

SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK-KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG



1. QualitätsBericht

des **EndoProthetikZentrums** Ratzeburg

TEIL 2: Qualität aus medizinischer Sicht

Version 1.0

September 2019

Erstellt von:

DR. RER. MEDIC. F.-MICHAEL NIEMANN



Gesellschaft für Informationsmanagement und
Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG

Viehkamp 4
24226 Heikendorf bei Kiel
Tel.: (04 31) 23 78 295
Fax: (04 31) 23 78 294
eMail: dr-niemann@if-gesundheit.de
www.if-gesundheit.de

**im Rahmen der Spezial-Qualitätsberichterstattung des DRK-Krankenhauses Mölln Ratzeburg im
Hinblick auf das EndoProthetikZentrum Ratzeburg**

und in Abstimmung mit:

DR. MED. ANDREAS SCHMID, MAHM	Leiter der chirurgischen Klinik / Ärztlicher Direktor / Geschäftsführer Tel.: (0 45 41) 884 261 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: aschmid@drk-krankenhaus.de
PD DR. MED. PETER BENECKE	Chefarzt / Leiter des EPZ Ratzeburg Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfall- chirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin, Radiologie (fachbezogen) Tel.: (0 45 41) 884 261 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: aschmid@drk-krankenhaus.de
DANIELA FISCHER	Stellv. Verwaltungsleiterin, Leiterin Qualitätsmanagement Tel.: (0 45 41) 884 412 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: dfischer@drk-krankenhaus.de

Inhaltsverzeichnis

1	VORWORT	3
2	QUALITÄT AUS MEDIZINISCHER SICHT	4
2.1	QUALITÄTSBEURTEILUNG AUF DER GRUNDLAGE DER ERGEBNISSE DER EXTERNEN STATIONÄREN (VERGLEICHENDEN) QUALITÄTSSICHERUNG	4
2.1.1	EINFÜHRUNG	4
2.1.2	GRUNDSÄTZLICHES ZUR ERGEBNISANALYSE UND -AUFBEREITUNG.....	4
2.1.3	EXKURS: QUALITATIVE BEURTEILUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG AUF DER GRUNDLAGE VON QUALITÄTSINDIKATOREN	6
2.1.4	ERGEBNISSE BZGL. DER HÜFTGELENKNAHEN FEMURFRAKTUR MIT OSTEOSYNETHETISCHER VERSORGUNG (MODUL 17/1 N1).....	8
2.1.4.1	Ergebnisübersicht.....	8
2.1.4.2	Ausgewählte Ergebnisse im Krankenhausvergleich	8
2.1.5	ERGEBNISSE BZGL. DER HÜFTENDOPROTHESENVERSORGUNG (MODUL HEP).....	14
2.1.5.1	Ergebnisübersicht.....	14
2.1.5.2	Ausgewählte Ergebnisse Im Krankenhausvergleich.....	14
2.2	QUALITÄTSBEURTEILUNG AUF DER GRUNDLAGE DER QUALITÄTSINDIKATOREN FÜR DIE ZERTIFIZIERUNG ALS ENDOPROTHETIKZENTRUM	21
2.2.1	EINLEITUNG	21
2.2.2	QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN FÜR DEN BEREICH HÜFTE.....	21
2.2.3	QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN FÜR DEN BEREICH KNIE	25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h“	9
Abbildung 3.2:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“	10
Abbildung 3.3:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung“	11
Abbildung 3.4:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung – risikoadjustiert nach dem HÜFT-FRAK-Score“	12
Abbildung 3.5:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische Komplikationen“	13
Abbildung 3.6:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“	15
Abbildung 3.7:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“	16
Abbildung 3.8:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“	17
Abbildung 3.9:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“	18
Abbildung 3.10:	Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“	19
Abbildung 3.11:	ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A	23
Abbildung 3.12:	ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B	24

Abbildung 3.13: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL G	24
Abbildung 3.14: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A	27
Abbildung 3.15: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B	27
Abbildung 3.16: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL E	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Hüfte im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum	21
Tabelle 3.2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Knie im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum	25

Übersichtsverzeichnis

Übersicht 3.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätsindikator (Qualitätskennzahl), Referenzbereich und Qualitätsziel.....	7
Übersicht 3.2: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul 17/1 N1: Hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	8
Übersicht 3.3: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung	14

Anhänge

Anhang 1: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen bzgl. der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1 N1)	
Anhang 2: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen bzgl. der Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)	
Anhang 3: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Hüfte im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum	
Anhang 4: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Knie im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum	

Hinweis: Die Anhänge sind im Gesamtbericht hinterlegt.

1 Vorwort

„Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung“ – so lautet eine der Kernaussagen der Bertelsmann-Studie, die eine „bessere Versorgung durch deutlich weniger Krankenhäuser“ suggeriert.

Ungeachtet der fehlenden Evidenz für diese Aussagen steht die wohnortnahe Versorgung als einer der wesentlichen Entscheidungsgründe der Patienten bei der Entscheidung für den Behandlungsort gegenüber.

Das Endoprothetikzentrum (EPZ) Ratzeburg respektive das DRK- Krankenhaus Mölln-Ratzeburg ist ein Beispiel dafür, dass hervorragende Qualität auch in kleineren Krankenhäusern erbracht werden kann und demzufolge Qualität nicht unbedingt eine hinreichende Quantität - sprich Fallzahl - voraussetzt.

Dies möchten wir mit dem vorliegenden 1. Qualitätsbericht der EPZ Ratzeburg unter Beweis stellen.

Dieser erscheint zusätzlich zu einem **Gesamtbericht** auch in **Teilberichten**, um damit insbesondere die verschiedenen Zielgruppen des 1. Qualitätsberichtes der EPZ Ratzeburg spezifischer ansprechen zu können.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Teilberichte

Teil 1: Das EndoProthetikZentrum Ratzeburg
vor dem Hintergrund der Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik

Teil 2: Qualität aus medizinischer Sicht

Teil 3: Qualität aus Sicht der Einweiser

Teil 4: Qualität aus Sicht der Patienten

Teil 5: Zusammenfassung

2 Qualität aus medizinischer Sicht

2.1 Qualitätsbeurteilung auf der Grundlage der Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung

2.1.1 Einführung

Für das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg besteht die Verpflichtung zur Teilnahme an der sogenannten externen stationären Qualitätssicherung - vormals externe vergleichende Qualitätssicherung genannt. Grundlage hierfür ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL).

Für den Bereich der Endoprothetik kommen dabei folgende Module zum Tragen:

- Modul 17/1: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung
- Modul KEP: Knie-Endoprothesenversorgung
- Follow-up-Indikatoren
Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung
- Follow-up-Indikatoren
Modul KEP: Knieendoprothesenversorgung.

In Anlehnung an die seit dem Jahr 2007 seitens des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (**Bz^{HZgtL}/öHH**) zum Modul 18/1 Mammachirurgie jährlich durchgeführte systematische Ergebnisanalyse und -aufbereitung der von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH) aufbereiteten Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung erfolgt auch für das EPZ Ratzeburg eine entsprechende Analyse für die in Frage kommenden Module aus dem Bereich Endoprothetik.

Im Folgenden wird die Ergebnisanalyse und -aufbereitung auszugsweise für das Verfahrensjahr 2017 dargestellt.

2.1.2 Grundsätzliches zur Ergebnisanalyse und -aufbereitung

Im Rahmen der systematischen Ergebnisanalyse und -aufbereitung der von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

Zielsetzung der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung:

Orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen insbesondere folgende Ziele:

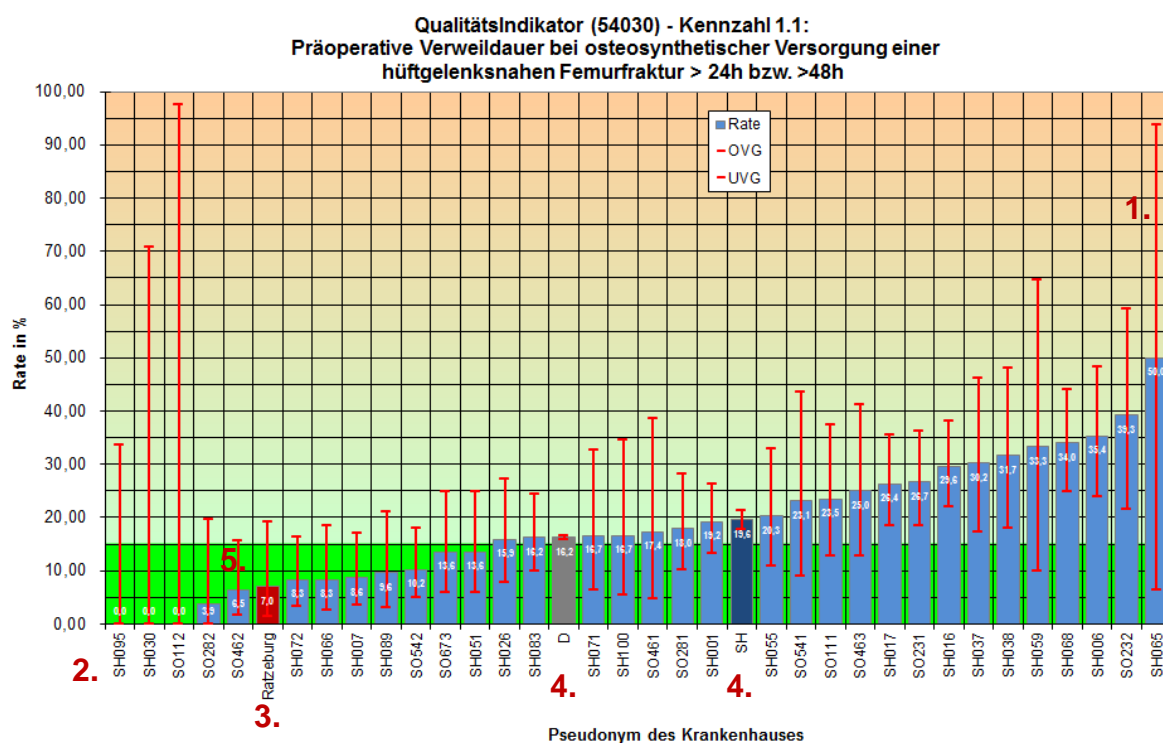
- a) Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind.
- b) Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben.
- c) Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen, insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren, herzustellen.
- d) Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse insbesondere zu folgenden Aspekten die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern und zu verbessern:
 - Ergebnisqualität
 - Indikationsstellung für die Leistungserbringung
 - Angemessenheit der Leistung
 - Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen
 - die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken

Quelle:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL) – zuletzt geändert am 21. Juni 2018.

e.V. (KGSH) zur Verfügung gestellten Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung zu den Modulen für den Bereich Endoprothetik werden im EPZ Ratzeburg alle in Frage kommenden Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen - modulweise - wie folgt graphisch aufbereitet:

1. Zu allen als Raten dargestellten Qualitätsindikatoren sind die zugehörigen Konfidenzintervalle angegeben:
Die Raten sind als Säulen dargestellt. Konfidenzintervalle sind durch die obere Vertrauensgrenze (OVG) und untere Vertrauensgrenze (UVG) sowie die zugehörige Spannweitenlinie gekennzeichnet.¹
2. Die Krankenhausergebnisse sind benchmarkmäßig sortiert dargestellt:
Das „beste“ Ergebnis ist links und das „schlechteste“ Ergebnis ist rechts.²
3. Die Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg sind als dunkelrote Säule farblich gekennzeichnet.
4. Zusätzlich sind die Durchschnittswerte für Schleswig-Holstein (dunkelblaue Säule) sowie der Bundesdurchschnittswert (graue Säule) angegeben.
5. Die jeweiligen Referenzbereiche (= Unauffälligkeitsbereiche) sind - soweit definiert - grün schraffiert dargestellt.



