden alle Fälle mit der Entlassungsdiagnose S32.4 „Fraktur des Acetabulums“.

<sup>2</sup> Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation an der gleichen operierten Hüfte.  
 Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt.

<sup>3</sup> KKez O\_10271: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

<sup>4</sup> KKez E\_10271: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 10271

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Fälle  
 - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder  
 - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

**AK-ID:** 2019/HEP/850152

**Referenzbereich:** <= 50,00%

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

|  | Krankenhaus 2019 |           | Gesamt 2019 |                 |
|--|------------------|-----------|-------------|-----------------|
|  | Anzahl           | %         | Anzahl      | %               |
| Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde <sup>1</sup> |                  |           | 53 / 162    | 32,72%          |
| Vertrauensbereich  |                  |           |             | 25,96% - 40,27% |
| Referenzbereich  |                  | <= 50,00% |             | <= 50,00%       |

| <b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>   | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |                 |
|---|------------------|---|-------------|-----------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %               |
| Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde |                  |   | 57 / 183    | 31,15%          |
| Vertrauensbereich   |                  |   |             | 24,88% - 38,19% |

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

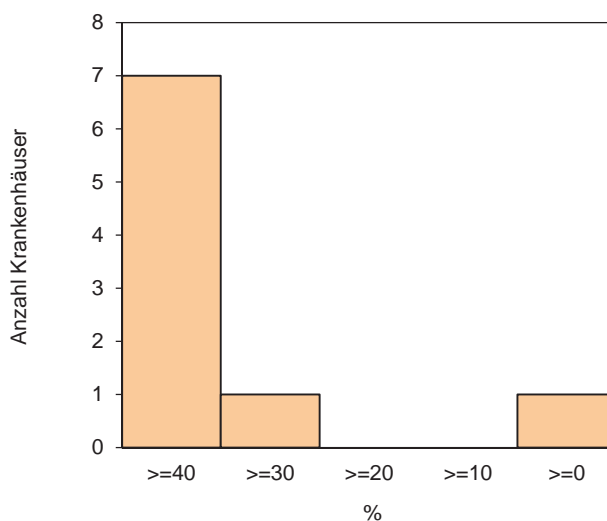
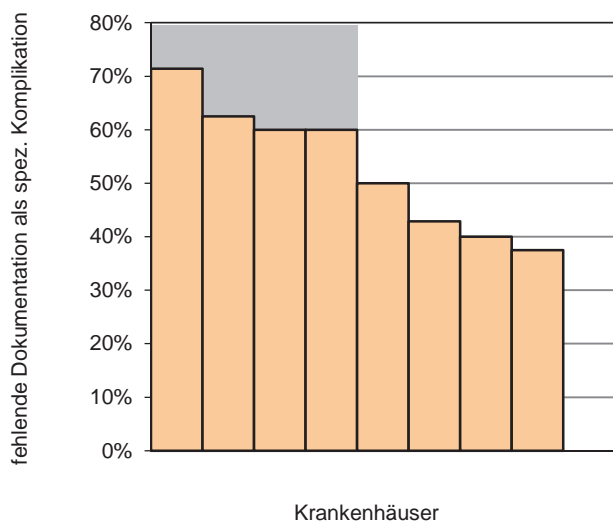
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850152, AK-ID 2019/HEP/850152]:**

Anteil an Fällen, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde an allen Fällen mit mind. einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder mit mind. einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mind. eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

**Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

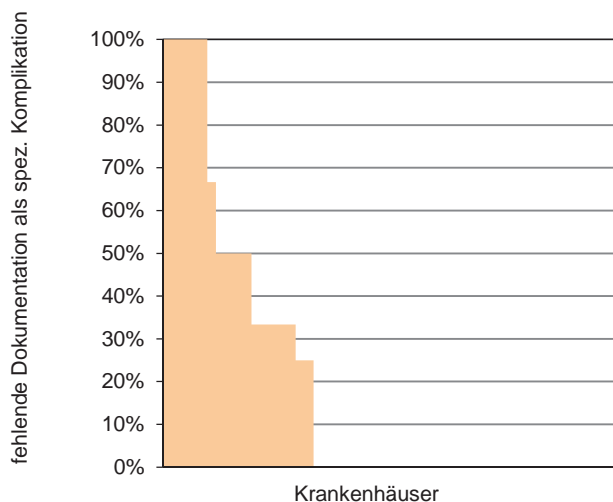
9 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05 | P10 | P25   | Median | P75   | P90 | P95 | Max   |
|--|------|-----|-----|-------|--------|-------|-----|-----|-------|
|  | 0,00 |     |     | 40,00 | 50,00  | 60,00 |     |     | 71,43 |

**Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

51 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95    | Max    |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|--------|--------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 33,33 | 66,67 | 100,00 | 100,00 |

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2019/HEP/850151

**Referenzbereich:** <= 50,00%

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

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |  |
|---|------------------|---|-------------|--|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %                                      |
| Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation <sup>1</sup><br>Vertrauensbereich<br>Referenzbereich |                  |   | 40 / 119    | 33,61%<br>25,76% - 42,50%<br><= 50,00% |

| <b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>   | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |                           |
|---|------------------|---|-------------|---------------------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %                         |
| Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation<br>Vertrauensbereich |                  |   | 51 / 110    | 46,36%<br>37,33% - 55,65% |

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

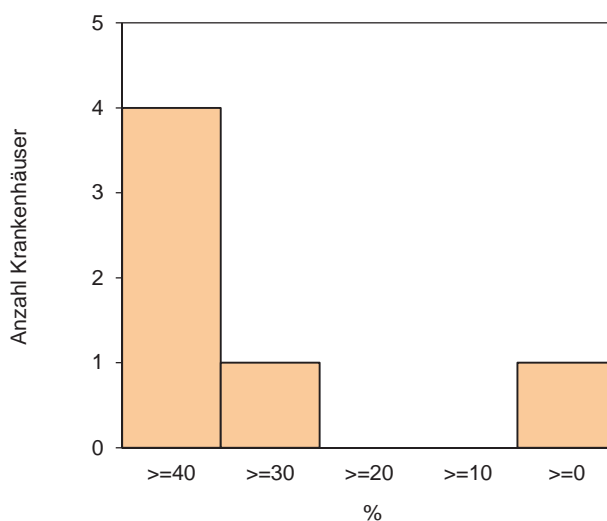
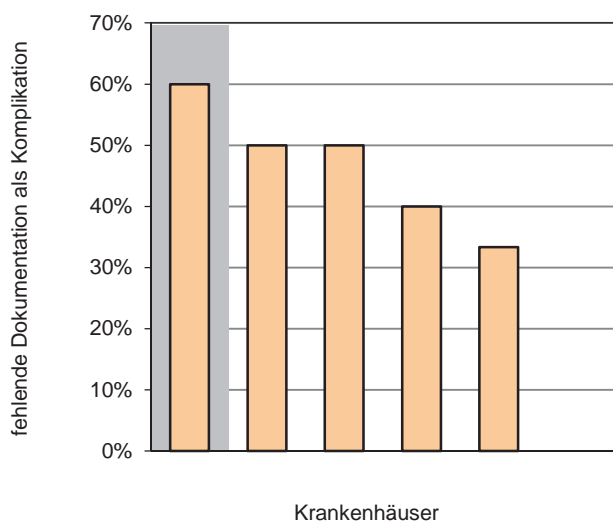
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK\_850151, AK-ID 2019/HEP/850151]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