¹ Gerade die Fähigkeit „Unterschiede zuverlässig entdecken zu können“ verlangt besondere Hilfestellung seitens der Statistik. Dies geschieht beispielsweise durch die Verwendung von Konfidenzintervallen, auch Vertrauensbereiche genannt. Hierdurch erfolgt im Wesentlichen eine Berücksichtigung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Fallzahl. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, je größer die zugrundeliegende Fallzahl, desto geringer die Breite des Konfidenzintervalls und desto zuverlässiger das Ergebnis. Die Breite des Konfidenzintervalls wird dabei durch die untere Vertrauensgrenze (UVG) und obere Vertrauensgrenze (OVG) bestimmt.

Im Rahmen von Krankenhausvergleichen gilt dann: Nur bei sich nicht überlappenden Konfidenzintervallen liegen **Hinweise** für *statistisch* signifikante Abweichungen vor.

² Bei gleichen Werten entscheidet die zugrundeliegende Fallzahl bzw. die Größe des Konfidenzintervalls über die Reihenfolge.

2.1.3 Exkurs: Qualitative Beurteilung der Gesundheitsversorgung auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren

„Die zuverlässige und genaue Bestimmung der Qualität medizinischer Leistungen stellt eine obligatorische Voraussetzung jeglicher Bemühungen um Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen dar.“³⁴

Vor diesem Hintergrund gehören **Qualitätsindikatoren** mittlerweile zu den wichtigsten Mess- und Bewertungsinstrumenten in der Gesundheitsversorgung. Ein Qualitätsindikator zeigt dabei zunächst die Qualität nur an (z.B. in Zahlen), er ist selbst jedoch kein direktes Maß für Qualität (Sens et al. 2007). Indikatoren messen den Erfüllungsgrad von relevanten Qualitätsanforderungen, z. B. in Bezug auf die Effektivität der Versorgung, die Patientensicherheit, die Patientenorientierung und den Zugang zur Versorgung bzw. deren Koordination (AQUA 2012). Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren können die verschiedenen Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen werden (Donabedian 1966). Sie sollen Rückschlüsse auf das Behandlungsergebnis bzw. die Qualität der Behandlung möglich machen (Stausberg et al. 2011).

Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten (JCAHO 1990, Übersetzung Sens et al. 2007).

Qualitätsindikatoren sind also **Anzeiger** für gute Qualität in Medizin und Pflege. Eine andere Bezeichnung für Qualitätsindikator ist klinische Messgröße. Sie zeigen für wichtige Behandlungsschritte, ob und wie häufig diese eingesetzt worden sind (Prozessindikatoren) und für Behandlungsergebnisse, ob und wie häufig erwünschte oder unerwünschte Ergebnisse eingetreten sind (Ergebnisindikatoren).

Qualitätsindikatoren beziehen sich daher immer nur auf bestimmte Schritte oder Teilergebnisse der Behandlung. Deshalb ist es wichtig zu wissen, dass die Qualität einer Behandlung nicht nur mit einem einzigen Qualitätsindikator gemessen werden kann, sondern dass dazu mehrere, aufeinander abgestimmte Qualitätsindikatoren verwendet werden müssen.

Um verwertbare Aussagen zu liefern, muss ein Qualitätsindikator bestimmte methodische Eigenschaften erfüllen: er muss wichtige Aussagen zur Behandlung liefern, er muss genau und zuverlässig messen und er muss praktisch gut einsetzbar sein.

Zu einem Qualitätsindikator können eine oder mehrere **Qualitätskennzahlen** gehören. Dadurch kann der von dem Qualitätsindikator beobachtete Behandlungsschritt oder das beobachtete Ergebnis unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet werden.

Beispielsweise stehen für einen Qualitätsindikator, der Wundentzündungen nach einer Operation betrachtet, mehrere Qualitätskennzahlen zur Verfügung. Eine der Kennzahlen zeigt, wie

³ Zorn U, Ollenschläger G. (1999) Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung – ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren, Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ) 93: 123–128.

⁴ Der nachfolgende Text auf dieser Seite ist entnommen aus: GQMG-Positionspapier „Anwendung von Qualitätsindikatoren in der medizinischen Versorgung“ 05.06.2016

viele Wundinfektionen bei allen behandelten Patienten aufgetreten sind. Eine weitere Kennzahl zeigt, wie viele Wundinfektionen bei Patienten mit besonders hohem Risiko, eine solche Entzündung zu entwickeln, aufgetreten sind.

Ein **Prozessindikator** zeigt für wichtige Schritte bei der Behandlung (Prozesse), ob und wie häufig diese Schritte eingesetzt worden sind. Für einen guten Prozessindikator muss nachgewiesen sein, dass die Durchführung dieses Schrittes zu einem besseren Behandlungsergebnis führt.

Beispiel: Es ist wissenschaftlich belegt, dass bei der Behandlung der Lungenentzündung die Sterblichkeit niedriger ist, wenn frühzeitig ein Antibiotikum gegeben wird. Der Qualitätsindikator misst daher, wie oft bei der Behandlung der Lungenentzündung innerhalb der ersten 8 Stunden Antibiotika verabreicht werden.

Ein **Ergebnisindikator** misst die Qualität des Behandlungsergebnisses. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes, manchmal auch ein unerwünschtes Behandlungsergebnis, festgestellt wird.

Der **Referenzbereich** unterscheidet auffällige von unauffälligen Krankenhausergebnissen. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs sind auffällig und sollten - beispielsweise im Strukturieren Dialog - analysiert werden.

Der **Vertrauensbereich** soll angeben, wie genau der eigentliche Ergebniswert wirklich die Realität abbilden kann. Ein großer Vertrauensbereich deutet darauf hin, dass diese Sicherheit gering ist, etwa wegen geringer Fallzahlen. In der Regel wird der 95-Prozent-Vertrauensbereich angegeben. Er gibt an, in welchem Bereich sich das tatsächliche Ergebnis unter Berücksichtigung des Zufalls mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% befindet. Das spielt eine Rolle, wenn versucht werden soll, die Krankenhäuser nach der Qualität zu sortieren (engl. ranking). Nur wenn sich die 95%-Vertrauensbereiche zweier Krankenhäuser nicht überlappen, kann gesagt werden, dass sich die Krankenhäuser mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich im Ergebnis unterscheiden.

Ein wesentlicher Faktor bei der Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung durch Qualitätsindikatoren ist die **Zielorientierung**.

Mit der Festlegung von Qualitätszielen werden zum einen Qualitätsmerkmale benannt; aber erst durch die Operationalisierung von Qualitätszielen durch Qualitätsindikatoren respektive Qualitätskennzahlen werden Qualitätsmerkmale beurteilbar, v.a. hinsichtlich der Zielerreichung – vorgeben durch einen Referenzbereich (Übersicht 3.1).


Qualitätsindikator (Qualitätskennzahl)	↔	Qualitätsmerkmal	↔	Qualitätsziel
Komplikationsrate = Patienten mit postoperat. Komplikation / alle Patienten	↔	Postoperative Komplikation	↔	selten postoperative Komplikationen
0 bis unter 5 Prozent				
Referenzbereich				

Übersicht 2.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätsindikator (Qualitätskennzahl), Referenzbereich und Qualitätsziel

2.1.4 Ergebnisse bzgl. der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1 N1)

2.1.4.1 Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2017 sind insgesamt 15 Qualitätsindikatoren und 3 Auffälligkeitskriterien betrachtet worden. Eine Übersicht über die Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Schleswig-Holstein an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser und im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Deutschland an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser ist mit der Übersicht 3.2 gegeben.

Externe stationäre Qualitätssicherung				ausgewertet und aufbereitet durch:			
Modul 17n1: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung							
Verfahrensjahr 2017		Stand:		Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG			
Ergebnisübersicht		27.06.2019					
Qualitätsindikator							
QI-ID	Bezeichnung gemäß ProQS bei der KGSH	Ausprägung	ZIEL	Referenzbereich	Ratzeburg	S-H	D
54030	QM(1) Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur >24h bzw. >48h	Rate	0%	<= 15%	7,0%	19,6%	16,2%
54030	QM(1a) Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur >24h	Rate	0%	<= 15%	5,4%	20,2%	16,7%
54030	QM(1b) Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur >48h bei antithrombotischer Dauertherapie	Rate	0%	<= 15%	16,7%	12,6%	12,9%
54050	QM(54050) Sturzprophylaxe	Rate	100%	>= 80%	100,0%	95,2%	92,6%
54032	QM(3) Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rate	0%	nicht definiert	6,5%	17,2%	18,1%
54033	QM(3v) Patienten mit Gehfähigkeit bei Entlassung risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 2,32 (95%-Perzentil)	0,32	1,03	1,08
54029	QM(54029) Spezifische Komplikationen	Rate	0%	<= 4,37% (95%-Perzentil)	0,0%	0,9%	1,2%
54035	QM(5) Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	Rate	0%	nicht definiert	0,0%	0,8%	0,7%
54036	QM(5v) Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 4,92 (95%-Perzentil)	0,00	1,10	0,96
54039	QM(7) Wundhämatome / Nachblutungen	Rate	0%	nicht definiert	2,3%	0,3%	0,8%
54040	QM(7v) Patienten mit Wundhämatomen / Nachblutungen risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 3,54 (95%-Perzentil)	2,08	0,24	0,73
54041	QM(8) Allgemeine postoperative Komplikationen	Rate	0%	nicht definiert	7,0%	6,7%	9,6%
54042	QM(8v) Allgemeine postoperative Komplikationen risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 2,29 (95%-Perzentil)	0,62	0,74	1,00
54045	QM(10) Sterblichkeit im Krankenhaus	Rate	0%	nicht definiert	7,0%	3,5%	4,7%
54046	QM(10v) Todesfälle risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 2,02 (95%-Perzentil)	1,15	0,80	1,00
	QM2D Auffälligkeitskriterium - Angabe von ASA 5			Zähler = 0	0 (0/43)		
	QM3D Auffälligkeitskriterium - Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur			Zähler = 0	0 (0/0)		
	QM4D Auffälligkeitskriterium - Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von Komplikationen			<= 80%	0,0%	85,1%	

Übersicht 2.2: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul 17/1 N1: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Danach liegen mit einer Ausnahme alle Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg – soweit definiert – innerhalb der Referenzbereiche.

2.1.4.2 Ausgewählte Ergebnisse im Krankenhausvergleich

Nachfolgend sind die graphischen Aufbereitungen für folgende Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren dargestellt:

- Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur > 24h bzw. > 48h
- Sturzprophylaxe
- Gehunfähigkeit bei Entlassung
- Spezifische Komplikationen

2.1.4.2.1 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h

Im Verfahrensjahr 2017 gehört das Ergebnis des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h“ zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.1).

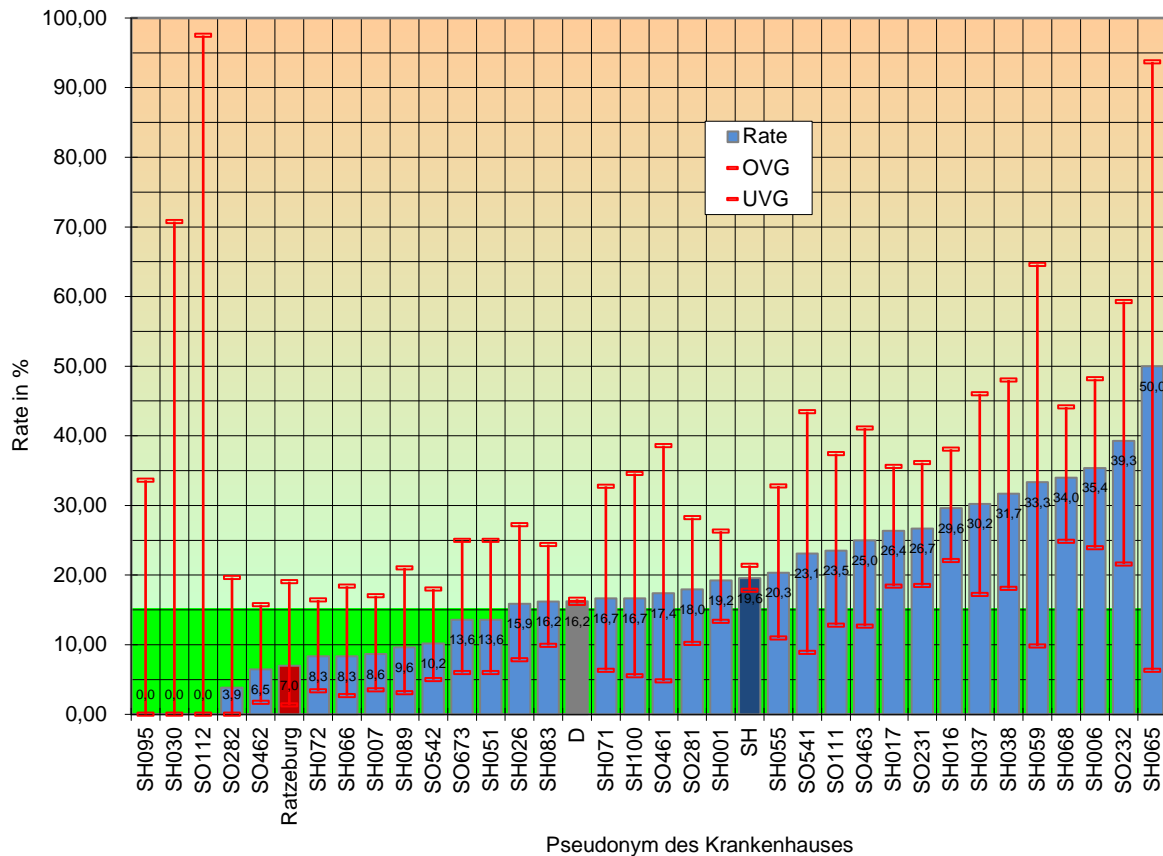


Abbildung 2.1: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 7,0% auf Rang 6.⁵ Damit gehört das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg zu den 13 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen.

Bei 21 Krankenhäuser liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Für acht Krankenhäuser Schleswig-

Qualitätsmerkmal „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. >48h“

Zähler: Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren oder sonstige Antikoagulanzen, bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder der nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
 ODER
 Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren oder sonstige Antikoagulanzen (z.B. Rivaroxaban), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte.

Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patienten ab 20 Jahre
 Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)
 Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer
 Referenzbereich: 2017: <= 15%
 Indikatorartyp: Prozessindikator

⁵ Bezogen auf den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h“ nimmt das DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 5,4% sogar Rang 5 ein und zählt auch hier zu den 13 von 34 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen.

Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihres Ergebnisses zum Referenzbereich, da ihre Ergebnisse einschließlich des zugehörigen Vertrauensbereiches außerhalb des Referenzbereiches liegen.

2.1.4.2.2 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator Sturzprophylaxe

Auch hinsichtlich des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ zählt das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 zu den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins mit eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.2).

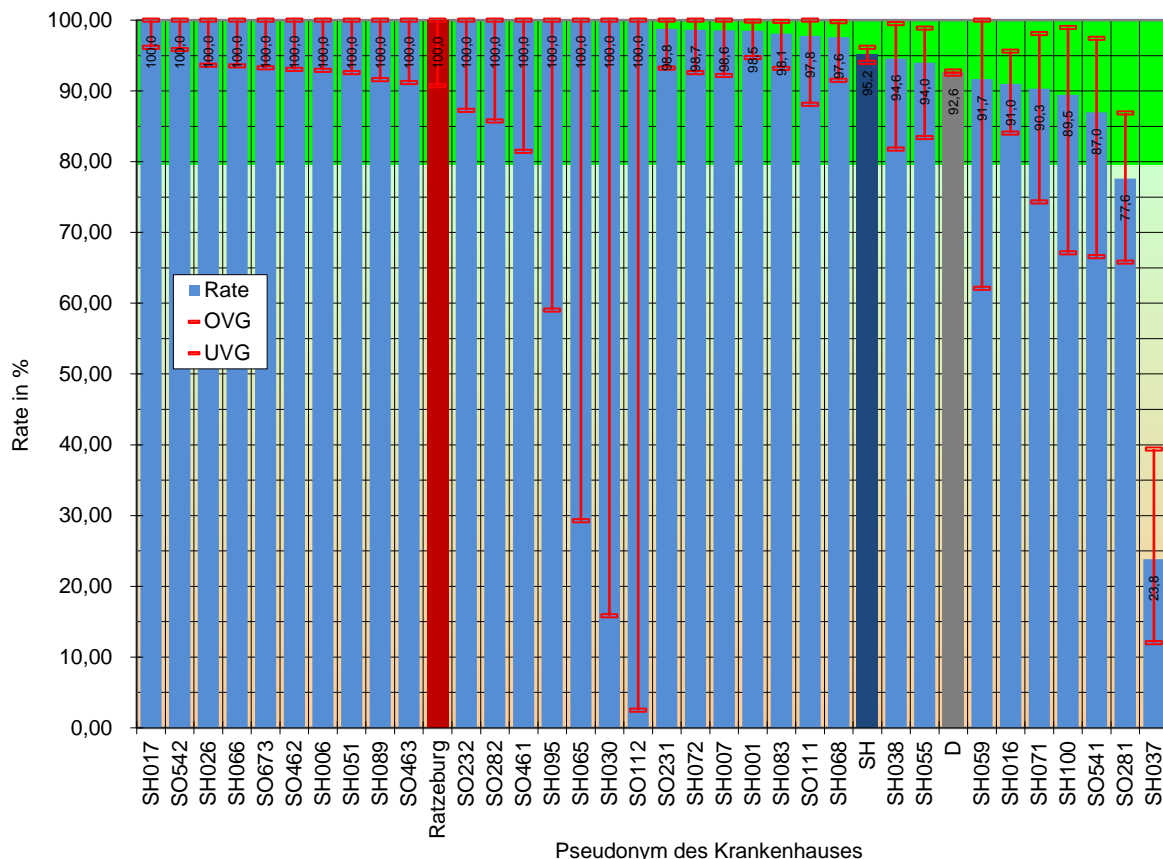


Abbildung 2.2: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg hier auf Rang 11 und gehört damit zu den 18 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, die das mit dem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Für insgesamt 34 Krankenhäuser in Schleswig-Holstein liegt das Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs. Lediglich bei zwei Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen – für ein Krankenhaus liegt das Ergebnis sogar einschließlich des zugehörigen Vertrauensbereiches außerhalb des Referenzbereiches. Für dieses wie auch für zwei weitere Krankenhäuser ergeben sich zudem Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihrer Ergebnisse im Vergleich zu dem Bestergebnis.

Qualitätsmerkmal „Sturzprophylaxe“	
Zähler:	Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.
Referenzbereich:	2017: >= 80%
Indikatortyp:	Prozessindikator

2.1.4.2.3 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“

Das mit diesem Qualitätsmerkmal respektive Qualitätsindikator verbundene Qualitätsziel „Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung“ wird vom DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 nahezu uneingeschränkt erreicht. (siehe Abbildung 3.3).

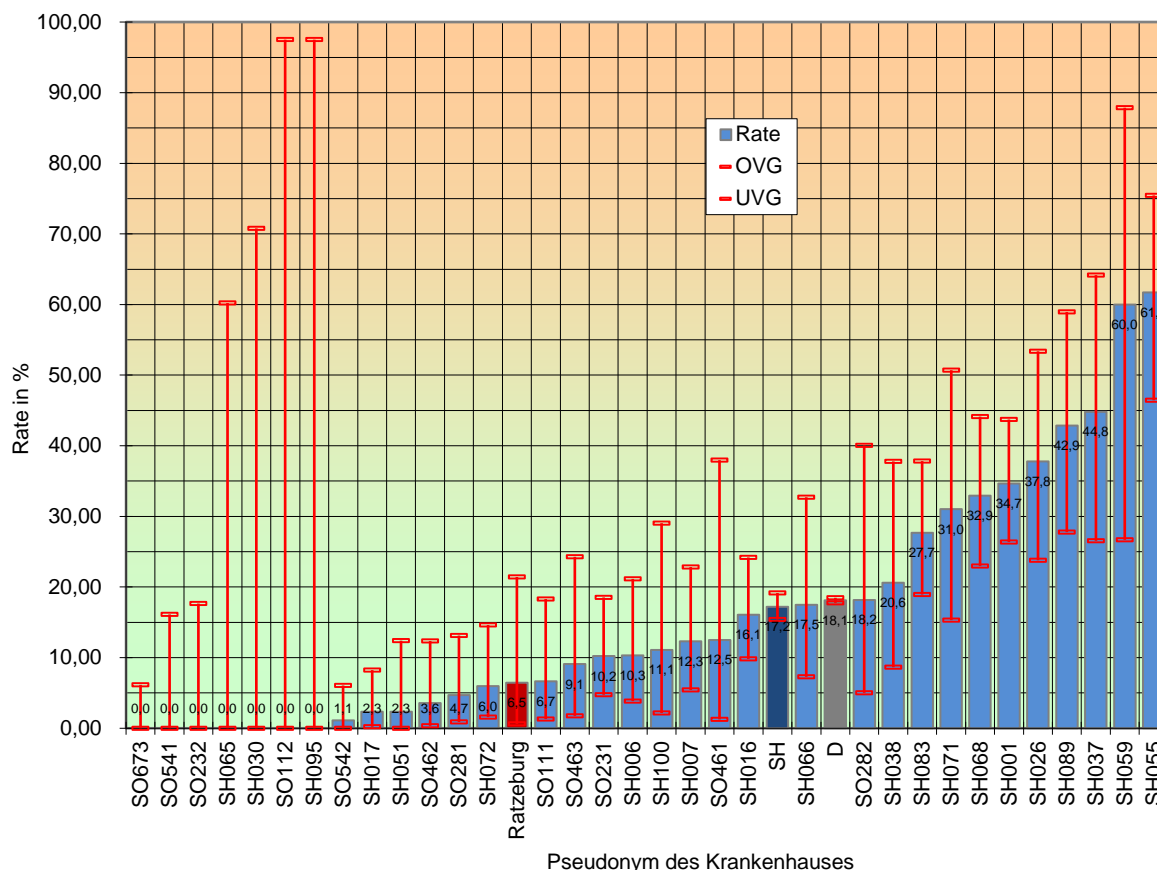


Abbildung 2.3: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 6,5% auf Rang 14 und liegt damit klar vor dem Durchschnittswert für Schleswig-Holstein und dem für Deutschland insgesamt.⁶ Im Krankenhausvergleich ist zudem eine große Streuung zwischen dem „besten“ Krankenhaus mit einem Wert von 0% und dem „schlechtesten“ Krankenhaus mit einem Wert von 61,7% festzustellen. Für 12 Krankenhäuser Schleswig-Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihres Ergebnisses im Vergleich zu dem Bestergebnis.