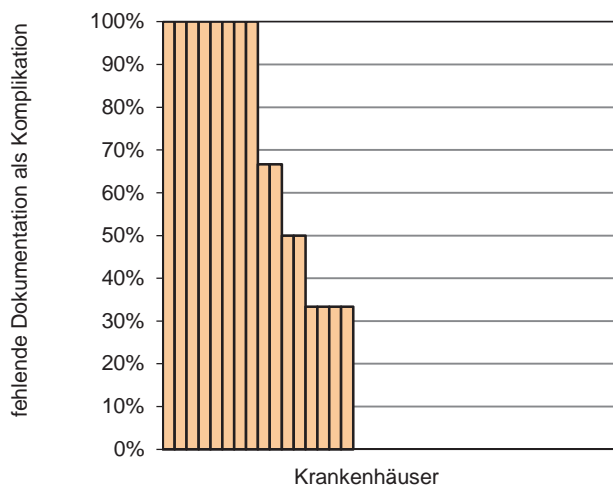
6 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05 | P10 | P25   | Median | P75   | P90 | P95 | Max   |
|--|------|-----|-----|-------|--------|-------|-----|-----|-------|
|  | 0,00 |     |     | 33,33 | 45,00  | 50,00 |     |     | 60,00 |

**Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

38 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

27 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen**

**Grundgesamtheit:** Alle Fälle mit mehr als einer OP

**AK-ID:** 2019/HEP/851804

**Referenzbereich:** < 3,00 Fälle

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

|   | Krankenhaus 2019 |              | Gesamt 2019 |                             |
|---|------------------|--------------|-------------|-----------------------------|
|   | Anzahl           | Fälle        | Anzahl      | Fälle                       |
| Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite Referenzbereich |                  | < 3,00 Fälle | 17 / 106    | 17,00 Fälle<br>< 3,00 Fälle |

| <b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>   | Krankenhaus 2018 |       | Gesamt 2018 |             |
|---|------------------|-------|-------------|-------------|
|   | Anzahl           | Fälle | Anzahl      | Fälle       |
| Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite |                  |       | 14 / 138    | 14,00 Fälle |

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

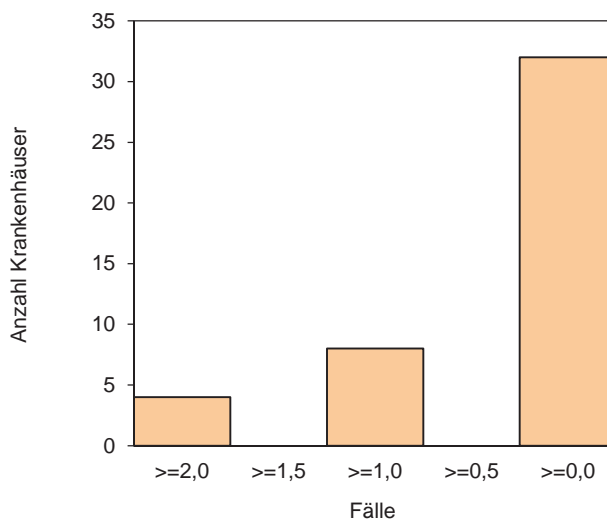
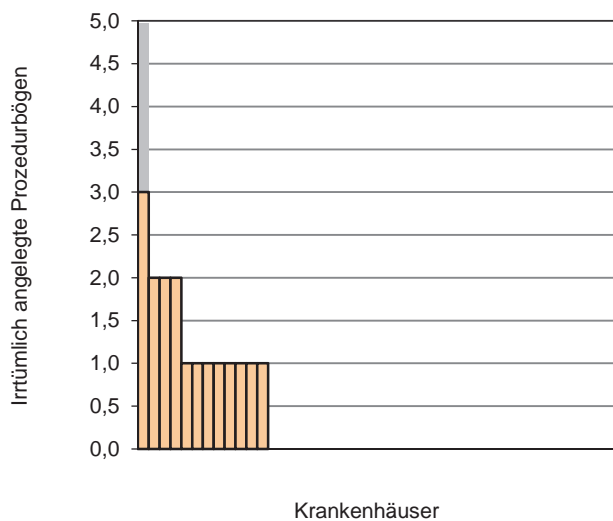


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_851804, AK-ID 2019/HEP/851804]:**

**Anzahl an Fällen mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fällen mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite von allen Fällen mit mehr als einer OP**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

44 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 3,00 |

27 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer**

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

**AK-ID:** 2019/HEP/851905

**Referenzbereich:** < 100,00%

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

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |  |
|---|------------------|---|-------------|--|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %                                      |
| Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen <sup>1</sup><br>Vertrauensbereich<br>Referenzbereich |                  |   | 396 / 621   | 63,77%<br>59,91% - 67,45%<br>< 100,00% |

| <b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>   | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |                           |
|---|------------------|---|-------------|---------------------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %                         |
| Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen<br>Vertrauensbereich |                  |   | 476 / 753   | 63,21%<br>59,71% - 66,58% |

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

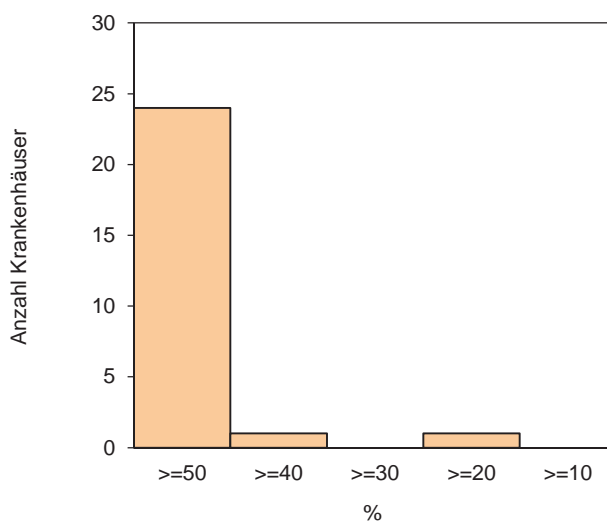
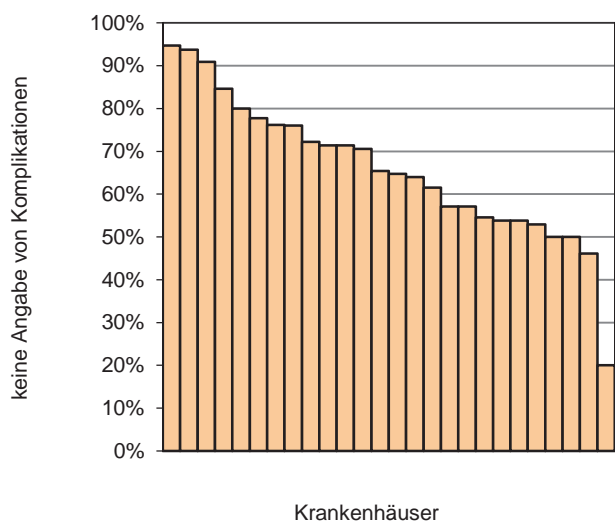
<sup>2</sup> AK im Vorjahr nicht berechnet.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK\_851905, AK-ID 2019/HEP/851905]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

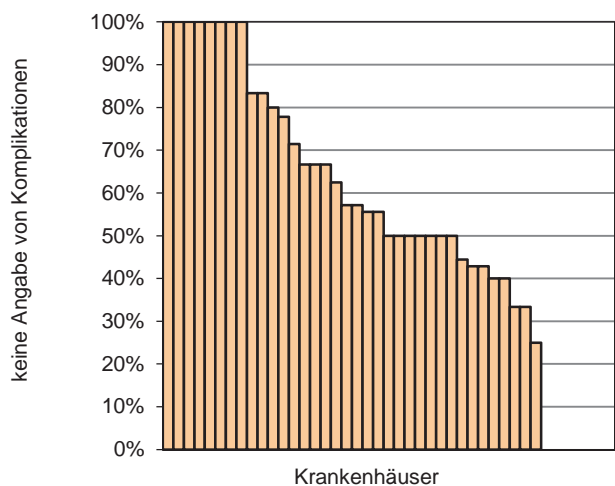
26 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min   | P05   | P10   | P25   | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 20,00 | 46,15 | 50,00 | 53,85 | 65,05  | 76,19 | 90,91 | 93,75 | 94,74 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

43 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 | 40,00 | 50,00  | 80,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Auffälligkeitskriterium: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