Qualitätsmerkmal „Gehunfähigkeit bei Entlassung“	
Zähler:	Patienten, die bei der Entlassung nicht selbständig gehfähig waren.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten die bei Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden.
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung.
Referenzbereich:	nicht definiert
Indikatortyp:	Ergebnisindikator

⁶ Hierbei gilt es auch zu berücksichtigen, dass das Ergebnis bei vier von sieben Krankenhäusern mit einer Rate von 0% auf einer sehr geringen Fallzahl beruht, die deutlich unter der Fallzahl des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg liegt. Diese Ergebnisse sind - statistisch gesehen - von geringerem Aussagewert.

Eine weitere Variante bei der Betrachtung dieses Qualitätsmerkmals respektive Qualitätsindicators liegt in der Betrachtung des Verhältnisses der beobachteten Rate und der aufgrund einer Adjustierung nach dem logistischen HÜFT-FRAK-Score zu erwartenden Rate.

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 0,32 auf Rang 13 und liegt damit auch hier klar vor dem Durchschnittswert für Schleswig-Holstein und dem für Deutschland insgesamt (siehe Abbildung 3.4). Der - eindeutig innerhalb des Referenzbereiches liegende - Wert von 0,32 bedeutet zudem auch, dass die beobachtete (= tatsächliche) Rate knapp 70% unter der zu erwartenden Rate liegt. Auch hier also ein gutes Ergebnis für das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg.

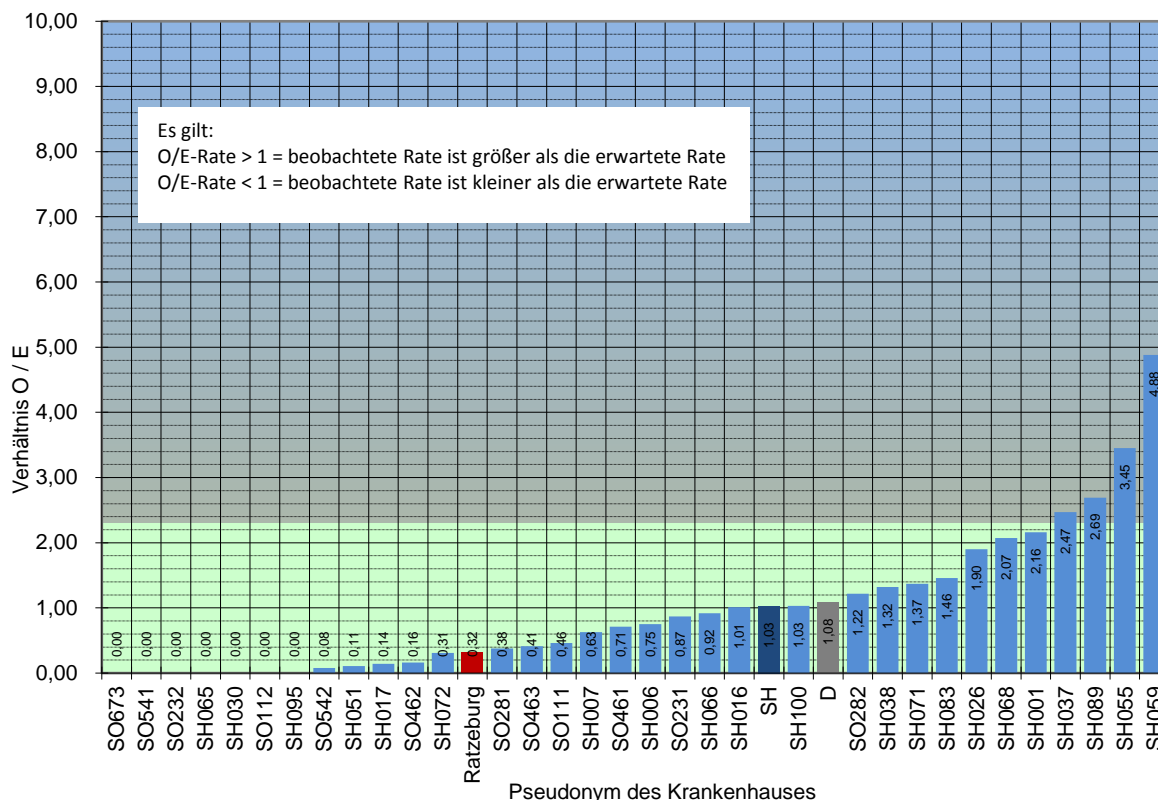


Abbildung 2.4: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindicators „Gehunfähigkeit bei Entlassung – risikoadjustiert nach dem HÜFT-FRAK-Score“

2.1.4.2.4 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen“

Auch bzgl. des Qualitätsindicators „Spezifische Komplikationen“ gehört das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 zu den unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.5).

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im vorderen Drittel (Rang 10) und gehört damit zu den insgesamt 21 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel bei einem Wert von 0% vollständig erreichen.

Qualitätsmerkmal „Spezifische Komplikationen“

Zähler:	Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 20 Jahre
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen.
Referenzbereich:	2017: <= 4,37% (= 95%-Perzentil)
Indikatortyp:	Prozessindikator

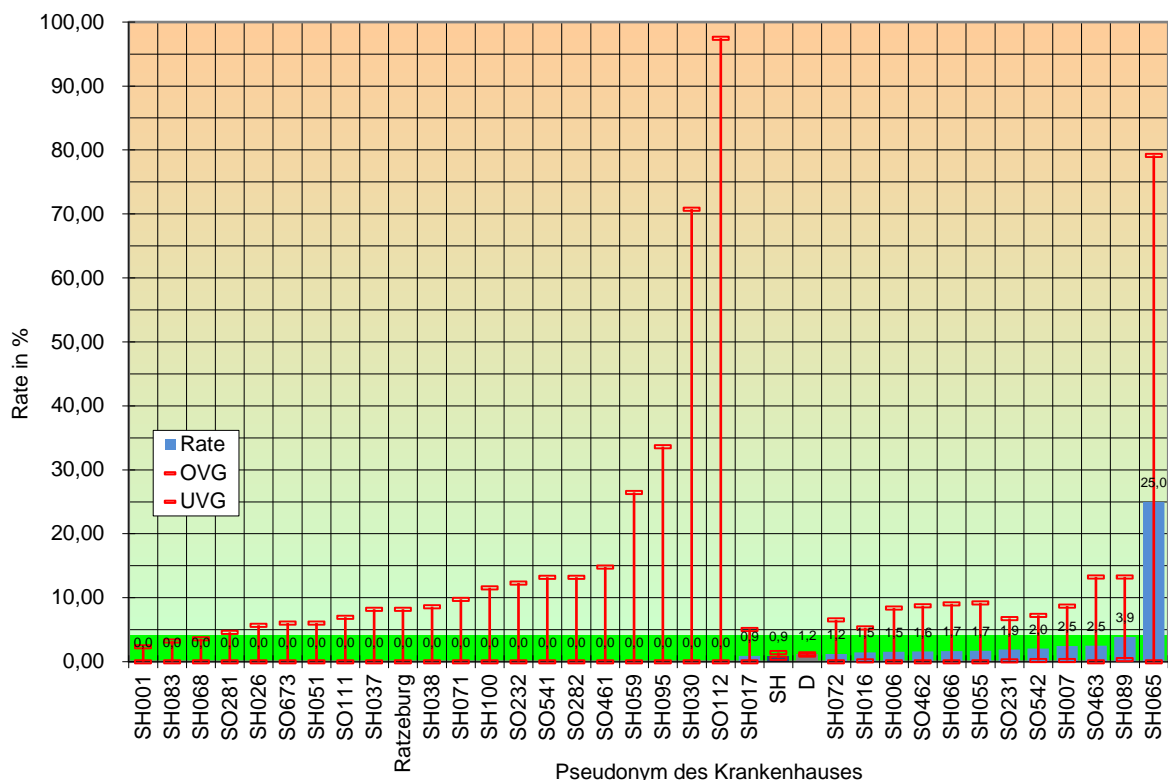


Abbildung 2.5: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische Komplikationen“

Insgesamt ergeben sich für nahezu alle Krankenhäuser Schleswig-Holsteins Ergebnisse, die innerhalb des Referenzbereiches liegen. Lediglich bei einem Krankenhaus liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs und ist daher rechnerisch als auffällig anzusehen.

Selbstverständlich nimmt das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 nicht nur vordere Ränge ein. So liegt das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 bezüglich des Qualitätsindikators „Wundhämatome/Nachblutungen“ an drittletzter Stelle im Krankenhausvergleich. Gleichwohl ist auch dieses Ergebnis als unauffällig zu bewerten.


Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitung der Ergebnisse der 15 Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen bzgl. der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1 N1) ist dem **Anhang 1** im **Gesamtbericht** zu entnehmen.



2.1.5 Ergebnisse bzgl. der Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

2.1.5.1 Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2017 sind insgesamt 14 Qualitätsindikatoren und 2 Auffälligkeitskriterien betrachtet worden. Eine Übersicht über die Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Schleswig-Holstein an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser und im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Deutschland an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser ist mit der Übersicht 3.3 gegeben. In dieser Übersicht ist auch der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ angegeben, der im Rahmen des Follow-up-Moduls zur Hüftendoprothesenversorgung ermittelt wird.

Externe stationäre Qualitätssicherung Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung Verfahrensjahr 2017			ausgewertet und aufbereitet durch:				
			 Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG				
Ergebnisübersicht			Stand: 27.06.2019				
QI-ID	Bezeichnung gemäß ProQS bei der KGSH	Ausprägung	ZIEL	Referenzbereich	Ratzeburg	Ergebnisse	
						S-H	D
54001	Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Rate	100%	>= 90%	100,0%	97,7%	96,7%
54002	Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel	Rate	100%	>= 86%	100,0%	94,4%	92,9%
54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme	Rate	0%	<= 15%	1,8%	14,7%	15,6%
54004	Sturzprophylaxe	Rate	100%	>= 80%	100,0%	97,4%	95,0%
54015	Allgemeine postoperative Komplikationen - hüftgelenknahe Femurfraktur	Rate	0%	<= 24,30% (95%-Perzentil)	1,8%	9,0%	11,1%
54016	Allgemeine postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Rate	0%	<= 6,03% (95%-Perzentil)	0,0%	1,1%	1,6%
54017	Allgemeine postoperative Komplikationen - Reimplantation	Rate	0%	<= 17,46% (95%-Perzentil)	8,3%	4,0%	6,2%
54018	Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - hüftgelenknahe Femurfraktur	Rate	0%	<= 11,11% (95%-Perzentil)	3,5%	3,4%	4,5%
54019	Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Rate	0%	<= 7,42% (95%-Perzentil)	0,0%	1,6%	2,4%
54120	Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - Reimplantation	Rate	0%	<= 29,42% (95%-Perzentil)	0,0%	8,2%	11,8%
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	Rate	100%	>= 95%	100,0%	98,7%	98,0%
54011	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rate	0%	nicht definiert	4,1%	3,6%	
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung risikoadjustiert nach HEP-Score 54012	O / E		<= 2,33 (95%-Perzentil)	0,33	0,87	1,01
54013	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rate	0%	nicht definiert	0,0%	0,2%	0,2%
	QM(1D) Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von Komplikationen	Rate	0%	<= 80%	75,0%	84,3%	
	QN(2D) Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur	Rate	0%	<= 50%	0,0%	52,8%	
10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	O / E		<= 3,73 (95%-Perzentil)	1,65	0,89	1,15

Übersicht 2.3: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung

Hier liegen alle Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg – soweit definiert – innerhalb der Referenzbereiche.

2.1.5.2 Ausgewählte Ergebnisse Im Krankenhausvergleich

Nachfolgend sind die graphischen Aufbereitungen für folgende Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren dargestellt:

- Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
- Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel
- Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme
- Sturzprophylaxe
- Spezifische intra-/postoperative Komplikationen – elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

2.1.5.2.1 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Auch hier gehört das Ergebnis des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ im Verfahrensjahr 2017 zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.6).

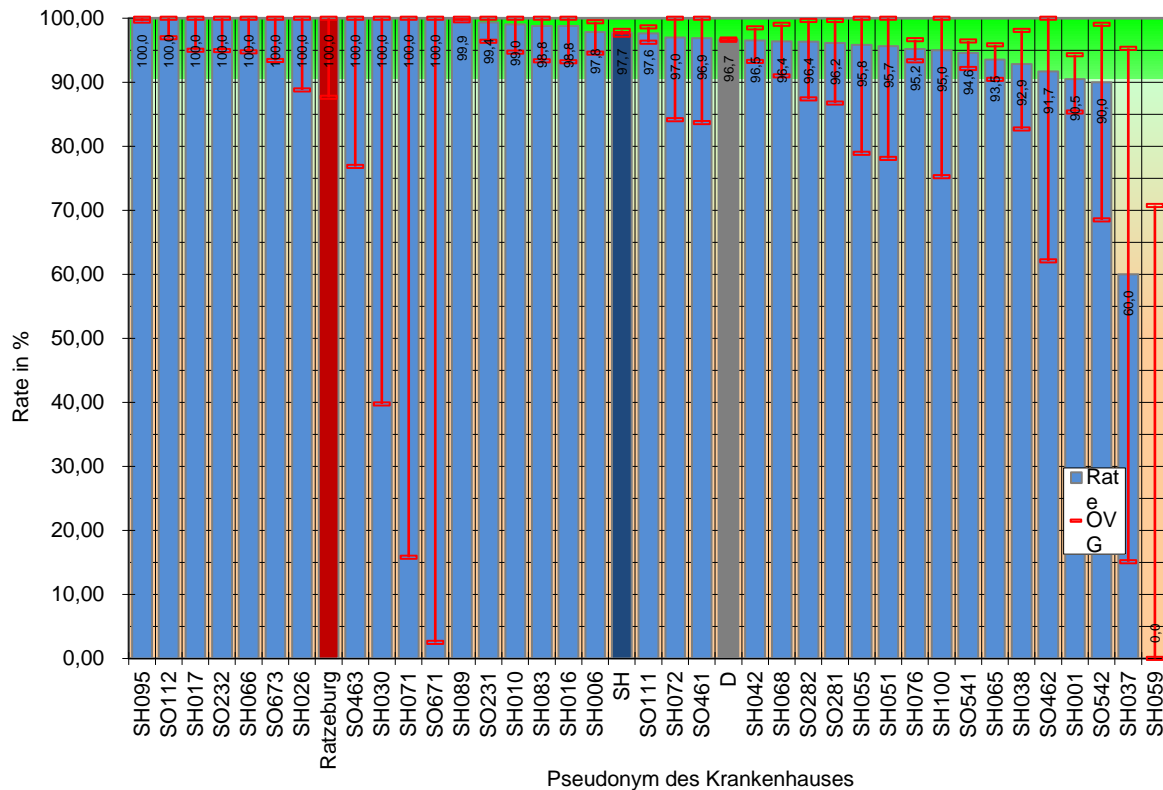


Abbildung 2.6: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg auf Rang 8 und gehört damit zu den 12 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das Qualitätsziel für dieses Qualitätsmerkmal zu 100% erfüllen. Insgesamt liegen von 35 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs. Lediglich bei 2 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Für zehn Krankenhäuser Schleswig-Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihrer Ergebnisse im Vergleich zu dem Bestergebnis.

Qualitätsmerkmal „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“	
Zähler:	Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose] und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4).
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien.
Referenzbereich:	2017: >= 90%
Indikatortyp:	Prozessindikator

2.1.5.2.2 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Wie schon beim Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ zählt auch das Ergebnis des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im Verfahrensjahr 2017 zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.7).

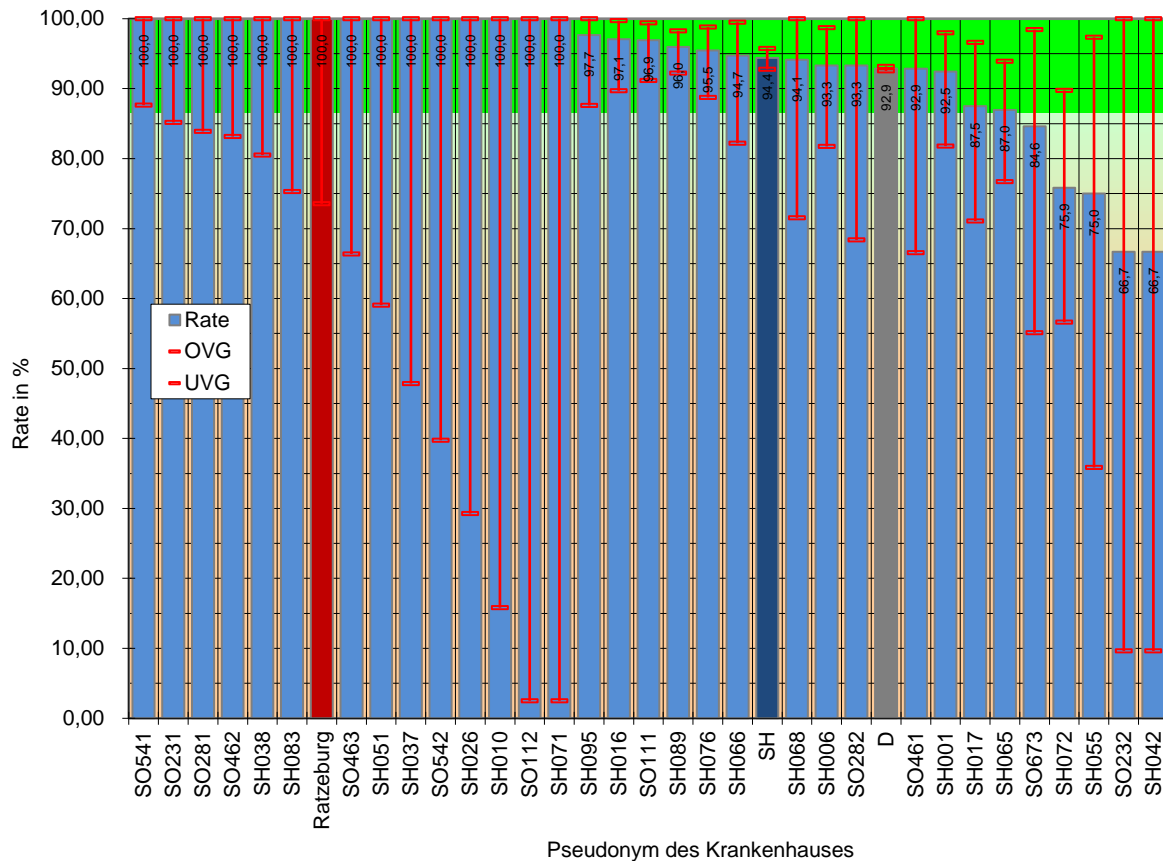


Abbildung 2.7: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg hier sogar auf Rang 7 und gehört damit zu den 15 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Insgesamt liegen hier von 28 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs. Bei fünf Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihrer Ergebnisse im Vergleich zu dem Bestergebnis ergeben sich hier für kein Krankenhaus.

Qualitätsmerkmal „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Zähler: Eingriffe bei Patienten mit:
Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Knochendefekt Pfanne ODER Knochendefekt des Femurs ODER Osteolyse der Pfanne ODER Osteolyse des Femurs ODER isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantatabrieb/-verschleiß) ODER isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel und (eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert (T81.8)) ODER mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens eines der folgenden klinischen/ röntgenologischen Kriterien: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafths, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis), Periartikuläre Ossifikation ODER erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium

Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Hüftendoprothesen-Wechsel bei Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4).

Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)

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

2.1.5.2.3 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“

Analog zum Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ im Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung zählt das Ergebnis des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“ erneut zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.8).