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

**AK-ID:** 2019/HEP/851906

**Referenzbereich:** <= 3,00%

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 10271

|  | Krankenhaus 2019 |          | Gesamt 2019 |               |
|--|------------------|----------|-------------|---------------|
|  | Anzahl           | %        | Anzahl      | %             |
| Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung <sup>1</sup> |                  |          | 80 / 11.369 | 0,70%         |
| Vertrauensbereich  |                  |          |             | 0,57% - 0,87% |
| Referenzbereich  |                  | <= 3,00% |             | <= 3,00%      |

| <b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>   | Krankenhaus 2018 |   | Gesamt 2018 |               |
|---|------------------|---|-------------|---------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %             |
| Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung |                  |   | 92 / 11.779 | 0,78%         |
| Vertrauensbereich   |                  |   |             | 0,64% - 0,96% |

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 50 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

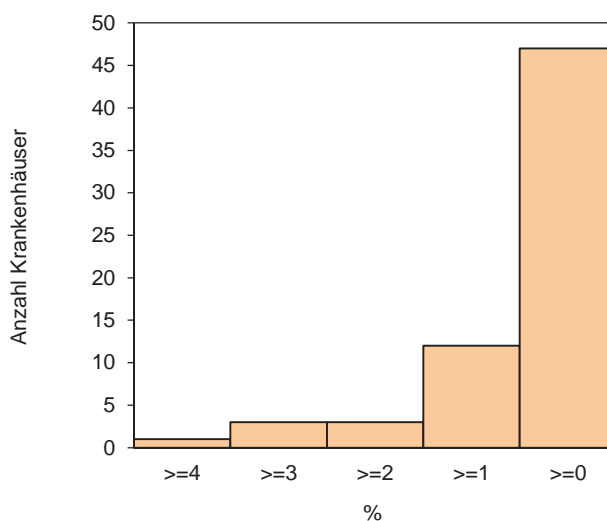
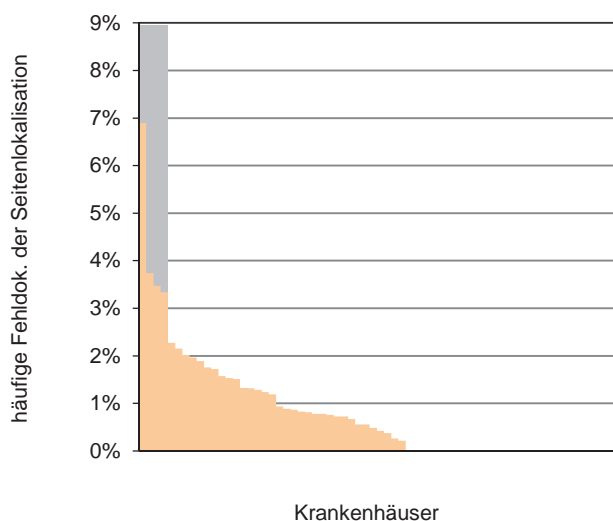
<sup>2</sup> AK im Vorjahr nicht berechnet.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_851906, AK-ID 2019/HEP/851906]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

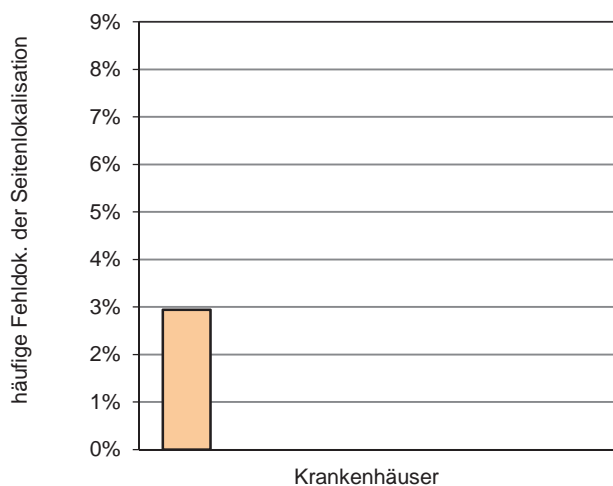
66 Krankenhäuser haben mindestens 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max  |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
|  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,45   | 1,28 | 2,02 | 3,33 | 6,90 |

**Krankenhäuser mit weniger als 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05 | P10 | P25  | Median | P75  | P90 | P95 | Max  |
|--|------|-----|-----|------|--------|------|-----|-----|------|
|  | 0,00 |     |     | 0,00 | 0,00   | 0,00 |     |     | 2,94 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2019/HEP/851907

**Referenzbereich:** = 0,00 Fälle

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

|  | Krankenhaus 2019 |       | Gesamt 2019 |                            |
|--|------------------|-------|-------------|----------------------------|
|  | Anzahl           | Fälle | Anzahl      | Fälle                      |
| Eingriffe ohne Angaben zu:<br>- spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen<br>- postoperativen Wundinfektionen <sup>1</sup><br>Referenzbereich |                  |       | 7 / 70      | 7,00 Fälle<br>= 0,00 Fälle |

| <b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>  | Krankenhaus 2018 |       | Gesamt 2018 |             |
|--|------------------|-------|-------------|-------------|
|  | Anzahl           | Fälle | Anzahl      | Fälle       |
| Eingriffe ohne Angaben zu:<br>- spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen<br>- postoperativen Wundinfektionen |                  |       | 16 / 94     | 16,00 Fälle |

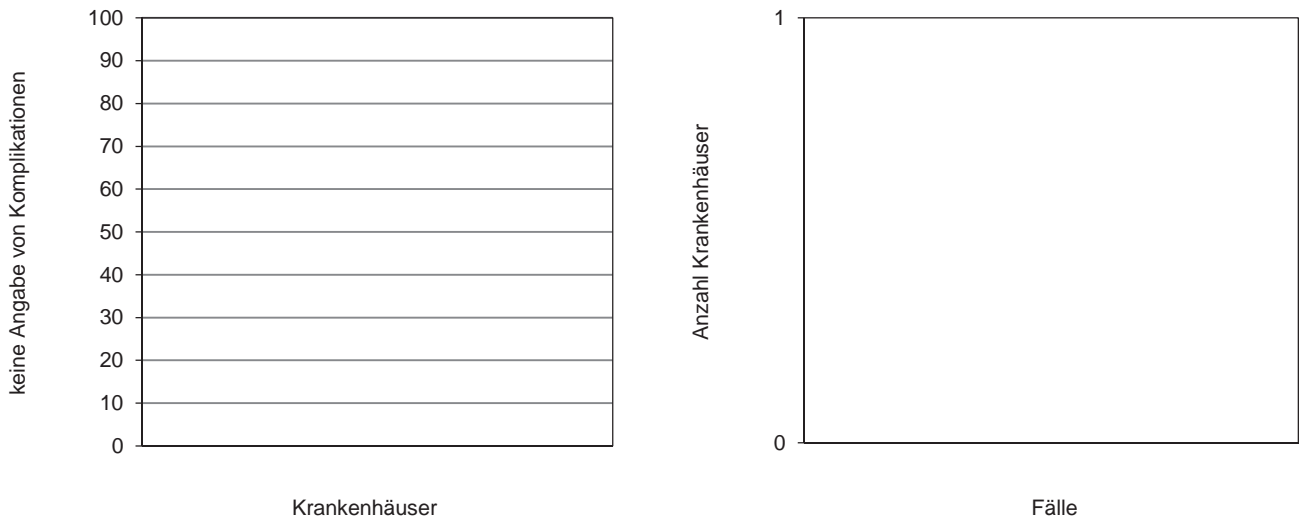
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

<sup>2</sup> AK im Vorjahr nicht berechnet.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_851907, AK-ID 2019/HEP/851907]:  
 Anzahl an Eingriffen ohne Angaben zu spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen oder postoperativen  
 Wundinfektionen von allen Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und anschließender Wechsel-  
 Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz) innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

0 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|

71 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2019 Hüftendoprothesenversorgung

HEP

## Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 71  
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.287  
Datensatzversion: HEP 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18331-L117508-P55145



## Basisdaten

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Anzahl importierter Datensätze</b>                            |                  |   |             |       |             |       |
| 1. Quartal   |                  |   | 3.056       | 27,08 | 3.085       | 26,43 |
| 2. Quartal   |                  |   | 2.870       | 25,43 | 3.017       | 25,85 |
| 3. Quartal   |                  |   | 2.734       | 24,22 | 2.762       | 23,66 |
| 4. Quartal   |                  |   | 2.627       | 23,27 | 2.808       | 24,06 |
| Gesamt   |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>Anzahl der Prozeduren</b>                                     |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen</b>                 |                  |   | 2.978       |       | 3.199       |       |
| <b>Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b> |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |       |
| <b>Anzahl der Wechsel</b>  |                  |   | 778         |       | 870         |       |

## Behandlungszeiten

|   | Krankenhaus 2019 |  | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|--|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           |  | Anzahl      |       | Anzahl      |       |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>        |                  |  | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> |                  |  |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben     |                  |  | 11.287      |       | 11.672      |       |
| Median                                    |                  |  |             | 10,00 |             | 11,00 |
| Mittelwert                                |                  |  |             | 12,42 |             | 13,21 |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>       |                  |  | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>   |                  |  |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben     |                  |  | 11.397      |       | 11.818      |       |
| Median                                    |                  |  |             | 1,00  |             | 1,00  |
| Mittelwert                                |                  |  |             | 1,79  |             | 1,81  |
| <b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>  |                  |  |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben     |                  |  | 11.397      |       | 11.818      |       |
| Median                                    |                  |  |             | 9,00  |             | 10,00 |
| Mittelwert                                |                  |  |             | 10,80 |             | 11,65 |

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2019

|   |        |  |
|---|--------|--|
| 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 | Z92.1  | Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese       |
| 7 | Z48.0  | Kontrolle von Verbänden und Nähten   |
| 8 | Z92.2  | Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese |

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

|   | Krankenhaus 2019 |        |                | Gesamt 2019 |        |                | Gesamt 2018 |        |                |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
|   | ICD              | Anzahl | % <sup>3</sup> | ICD         | Anzahl | % <sup>3</sup> | ICD         | Anzahl | % <sup>3</sup> |
| 1 |                  |        |                | M16.1       | 6.346  | 56,22          | M16.1       | 6.228  | 53,36          |
| 2 |                  |        |                | I10.00      | 4.863  | 43,08          | I10.00      | 4.319  | 37,00          |
| 3 |                  |        |                | D62         | 2.214  | 19,62          | D62         | 2.563  | 21,96          |
| 4 |                  |        |                | S72.01      | 2.080  | 18,43          | S72.01      | 2.115  | 18,12          |
| 5 |                  |        |                | Z96.64      | 1.486  | 13,17          | Z74.1       | 1.468  | 12,58          |
| 6 |                  |        |                | Z92.1       | 1.426  | 12,63          | Z74.0       | 1.337  | 11,45          |
| 7 |                  |        |                | Z48.0       | 1.426  | 12,63          | Z96.64      | 1.315  | 11,27          |
| 8 |                  |        |                | Z92.2       | 1.413  | 12,52          | Z92.2       | 1.297  | 11,11          |

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

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

### OPS 2019<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2019

|   |          |  |
|---|----------|--|
| 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 (teilzementiert)                          |
| 4 | 5-986.x  | Minimalinvasive Technik: Sonstige  |
| 5 | 5-820.94 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert |

### OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

|   | Krankenhaus 2019 |        |                | Gesamt 2019 |        |                | Gesamt 2018 |        |                |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
|   | OPS              | Anzahl | % <sup>3</sup> | OPS         | Anzahl | % <sup>3</sup> | OPS         | Anzahl | % <sup>3</sup> |
| 1 |                  |        |                | 5-820.00    | 5.877  | 51,57          | 5-820.00    | 5.812  | 49,18          |
| 2 |                  |        |                | 5-820.41    | 2.077  | 18,22          | 5-820.41    | 2.303  | 19,49          |
| 3 |                  |        |                | 5-820.02    | 1.107  | 9,71           | 5-820.02    | 1.197  | 10,13          |
| 4 |                  |        |                | 5-986.x     | 934    | 8,20           | 5-986.x     | 1.000  | 8,46           |
| 5 |                  |        |                | 5-820.94    | 686    | 6,02           | 5-784.0d    | 734    | 6,21           |

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

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

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

**Patienten**

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019    |       | Gesamt 2018    |       |
|---|------------------|---|----------------|-------|----------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl         | %     | Anzahl         | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>  |                  |   | 11.287         |       | 11.672         |       |
| <b>Aufnahmegrund</b>  |                  |   |                |       |                |       |
| Krankenhausbehandlung, vollstationär  |                  |   | 6.223          | 55,13 | 7.124          | 61,03 |
| Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung |                  |   | 5.064          | 44,87 | 4.546          | 38,95 |
| stationäre Entbindung   |                  |   | 0              | 0,00  | 1              | 0,01  |
| Geburt  |                  |   | 0              | 0,00  | 0              | 0,00  |
| Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003                  |                  |   | 0              | 0,00  | 1              | 0,01  |
| stationäre Aufnahme zur Organentnahme   |                  |   | 0              | 0,00  | 0              | 0,00  |
| <b>Altersverteilung (Jahre)</b>   |                  |   |                |       |                |       |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe  |                  |   | 11.287         |       | 11.672         |       |
| < 50 Jahre  |                  |   | 320 / 11.287   | 2,84  | 346 / 11.672   | 2,96  |
| 50 - 59 Jahre   |                  |   | 1.375 / 11.287 | 12,18 | 1.327 / 11.672 | 11,37 |
| 60 - 69 Jahre   |                  |   | 2.624 / 11.287 | 23,25 | 2.663 / 11.672 | 22,82 |
| 70 - 79 Jahre   |                  |   | 3.403 / 11.287 | 30,15 | 3.763 / 11.672 | 32,24 |
| 80 - 89 Jahre   |                  |   | 2.932 / 11.287 | 25,98 | 2.936 / 11.672 | 25,15 |
| >= 90 Jahre   |                  |   | 633 / 11.287   | 5,61  | 637 / 11.672   | 5,46  |
| <b>Alter (Jahre)</b>  |                  |   |                |       |                |       |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe  |                  |   | 11.287         |       | 11.672         |       |
| Median  |                  |   |                | 74,00 |                | 74,00 |
| Mittelwert  |                  |   |                | 72,57 |                | 72,65 |
| <b>Geschlecht</b>   |                  |   |                |       |                |       |
| männlich  |                  |   | 4.443          | 39,36 | 4.549          | 38,97 |
| weiblich  |                  |   | 6.844          | 60,64 | 7.123          | 61,03 |
| unbestimmt  |                  |   | 0              | 0,00  | 0              | 0,00  |

## Präoperative Anamnese

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>                              |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)</b>           |                  |   |             |       |             |       |
| unbegrenzt (> 500 m)  |                  |   | 2.000       | 17,72 | 1.692       | 14,50 |
| Gehen am Stück bis 500 m möglich                                |                  |   | 5.632       | 49,90 | 6.097       | 52,24 |
| auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)              |                  |   | 2.298       | 20,36 | 2.401       | 20,57 |
| im Zimmer mobil   |                  |   | 952         | 8,43  | 972         | 8,33  |
| immobil   |                  |   | 405         | 3,59  | 510         | 4,37  |
| <b>Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)</b>            |                  |   |             |       |             |       |
| keine   |                  |   | 6.645       | 58,87 | 6.672       | 57,16 |
| Unterarmgehstützen/Gehstock                                     |                  |   | 2.450       | 21,71 | 2.646       | 22,67 |
| Rollator/Gehbock  |                  |   | 1.728       | 15,31 | 1.846       | 15,82 |
| Rollstuhl   |                  |   | 285         | 2,53  | 299         | 2,56  |
| bettlägerig   |                  |   | 179         | 1,59  | 209         | 1,79  |
| <b>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?</b> |                  |   |             |       |             |       |
| nein, liegt nicht vor   |                  |   | 8.873       | 78,61 | 8.723       | 74,73 |
| ja, Pflegegrad 1  |                  |   | 219         | 1,94  | 236         | 2,02  |
| ja, Pflegegrad 2  |                  |   | 724         | 6,41  | 520         | 4,46  |
| ja, Pflegegrad 3  |                  |   | 540         | 4,78  | 427         | 3,66  |
| ja, Pflegegrad 4  |                  |   | 284         | 2,52  | 220         | 1,88  |
| ja, Pflegegrad 5  |                  |   | 38          | 0,34  | 42          | 0,36  |
| Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt                   |                  |   | 609         | 5,40  | 1.504       | 12,89 |