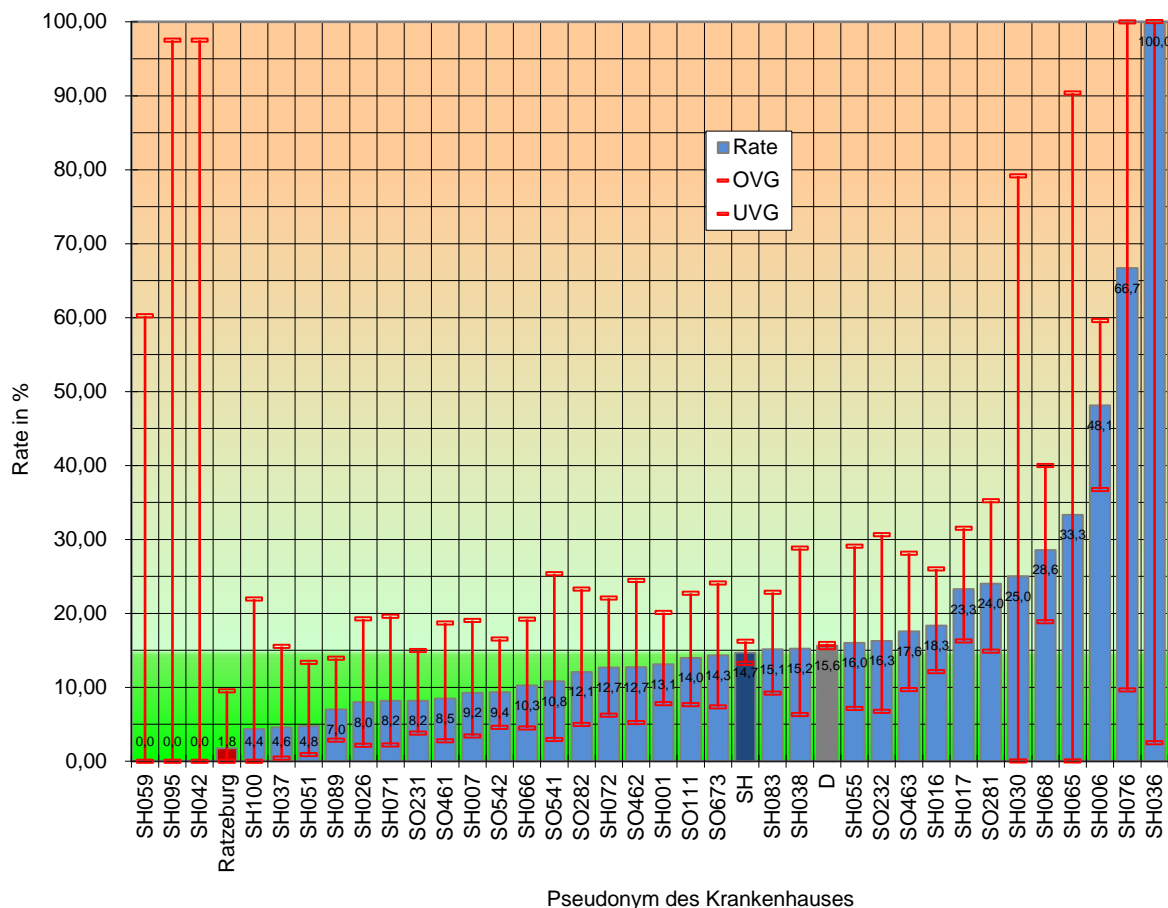


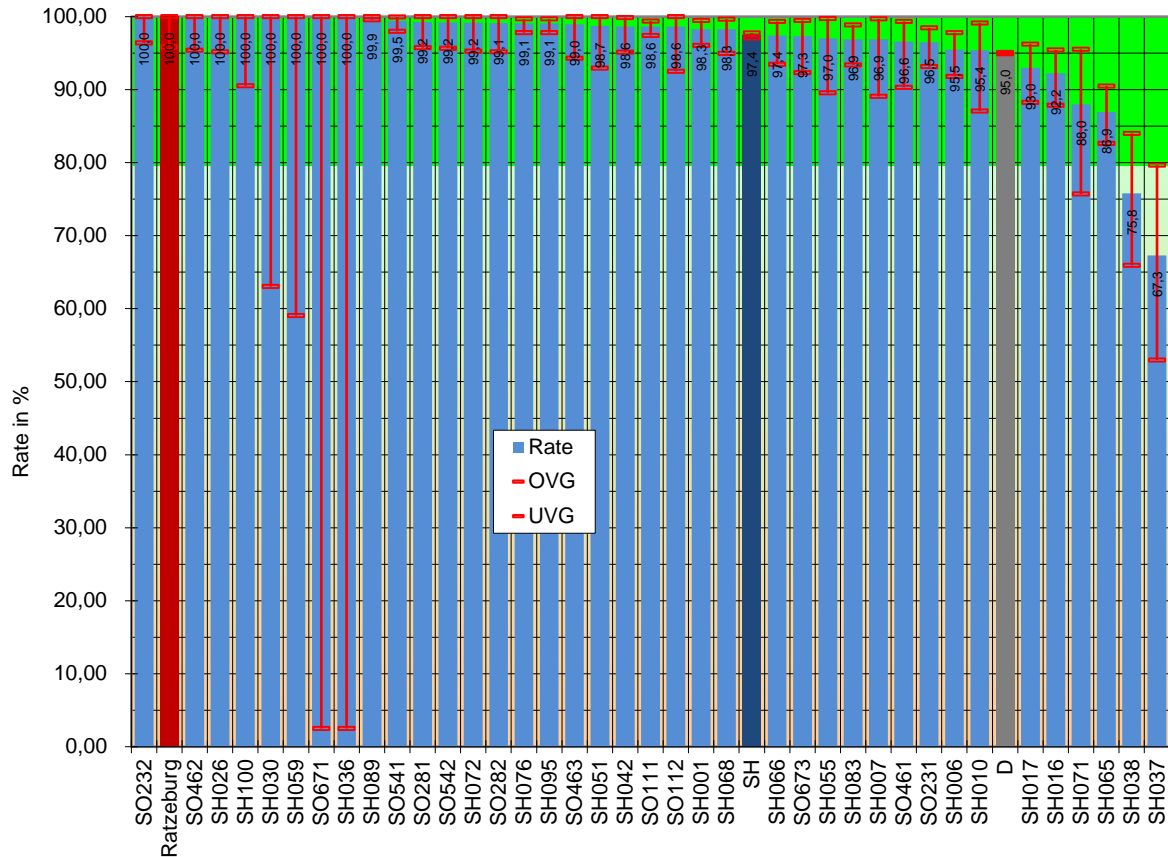
Abbildung 2.8: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 1,8% auf Rang 4 und gehört damit zu den 22 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen. Bei 14 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Für drei Krankenhäuser Schleswig-Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihres Ergebnisses zum Referenzbereich.

Qualitätsmerkmal „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“	
Zähler:	Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Eingriffe bei Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. 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*).
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer.
Referenzbereich:	2017: <= 15%
Indikatorart:	Prozessindikator

2.1.5.2.4 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Sturzprophylaxe“

Wie schon beim Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung zählt das Ergebnis des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ auch hier zu den erneut eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.9).



Pseudonym des Krankenhauses

Abbildung 2.9: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg auf Rang 2 und gehört damit zu den 9 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Bei 37 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereiches. Lediglich bei zwei Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen, wobei für ein Krankenhaus diese Abweichung sogar mit einem Hinweis auf statistische Signifikanz verbunden ist.

Qualitätsmerkmal „Sturzprophylaxe“	
Zähler:	Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.
Referenzbereich:	2017: >= 80%
Indikatortyp:	Prozessindikator

2.1.5.2.5 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

In Analogie zum Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung ist auch beim Modul Hüftendoprothesenversorgung der Aspekt „Komplikation“ kein Thema, das im Verfahrensjahr 2017 beim DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg Handlungsbedarf auslöst. So zählt das Ergebnis bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ auch hier wieder zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.10).

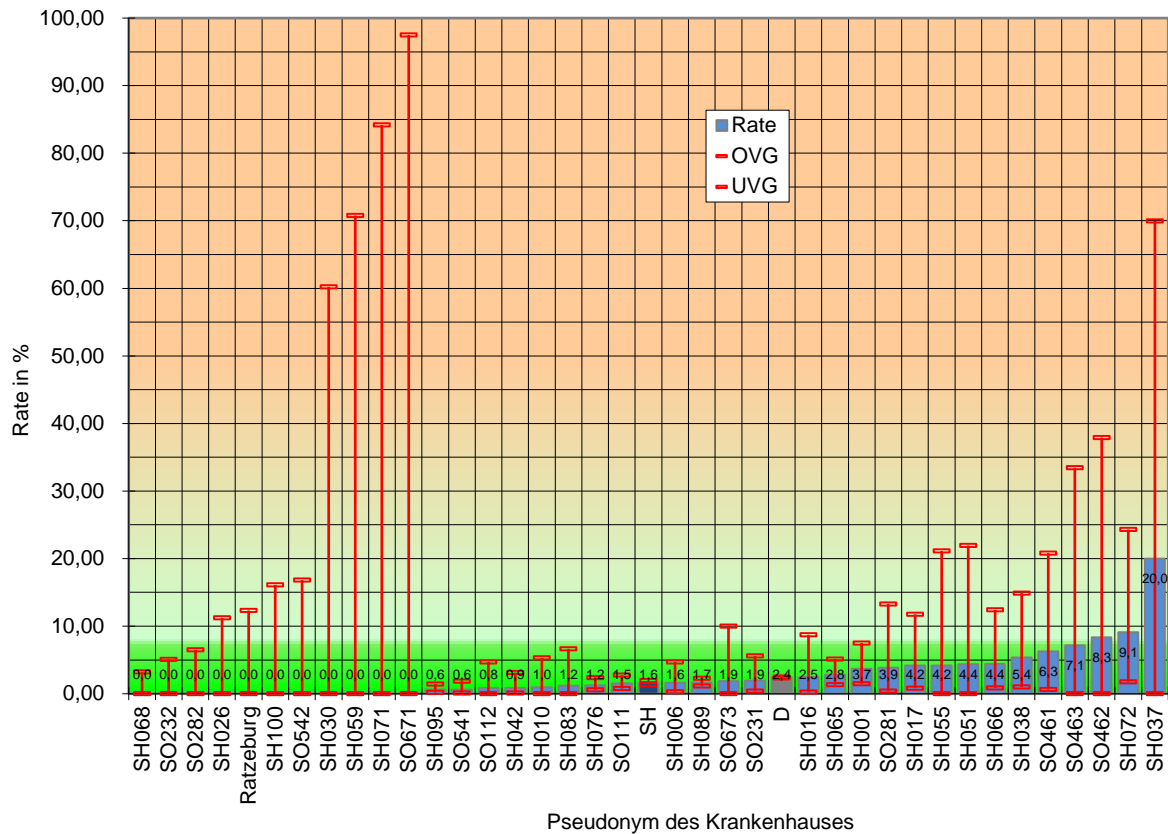


Abbildung 2.10: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 0,0% auf Rang 5 und gehört damit zu den 11 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Bei 34 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs. Lediglich bei drei Krankenhäuser liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen.

Qualitätsmerkmal „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“	
Zähler:	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patienten ab 18 Jahren
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen.
Referenzbereich:	2017: <= 7,42% (= 95%-Perzentil)
Indikatorotyp:	Prozessindikator

Entgegen den Ergebnissen beim Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung nimmt das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 im Modul Hüftendoprothesenversorgung sehr oft vordere Ränge ein. Nur einmal nimmt das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 im Krankenhausvergleich eine hintere

Platzierung (Rang 25) ein und zwar für den Qualitätsindikator „Allgemeine postoperative Komplikationen – Reimplantation“. Gleichwohl ist auch dieses Ergebnis als unauffällig zu bewerten.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitung der Ergebnisse der 14 Qualitätsindikatoren bzgl. der Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP) ist dem **Anhang 2** im **Gesamtbericht** zu entnehmen.



2.2 Qualitätsbeurteilung auf der Grundlage der Qualitätsindikatoren für die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

2.2.1 Einleitung

Im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum werden die Ergebnisse von insgesamt 54 Qualitätsindikatoren betrachtet. Zu zahlreichen Qualitätsindikatoren werden dabei zwei Kennzahlen ermittelt, die sich aufgrund unterschiedlicher Messzeitpunkte ergeben. Insgesamt kommen so 92 Kennzahlen zum Tragen.

Alle Kennzahlen werden dabei als Rate ermittelt. Sofern dabei die Zielausrichtung 100% beträgt, ist diese auch als SOLL-Anforderung definiert. Die meisten Kennzahlen sind jedoch nach der Zielrichtung 0% mit dann - sofern definiert - individuellen SOLL-Werten ausgelegt.

2.2.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Hüfte

Für den Bereich Hüfte kommen insgesamt 30 Qualitätsindikatoren (QI) mit 52 Kennzahlen zum Tragen (siehe Tabelle 3.1).