### Auslösende OPS-Kodes 2019<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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

### Auslösende OPS-Kodes 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

|   | Krankenhaus 2019 |        |                | Gesamt 2019 |        |                | Gesamt 2018 |        |                |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
|   | OPS              | Anzahl | % <sup>2</sup> | OPS         | Anzahl | % <sup>2</sup> | OPS         | Anzahl | % <sup>2</sup> |
| 1 |                  |        |                | 5-820.00    | 5.865  | 51,96          | 5-820.00    | 5.817  | 49,84          |
| 2 |                  |        |                | 5-820.41    | 2.070  | 18,34          | 5-820.41    | 2.297  | 19,68          |
| 3 |                  |        |                | 5-820.02    | 1.109  | 9,83           | 5-820.02    | 1.195  | 10,24          |
| 4 |                  |        |                | 5-820.94    | 682    | 6,04           | 5-820.94    | 684    | 5,86           |
| 5 |                  |        |                | 5-820.01    | 507    | 4,49           | 5-820.01    | 596    | 5,11           |

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

<sup>2</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

## Prozeduren

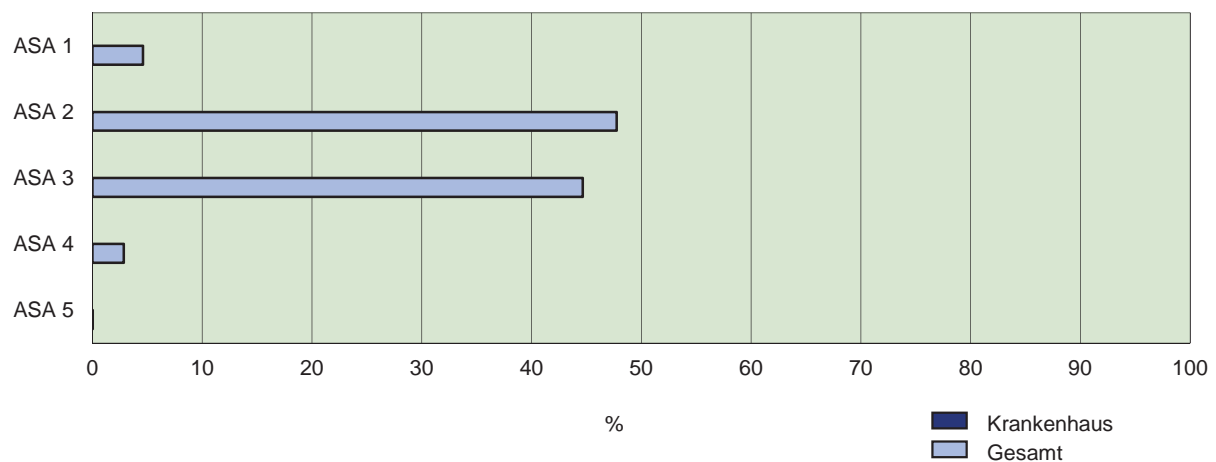
### Eingriff

|                                     | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|-------------------------------------|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|                                     | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b> |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>zu operierende Seite</b>         |                  |   |             |       |             |       |
| rechts                              |                  |   | 5.928       | 52,01 | 6.156       | 52,09 |
| links                               |                  |   | 5.469       | 47,99 | 5.662       | 47,91 |

### Präoperative Befunde

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>   |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>   |                  |   |             |       |             |       |
| 1: normaler, gesunder Patient   |                  |   | 526         | 4,62  | 561         | 4,75  |
| 2: mit leichter Allgemeinerkrankung   |                  |   | 5.446       | 47,78 | 5.369       | 45,43 |
| 3: mit schwerer Allgemeinerkrankung   |                  |   | 5.093       | 44,69 | 5.502       | 46,56 |
| 4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt    |                  |   | 326         | 2,86  | 377         | 3,19  |
| 5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt |                  |   | 6           | 0,05  | 9           | 0,08  |

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



### Präoperative Befunde (Fortsetzung)

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>                                  |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Wundkontaminationsklassifikation</b><br>(nach Definition der CDC) |                  |   |             |       |             |       |
| aseptische Eingriffe   |                  |   | 11.270      | 98,89 | 11.601      | 98,16 |
| bedingt aseptische Eingriffe   |                  |   | 73          | 0,64  | 121         | 1,02  |
| kontaminierte Eingriffe  |                  |   | 11          | 0,10  | 24          | 0,20  |
| septische Eingriffe  |                  |   | 43          | 0,38  | 72          | 0,61  |

### Operation

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>                            |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Art des Eingriffs</b>                                       |                  |   |             |       |             |       |
| endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |                  |   | 2.978       | 26,13 | 3.199       | 27,07 |
| elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation                    |                  |   | 7.641       | 67,04 | 7.749       | 65,57 |
| Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels            |                  |   | 689         | 6,05  | 733         | 6,20  |
| Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels           |                  |   | 89          | 0,78  | 137         | 1,16  |
| <b>Dauer des Eingriffs</b><br>(Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))    |                  |   |             |       |             |       |
| Anzahl gültiger Angaben  |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| Median   |                  |   |             | 75,00 |             | 74,00 |
| Mittelwert   |                  |   |             | 81,82 |             | 82,01 |



## Hüftgelenknahe Femurfraktur

### Präoperative Anamnese

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019   |       | Gesamt 2018   |       |
|--|------------------|---|---------------|-------|---------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %     | Anzahl        | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der hüftgelenk-<br/>nahen Femurfrakturen</b>  |                  |   | 2.978         |       | 3.199         |       |
| <b>Voroperationen am Hüftgelenk<br/>oder hüftgelenknah</b>   |                  |   | 128           | 4,30  | 134           | 4,19  |
| <b>vorbestehende Koxarthrose</b>   |                  |   | 1.458         | 48,96 | 1.570         | 49,08 |
| <b>Frakturereignis</b><br>war Grund für die stationäre<br>Krankenhausaufnahme<br>ereignete sich erst während des<br>stationären Krankenhaus-<br>aufenthaltes |                  |   | 2.910         | 97,72 | 3.146         | 98,34 |
|  |                  |   | 68            | 2,28  | 53            | 1,66  |
| <b>Frakturlokalisierung</b>  |                  |   |               |       |               |       |
| medial   |                  |   | 2.679         | 89,96 | 2.880         | 90,03 |
| lateral  |                  |   | 119           | 4,00  | 133           | 4,16  |
| pertrochantär  |                  |   | 128           | 4,30  | 129           | 4,03  |
| sonstige   |                  |   | 52            | 1,75  | 57            | 1,78  |
| <b>Frakturtyp</b> (bezogen auf<br>mediale Lokalisation)<br><b>Einteilung nach Garden</b>   |                  |   |               |       |               |       |
| Abduktionsfraktur  |                  |   | 97 / 2.679    | 3,62  | 92 / 2.880    | 3,19  |
| unverschoben   |                  |   | 235 / 2.679   | 8,77  | 269 / 2.880   | 9,34  |
| verschoben   |                  |   | 1.662 / 2.679 | 62,04 | 1.647 / 2.880 | 57,19 |
| komplett verschoben  |                  |   | 685 / 2.679   | 25,57 | 872 / 2.880   | 30,28 |

### Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen</b>   |                  |   | 2.978       |       | 3.199       |       |
| <b>Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen</b>                                     |                  |   | 1.168       | 39,22 | 1.219       | 38,11 |
| Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)   |                  |   | 158 / 1.168 | 13,53 | 226 / 1.219 | 18,54 |
| Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure) <sup>1</sup> |                  |   | 577 / 1.168 | 49,40 | 591 / 1.219 | 48,48 |
| DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)  |                  |   | 399 / 1.168 | 34,16 | 377 / 1.219 | 30,93 |
| sonstige <sup>1</sup>   |                  |   | 58 / 1.168  | 4,97  | 61 / 1.219  | 5,00  |

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen sind die Vorjahreswerte nur eingeschränkt vergleichbar.

## Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation

### Präoperative Anamnese

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b>   |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |       |
| <b>Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah</b>  |                  |   | 303         | 3,97  | 334         | 4,31  |
| wenn ja:  |                  |   |             |       |             |       |
| <b>Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor</b> |                  |   |             |       |             |       |
| ja  |                  |   | 88          | 29,04 | 92          | 27,54 |
| nein  |                  |   | 215         | 70,96 | 242         | 72,46 |
| <b>Schmerzen</b>  |                  |   |             |       |             |       |
| keine Schmerzen   |                  |   | 29          | 0,38  | 43          | 0,55  |
| Belastungsschmerz   |                  |   | 1.761       | 23,05 | 2.031       | 26,21 |
| Ruheschmerz   |                  |   | 5.851       | 76,57 | 5.675       | 73,24 |

### Präoperativer Bewegungsumfang

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b> |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |       |
| <b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>         |                  |   | 6.981       | 91,36 | 7.000       | 90,33 |
| <b>Extension/Flexion</b><br>Anzahl gültiger Angaben                     |                  |   | 6.981       |       | 7.000       |       |
| <b>Winkel Extension (Grad)</b><br>Median                                |                  |   |             | 0,00  |             | 0,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 0,21  |             | 0,14  |
| <b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b><br>Median                               |                  |   |             | 0,00  |             | 0,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 2,74  |             | 2,86  |
| <b>Winkel Flexion (Grad)</b><br>Median                                  |                  |   |             | 90,00 |             | 90,00 |
| Mittelwert  |                  |   |             | 87,37 |             | 86,93 |
| <b>Ab-/Adduktion</b><br>Anzahl gültiger Angaben                         |                  |   | 6.981       |       | 7.000       |       |
| <b>Winkel Abduktion (Grad)</b><br>Median                                |                  |   |             | 15,00 |             | 15,00 |
| Mittelwert  |                  |   |             | 16,20 |             | 16,12 |
| <b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b><br>Median                               |                  |   |             | 0,00  |             | 0,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 0,11  |             | 0,10  |
| <b>Winkel Adduktion (Grad)</b><br>Median                                |                  |   |             | 10,00 |             | 10,00 |
| Mittelwert  |                  |   |             | 10,66 |             | 10,59 |

**Präoperativer Bewegungsumfang (Fortsetzung)**

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b> |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |       |
| <b>Außen-/Innenrotation</b><br>Anzahl gültiger Angaben                  |                  |   | 6.981       |       | 7.000       |       |
| <b>Winkel Außenrotation (Grad)</b>                                      |                  |   |             |       |             |       |
| Median  |                  |   |             | 10,00 |             | 10,00 |
| Mittelwert  |                  |   |             | 13,10 |             | 12,87 |
| <b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>   |                  |   |             |       |             |       |
| Median  |                  |   |             | 0,00  |             | 0,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 1,53  |             | 1,51  |
| <b>Winkel Innenrotation (Grad)</b>                                      |                  |   |             |       |             |       |
| Median  |                  |   |             | 5,00  |             | 5,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 6,81  |             | 6,53  |

### Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b> |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |       |
| <b>Osteophyten</b>  |                  |   |             |       |             |       |
| keine oder fraglich   |                  |   | 200         | 2,62  | 190         | 2,45  |
| eindeutig   |                  |   | 4.142       | 54,21 | 4.041       | 52,15 |
| große   |                  |   | 3.299       | 43,17 | 3.518       | 45,40 |
| <b>Gelenkspalt</b>  |                  |   |             |       |             |       |
| nicht oder fraglich verschmälert  |                  |   | 55          | 0,72  | 37          | 0,48  |
| eindeutig verschmälert  |                  |   | 705         | 9,23  | 634         | 8,18  |
| fortgeschritten verschmälert  |                  |   | 3.621       | 47,39 | 3.770       | 48,65 |
| aufgehoben  |                  |   | 3.260       | 42,66 | 3.308       | 42,69 |
| <b>Sklerose</b>   |                  |   |             |       |             |       |
| keine Sklerose  |                  |   | 43          | 0,56  | 24          | 0,31  |
| leichte Sklerose  |                  |   | 1.138       | 14,89 | 1.019       | 13,15 |
| leichte Sklerose mit Zystenbildung                                      |                  |   | 3.429       | 44,88 | 3.540       | 45,68 |
| Sklerose mit Zysten   |                  |   | 3.031       | 39,67 | 3.166       | 40,86 |
| <b>Deformierung</b>   |                  |   |             |       |             |       |
| keine Deformierung  |                  |   | 362         | 4,74  | 407         | 5,25  |
| leichte Deformierung  |                  |   | 3.683       | 48,20 | 3.619       | 46,70 |
| deutliche Deformierung  |                  |   | 3.596       | 47,06 | 3.723       | 48,04 |

### Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b>                     |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |       |
| <b>Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk</b> |                  |   |             |       |             |       |
| nein  |                  |   | 7.529       | 98,53 | 7.624       | 98,39 |
| ja  |                  |   | 112         | 1,47  | 125         | 1,61  |
| wenn ja:  |                  |   |             |       |             |       |
| <b>Erosive Gelenkerstörung</b><br>(Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)                        |                  |   |             |       |             |       |
| Grad 0: normal  |                  |   | 9 / 112     | 8,04  | 9 / 125     | 7,20  |
| Grad 1: geringe Veränderung   |                  |   | 16 / 112    | 14,29 | 19 / 125    | 15,20 |
| Grad 2: definitive Veränderung  |                  |   | 18 / 112    | 16,07 | 19 / 125    | 15,20 |
| Grad 3: deutliche Veränderung   |                  |   | 37 / 112    | 33,04 | 33 / 125    | 26,40 |
| Grad 4: schwere Veränderung   |                  |   | 27 / 112    | 24,11 | 41 / 125    | 32,80 |
| Grad 5: mutilierende Veränderung  |                  |   | 5 / 112     | 4,46  | 4 / 125     | 3,20  |

### Atraumatische Femurkopfnekrose

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |   |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|---|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | % |
| <b>Bezug: Anzahl der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen</b>          |                  |   | 7.641       |       | 7.749       |   |
| <b>Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?<sup>1</sup></b> |                  |   |             |       |             |   |
| nein   |                  |   | 4.579       | 59,93 | -           | - |
| ja   |                  |   | 291         | 3,81  | -           | - |
| wenn ja:   |                  |   |             |       |             |   |
| <b>atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation<sup>1</sup></b>       |                  |   |             |       |             |   |
| Stadium 0  |                  |   | 0 / 291     | 0,00  | -           | - |
| Stadium I  |                  |   | 12 / 291    | 4,12  | -           | - |
| Stadium II   |                  |   | 37 / 291    | 12,71 | -           | - |
| Stadium III  |                  |   | 80 / 291    | 27,49 | -           | - |
| Stadium IV   |                  |   | 162 / 291   | 55,67 | -           | - |

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019

## Wechsel bzw. Komponentenwechsel

### Präoperative Anamnese

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen</b>   |                  |   | 778         |       | 870         |       |
| <b>Schmerzen vor der Prothesenexplantation</b> |                  |   |             |       |             |       |
| keine Schmerzen                                |                  |   | 78          | 10,03 | 140         | 16,09 |
| Belastungsschmerz                              |                  |   | 209         | 26,86 | 220         | 25,29 |
| Ruhschmerz                                     |                  |   | 491         | 63,11 | 510         | 58,62 |

### Erreger-/Infektionsnachweis

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen</b>   |                  |   | 778         |       | 870         |       |
| <b>positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)</b> |                  |   |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit mindestens einem positivem Befund   |                  |   | 195         | 25,06 | 200         | 22,99 |
| <b>mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation</b>                               |                  |   |             |       |             |       |
| nicht durchgeführt   |                  |   | 339         | 43,57 | 368         | 42,30 |
| durchgeführt, negativ  |                  |   | 319         | 41,00 | 395         | 45,40 |
| durchgeführt, positiv  |                  |   | 120         | 15,42 | 107         | 12,30 |



### Röntgendiagnostik/klinische Befunde

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Wechsel-Operationen</b>  |                  |   | 778         |       | 870         |       |
| <b>Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation</b>                   |                  |   |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)                              |                  |   | 675         | 86,76 | 710         | 81,61 |
| Implantatbruch  |                  |   | 22 / 675    | 3,26  | 28 / 710    | 3,94  |
| Implantatabrieb/-verschleiß   |                  |   | 61 / 675    | 9,04  | 65 / 710    | 9,15  |
| Implantatfehlage der Pfanne   |                  |   | 64 / 675    | 9,48  | 74 / 710    | 10,42 |
| Implantatfehlage des Schafts  |                  |   | 36 / 675    | 5,33  | 42 / 710    | 5,92  |
| Lockerung der Pfannenkomponente   |                  |   | 178 / 675   | 26,37 | 192 / 710   | 27,04 |
| Lockerung der Schaftkomponente  |                  |   | 186 / 675   | 27,56 | 173 / 710   | 24,37 |
| periprothetische Fraktur  |                  |   | 196 / 675   | 29,04 | 186 / 710   | 26,20 |
| Endoprothesen(sub)luxation  |                  |   | 109 / 675   | 16,15 | 121 / 710   | 17,04 |
| Knochendefekt Pfanne <sup>1</sup>   |                  |   | 73 / 675    | 10,81 | 73 / 710    | 10,28 |
| Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors) <sup>1</sup>                               |                  |   | 34 / 675    | 5,04  | 56 / 710    | 7,89  |
| Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation |                  |   | 8 / 675     | 1,19  | 13 / 710    | 1,83  |
| periartikuläre Ossifikation   |                  |   | 12 / 675    | 1,78  | 14 / 710    | 1,97  |

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

### Intra- und postoperativer Verlauf

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>   |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b><br>Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation<br>( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) |                  |   | 499         | 4,38  | 572         | 4,84  |
| primäre Implantatfehlage  |                  |   | 12 / 499    | 2,40  | 11 / 572    | 1,92  |
| sekundäre Implantatdislokation  |                  |   | 38 / 499    | 7,62  | 25 / 572    | 4,37  |
| offene und geschlossene reponierte Endoprothesen-(sub)luxation  |                  |   | 74 / 499    | 14,83 | 66 / 572    | 11,54 |
| OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom   |                  |   | 97 / 499    | 19,44 | 136 / 572   | 23,78 |
| OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion  |                  |   | 9 / 499     | 1,80  | 5 / 572     | 0,87  |
| bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden  |                  |   | 35 / 499    | 7,01  | 35 / 572    | 6,12  |
| periprothetische Fraktur  |                  |   | 142 / 499   | 28,46 | 149 / 572   | 26,05 |
| reoperationspflichtige Wunddehiszenz  |                  |   | 34 / 499    | 6,81  | 50 / 572    | 8,74  |
| reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder   |                  |   | 3 / 499     | 0,60  | 2 / 572     | 0,35  |
| sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen   |                  |   | 102 / 499   | 20,44 | 137 / 572   | 23,95 |

**Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)**

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>  |                  |   | 11.397      |       | 11.818      |       |
| <b>Postoperative Wundinfektion</b><br>(nach den KISS-Definitionen)                                     |                  |   |             |       |             |       |
| ja   |                  |   | 94          | 0,82  | 139         | 1,18  |
| nein   |                  |   | 11.303      | 99,18 | 11.679      | 98,82 |
| wenn ja  |                  |   |             |       |             |       |
| <b>Wundinfektionstiefe</b><br>(nach den KISS-Definitionen)   |                  |   |             |       |             |       |
| A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion   |                  |   | 29 / 94     | 30,85 | 36 / 139    | 25,90 |
| A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion  |                  |   | 53 / 94     | 56,38 | 76 / 139    | 54,68 |
| A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet  |                  |   | 12 / 94     | 12,77 | 27 / 139    | 19,42 |
| wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja, |                  |   |             |       |             |       |
| ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen  |                  |   |             |       |             |       |
| ja   |                  |   | 290 / 540   | 53,70 | 330 / 625   | 52,80 |
| nein   |                  |   | 250 / 540   | 46,30 | 295 / 625   | 47,20 |

**Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)**

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>  |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</b>                            |                  |   |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation<br>(Mehrfachnennungen möglich) |                  |   | 894         | 7,92  | 947         | 8,11  |
| Pneumonie<br>(nach den KISS-Definitionen)   |                  |   | 148 / 894   | 16,55 | 172 / 947   | 18,16 |
| behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)                            |                  |   | 260 / 894   | 29,08 | 266 / 947   | 28,09 |
| tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose  |                  |   | 12 / 894    | 1,34  | 13 / 947    | 1,37  |
| Lungenembolie   |                  |   | 41 / 894    | 4,59  | 26 / 947    | 2,75  |
| katheterassoziierte Harnwegsinfektion<br>(nach den KISS-Definitionen)             |                  |   | 90 / 894    | 10,07 | 125 / 947   | 13,20 |
| Schlaganfall  |                  |   | 33 / 894    | 3,69  | 21 / 947    | 2,22  |
| akute gastrointestinale Blutung   |                  |   | 16 / 894    | 1,79  | 25 / 947    | 2,64  |
| akute Niereninsuffizienz  |                  |   | 122 / 894   | 13,65 | 119 / 947   | 12,57 |
| Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen                          |                  |   | 423 / 894   | 47,32 | 457 / 947   | 48,26 |

### Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019   |       | Gesamt 2018   |       |
|---|------------------|---|---------------|-------|---------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl        | %     | Anzahl        | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten ab 65 Jahren</b>   |                  |   | 8.458         |       | 8.814         |       |
| <b>Systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten</b>                          |                  |   |               |       |               |       |
| nein  |                  |   | 221 / 8.458   | 2,61  | 447 / 8.814   | 5,07  |
| ja  |                  |   | 8.237 / 8.458 | 97,39 | 8.367 / 8.814 | 94,93 |
| <b>Durchführung von multimodalen, individuellen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (lt. Pflegedokumentation)</b> |                  |   |               |       |               |       |
| nein  |                  |   | 229 / 8.458   | 2,71  | 368 / 8.814   | 4,18  |
| ja  |                  |   | 8.229 / 8.458 | 97,29 | 8.446 / 8.814 | 95,82 |

### Postoperativer Bewegungsumfang

|   | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>                              |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b> |                  |   | 10.597      | 93,89 | 10.924      | 93,59 |
| <b>Extension/Flexion</b>  |                  |   |             |       |             |       |
| Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben                         |                  |   | 7.421       |       | 7.552       |       |
| <b>Winkel Extension (Grad)</b>                                  |                  |   |             |       |             |       |
| Median  |                  |   |             | 0,00  |             | 0,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 0,11  |             | 0,15  |
| <b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>                                 |                  |   |             |       |             |       |
| Median  |                  |   |             | 0,00  |             | 0,00  |
| Mittelwert  |                  |   |             | 0,04  |             | 0,03  |
| <b>Winkel Flexion (Grad)</b>                                    |                  |   |             |       |             |       |
| Median  |                  |   |             | 90,00 |             | 90,00 |
| Mittelwert  |                  |   |             | 90,35 |             | 90,47 |