Tabelle 2.1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Hüfte im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

Nr.	QI Hüfte	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
1a	Röntgen Hüfte	Röntgen Hüfte - präoperativ
1b	Röntgen Hüfte	Röntgen Hüfte - postoperativ
2	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Primärendoprothetik)	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Primärendoprothetik)
3	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Wechseleingriff)	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Wechseleingriff)
4	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)
5	OP-Zeit (Primärendoprothetik) < 40 Min oder > 100 Min	OP-Zeit (Primärendoprothetik) < 40 Min oder > 100 Min
6	OP-Zeit (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) < 40 Min oder > 100 Min	OP-Zeit (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) < 40 Min oder > 100 Min
7a	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik)	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
7b	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik)	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
8a	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff)	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
8b	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff)	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
9a	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
9b	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
10a	Patienten mit Hüftluxation (Primärendoprothetik)	Patienten mit Hüftluxation (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
10b	Patienten mit Hüftluxation (Primärendoprothetik)	Patienten mit Hüftluxation (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
11a	Patienten mit Hüftluxation (Wechseleingriff)	Patienten mit Hüftluxation (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
11b	Patienten mit Hüftluxation (Wechseleingriff)	Patienten mit Hüftluxation (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
12a	Patienten mit Hüftluxation (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Patienten mit Hüftluxation (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
12b	Patienten mit Hüftluxation (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Patienten mit Hüftluxation (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP

Nr.	QI Hüfte	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
13	Pfanneninklination im Röntgenbild (Primärendoprothetik)	Pfanneninklination im Röntgenbild (Primärendoprothetik)
14	Pfanneninklination im Röntgenbild (Eingriffe mit Wechsel der Pfannenkomponente)	Pfanneninklination im Röntgenbild (Eingriffe mit Wechsel der Pfannenkomponente)
15	Pfanneninklination im Röntgenbild (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Pfanneninklination im Röntgenbild (Frakturendoprothetik i.e.S.)
16a	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Primärendoprothetik)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
16b	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Primärendoprothetik)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
17a	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Wechseleingriff)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
17b	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Wechseleingriff)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
18a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
18b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
19a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
19b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
20a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Frakturendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
20b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Frakturendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
21a	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - stationärer Aufenthalt
21b	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - 90 Tage nach Index-OP
22a	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - stationärer Aufenthalt
22b	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - 90 Tage nach Index-OP
23a	Sterblichkeit (Primärendoprothetik)	Sterblichkeit (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
23b	Sterblichkeit (Primärendoprothetik)	Sterblichkeit (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
24a	Sterblichkeit (Wechseleingriff)	Sterblichkeit (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
24b	Sterblichkeit (Wechseleingriff)	Sterblichkeit (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP

Nr.	QI Hüfte	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
25a	Sterblichkeit (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Sterblichkeit (Frakturendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
25b	Sterblichkeit (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Sterblichkeit (Frakturendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
26a	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik)	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
26b	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik)	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
27a	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff)	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
27b	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff)	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
28a	Neurologische Komplikationen (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Neurologische Komplikationen (Frakturendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
28b	Neurologische Komplikationen (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Neurologische Komplikationen (Frakturendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
29a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
29b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op
30a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
30b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op

Das EPZ Ratzeburg kommt - mit zwei Ausnahmen - allen Anforderungen an die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen nach (siehe exemplarisch Abbildung 3.11 bis Abbildung 3.13).

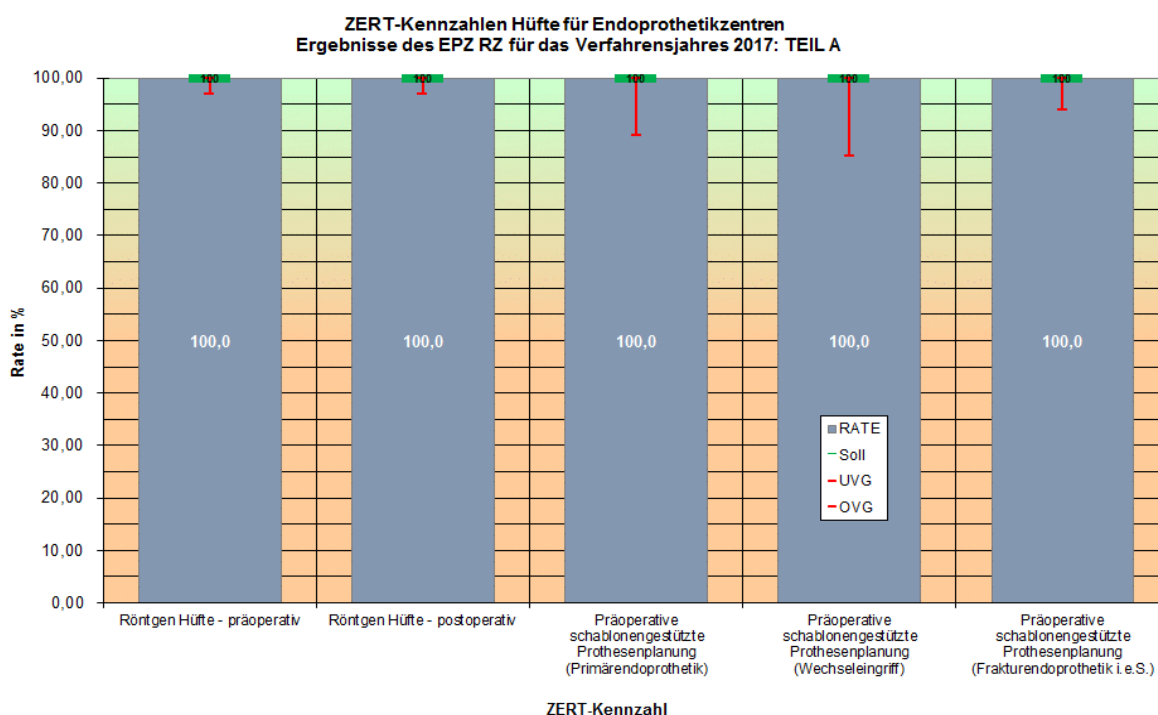
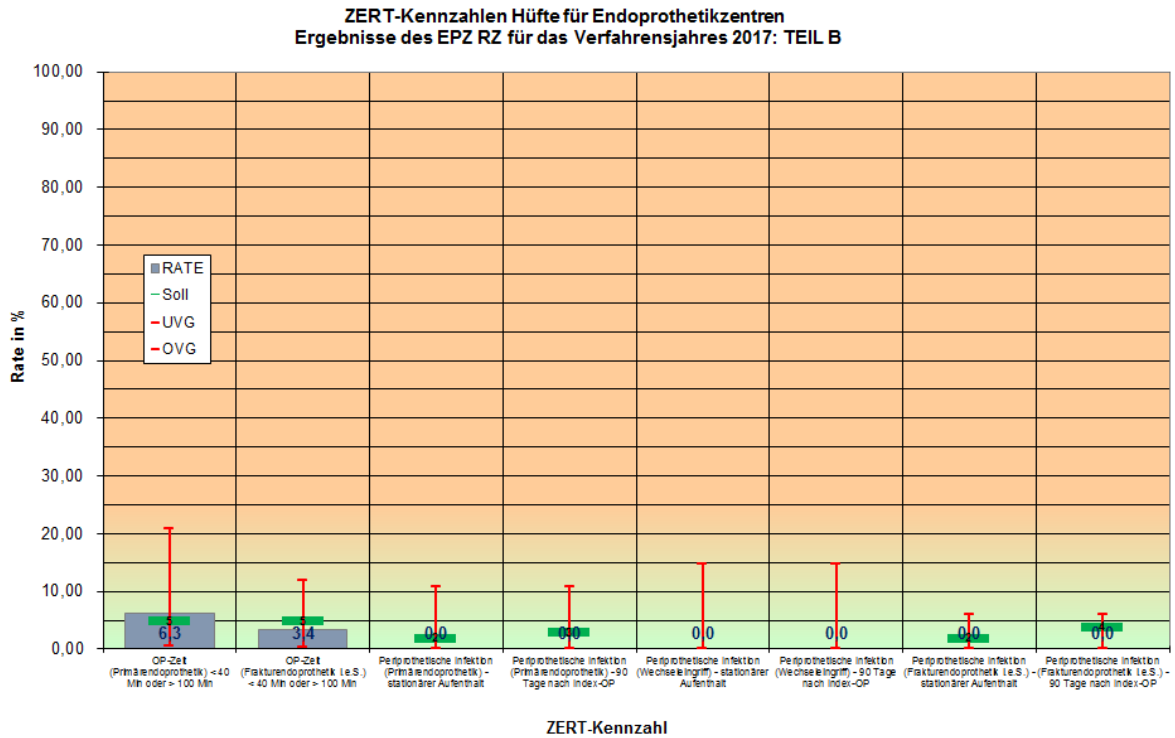
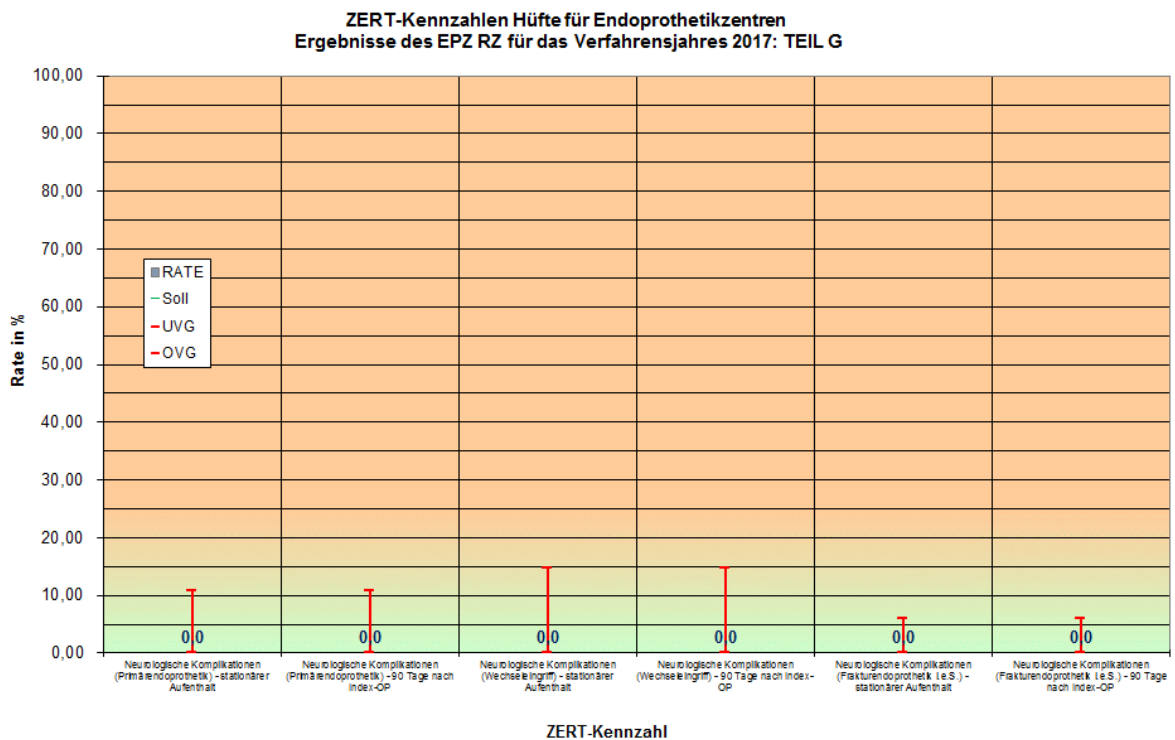


Abbildung 2.11: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A



**Abbildung 2.12: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B**



**Abbildung 2.13: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL G**

Die eine Ausnahme betrifft die Anforderung an die OP-Zeit im Rahmen der Primärendoprothetik“. Diese besagt, dass weniger als 5% der Patienten eine Operationsdauer von weniger als 40 Minuten bzw. mehr als 100 Minuten aufweisen. Der Wert für das EPZ Ratzeburg liegt hier bei 6,25% (siehe Abbildung 3.12).

Die andere Ausnahme zielt auf den Qualitätsindikator „Pfanneninklination im Röntgenbild“ im Rahmen der Primärendoprothetik ab. Die Anforderung für diese Kennzahl besagt, dass für weniger als 5% der Patienten postoperativ eine Inklination von über 50° vorliegt. Der Wert für das EPZ Ratzeburg beträgt 9,4%.

In beiden Fällen liegen adäquate Begründungen vor.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitungen der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Hüfte ist dem **Anhang 3** im **Gesamtbericht** zu entnehmen.



2.2.3 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Knie

Für den Bereich Knie kommen insgesamt 24 Qualitätsindikatoren (QI) mit 40 Kennzahlen zum Tragen (siehe Tabelle 3.2).