### Gehfähigkeit bei Entlassung

|  | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>                 |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>Gehstrecke bei Entlassung</b>                   |                  |   |             |       |             |       |
| unbegrenzt (> 500 m)                               |                  |   | 836         | 7,41  | 421         | 3,61  |
| Gehen am Stück bis 500 m möglich                   |                  |   | 3.827       | 33,91 | 4.158       | 35,62 |
| auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht) |                  |   | 5.395       | 47,80 | 5.724       | 49,04 |
| im Zimmer mobil                                    |                  |   | 776         | 6,88  | 858         | 7,35  |
| immobil  |                  |   | 233         | 2,06  | 304         | 2,60  |
| <b>Gehhilfen bei Entlassung</b>                    |                  |   |             |       |             |       |
| keine  |                  |   | 180         | 1,59  | 218         | 1,87  |
| Unterarmgehstützen/Gehstock                        |                  |   | 8.583       | 76,04 | 8.698       | 74,52 |
| Rollator/Gehbock                                   |                  |   | 1.933       | 17,13 | 2.111       | 18,09 |
| Rollstuhl  |                  |   | 252         | 2,23  | 313         | 2,68  |
| bettlägerig  |                  |   | 119         | 1,05  | 126         | 1,08  |

## Entlassung Krankenhaus

| Entlassungsgrund <sup>1</sup>                             | Krankenhaus 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>                        |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| 01: regulär beendet                                       |                  |   | 7.218       | 63,95 | 7.223       | 61,88 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen                  |                  |   | 351         | 3,11  | 373         | 3,20  |
| 03: aus sonstigen Gründen                                 |                  |   | 3           | 0,03  | 4           | 0,03  |
| 04: gegen ärztlichen Rat                                  |                  |   | 32          | 0,28  | 26          | 0,22  |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers               |                  |   | 0           | 0,00  | 0           | 0,00  |
| 06: Verlegung   |                  |   | 274         | 2,43  | 221         | 1,89  |
| 07: Tod   |                  |   | 225         | 1,99  | 223         | 1,91  |
| 08: Verlegung nach § 14                                   |                  |   | 4           | 0,04  | 6           | 0,05  |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung                         |                  |   | 2.693       | 23,86 | 3.046       | 26,10 |
| 10: in Pflegeeinrichtung                                  |                  |   | 470         | 4,16  | 528         | 4,52  |
| 11: in Hospiz   |                  |   | 1           | 0,01  | 5           | 0,04  |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung      |                  |   | 2           | 0,02  | 2           | 0,02  |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung |                  |   | 0           | 0,00  | 0           | 0,00  |
| 15: gegen ärztlichen Rat                                  |                  |   | 1           | 0,01  | 1           | 0,01  |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)                 |                  |   | 13          | 0,12  | 14          | 0,12  |
| 22: Fallabschluss   |                  |   | 0           | 0,00  | 0           | 0,00  |
| 25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr     |                  |   | 0           | 0,00  | 0           | 0,00  |

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 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

- 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 2019 |   | Gesamt 2019 |       | Gesamt 2018 |       |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %     | Anzahl      | %     |
| <b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>   |                  |   | 11.287      |       | 11.672      |       |
| <b>Geriatrische frührehabilitative<br/>Komplexbehandlung<br/>(OPS 8-550.-)<sup>1</sup></b> |                  |   | 219         | 1,94  | -           | -     |
| <b>Anzahl Patienten mit<br/>Entlassung am</b>  |                  |   |             |       |             |       |
| Montag   |                  |   | 1.997       | 17,69 | 2.101       | 18,00 |
| Dienstag   |                  |   | 2.023       | 17,92 | 1.823       | 15,62 |
| Mittwoch   |                  |   | 1.923       | 17,04 | 1.904       | 16,31 |
| Donnerstag   |                  |   | 1.764       | 15,63 | 1.803       | 15,45 |
| Freitag  |                  |   | 2.406       | 21,32 | 2.717       | 23,28 |
| Samstag  |                  |   | 893         | 7,91  | 1.022       | 8,76  |
| Sonntag  |                  |   | 281         | 2,49  | 302         | 2,59  |

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019



## Leseanleitung

### 1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org).

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

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

## 2. Vertrauensbereich

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

### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 3. Referenzbereiche

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

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

### 3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2019.

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

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

### 3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

#### Beispiele:

Referenzbereich:  $\leq 2,50\%$

5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)

10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (auffällig)

#### Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von  $\leq 2,50\%$

ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).

Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$

ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).

Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  und damit unauffällig.

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

### 4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

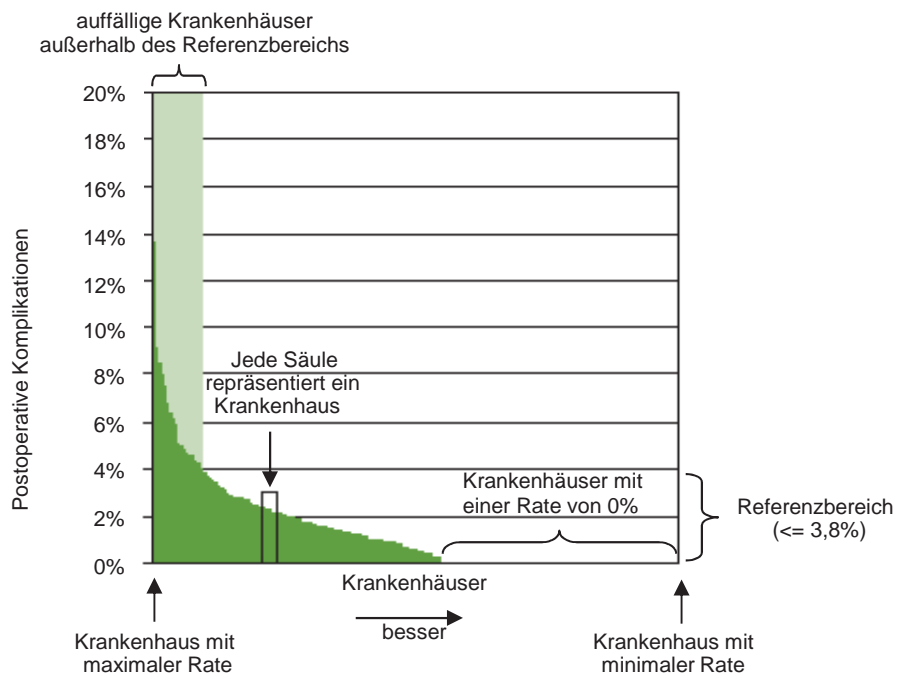
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 5.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 5.2 Histogramm

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

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

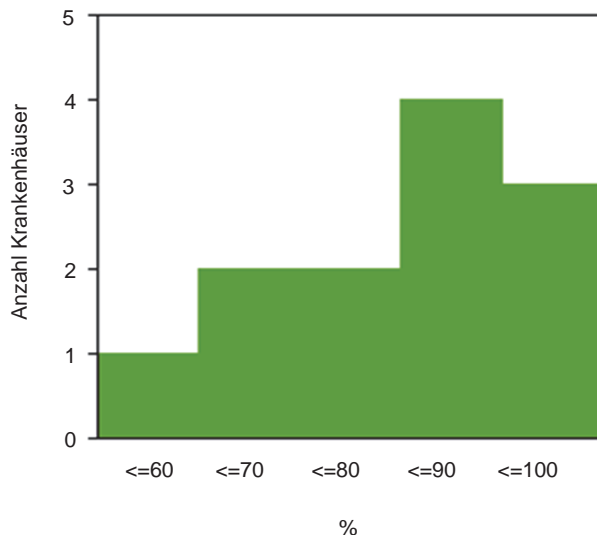
**Beispiel:**

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

## 6. Basisauswertung

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

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

## 7. Sonstiges

### 7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

### 7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### **Anteil**

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

### **AK-ID**

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

### **Auffälligkeitskriterium**

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

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältniszahl

### **Indikator-ID**

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### **Kennzahl-ID**

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

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Median der Krankenhausergebnisse**

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

### **Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund**

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

### **Qualitätsindikator/Gruppe**

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

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

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

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



### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Verbindliche Kennzahlen**

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

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

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

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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