Tabelle 2.2: *Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Knie im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum*

Nr.	QI Knie	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
1a	Röntgen Knie	Röntgen Knie - präoperativ
1b	Röntgen Knie	Röntgen Knie - postoperativ
2	Ganzbeinstandaufnahme oder Navigation	Ganzbeinstandaufnahme oder Navigation
3	Achsbestimmung	Achsbestimmung
4	Präoperative Prothesenplanung (Primärendoprothetik)	Präoperative Prothesenplanung (Primärendoprothetik)
5	Präoperative Prothesenplanung (Wechseleingriff)	Präoperative Prothesenplanung (Wechseleingriff)
6	Präoperative Prothesenplanung (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Präoperative Prothesenplanung (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)
7	OP-Zeit (Primärendoprothetik) < 40 Min oder > 120 Min	OP-Zeit (Primärendoprothetik) < 40 Min oder > 120 Min
8a	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik)	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
8b	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik)	Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
9a	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff)	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
9b	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff)	Periprothetische Infektion (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
10a	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
10b	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.)	Periprothetische Infektion (Fraktüreendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
11	Tragachsenwinkel (Primärendoprothetik)	Tragachsenwinkel (Primärendoprothetik)
12	Tragachsenwinkel (Wechseleingriff)	Tragachsenwinkel (Wechseleingriff)
13a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
13b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP

Nr.	QI Knie	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
14a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
14b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
15a	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - stationärer Aufenthalt
15b	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - 90 Tage nach Index-OP
16a	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - stationärer Aufenthalt
16b	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - 90 Tage nach Index-OP
17a	Sterblichkeit (Primärendoprothetik)	Sterblichkeit (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
17b	Sterblichkeit (Primärendoprothetik)	Sterblichkeit (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
18a	Sterblichkeit (Wechseleingriff)	Sterblichkeit (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
18b	Sterblichkeit (Wechseleingriff)	Sterblichkeit (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
19a	Sterblichkeit (Frakturoendoprothetik i.e.S.)	Sterblichkeit (Frakturoendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
19b	Sterblichkeit (Frakturoendoprothetik i.e.S.)	Sterblichkeit (Frakturoendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
20a	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik)	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik) - stationärer Aufenthalt
20b	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik)	Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik) - 90 Tage nach Index-OP
21a	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff)	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff) - stationärer Aufenthalt
21b	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff)	Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff) - 90 Tage nach Index-OP
22a	Neurologische Komplikationen (Frakturoendoprothetik i.e.S.)	Neurologische Komplikationen (Frakturoendoprothetik i.e.S.) - stationärer Aufenthalt
22b	Neurologische Komplikationen (Frakturoendoprothetik i.e.S.)	Neurologische Komplikationen (Frakturoendoprothetik i.e.S.) - 90 Tage nach Index-OP
23a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
23b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op
24a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
24b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op

Das EPZ Ratzeburg kommt auch hier - wiederum mit zwei Ausnahmen - allen Anforderungen an die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen nach (siehe exemplarisch Abbildung 3.14 bis Abbildung 3.16).

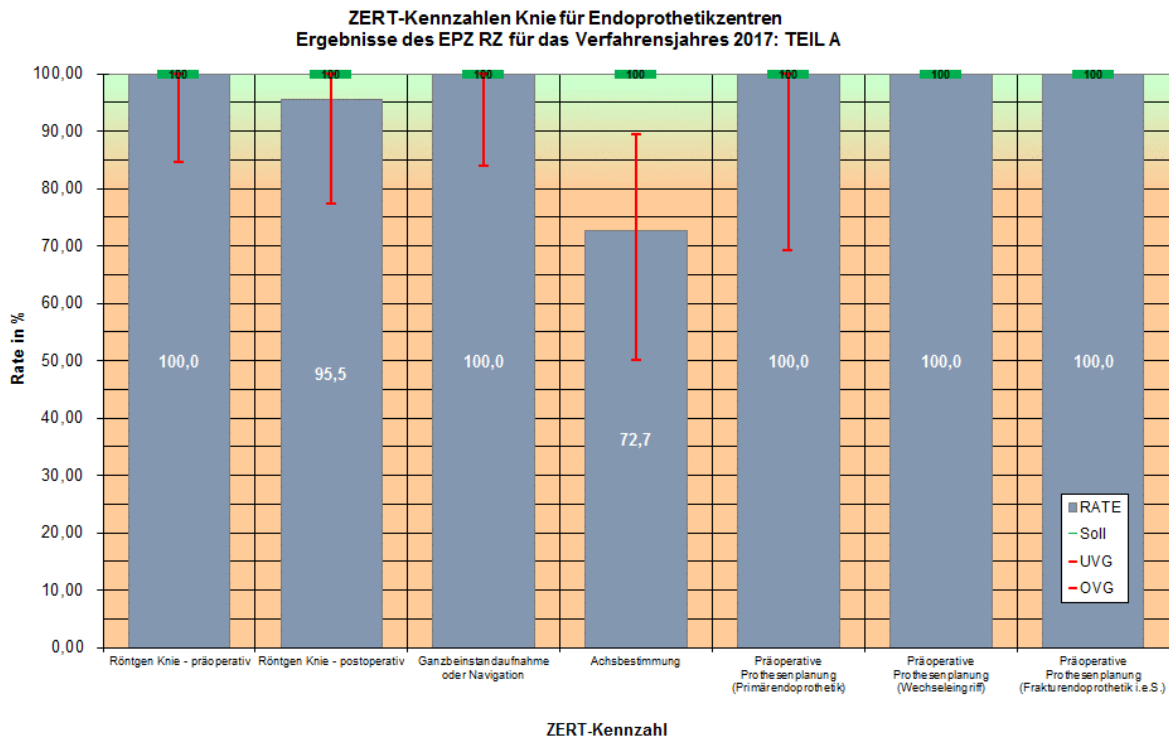


Abbildung 2.14: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A

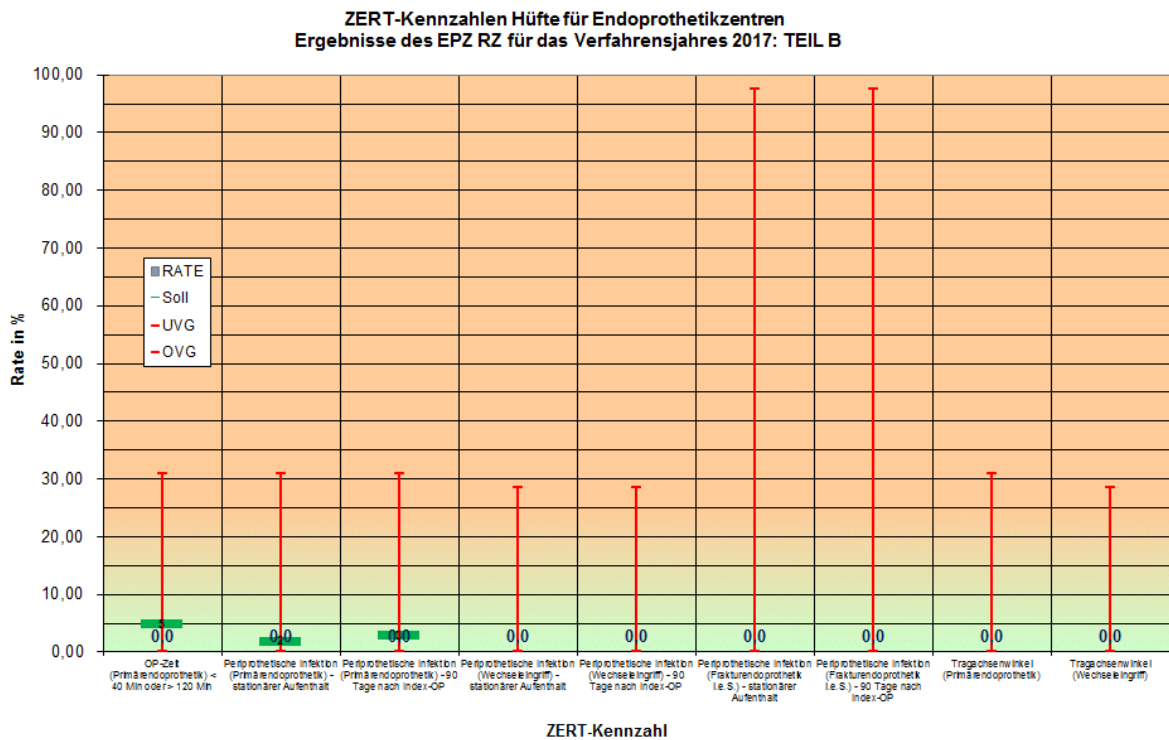
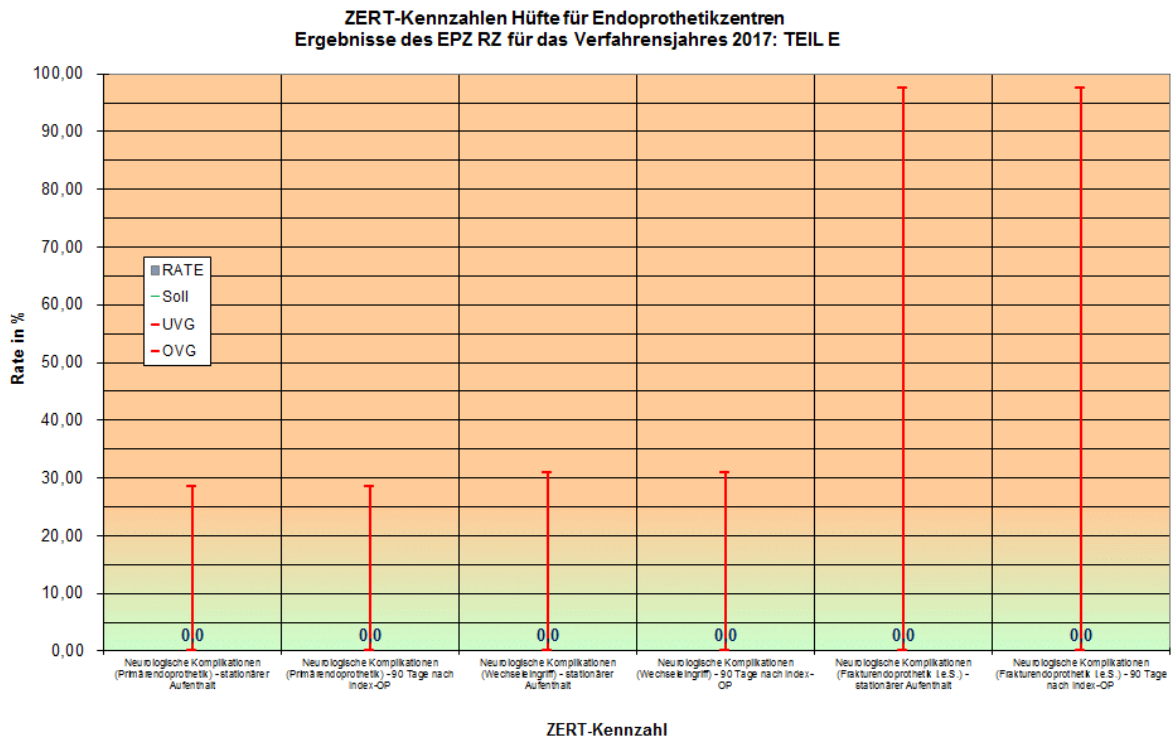


Abbildung 2.15: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B



**Abbildung 2.16: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL E**

Die Ausnahmen betreffen hier zum einen den Qualitätsindikator „Röntgen Knie“ zum Messzeitpunkt „postoperativ“ und zum anderen den Qualitätsindikator „Achsbestimmung“.

Auch hier liegen in beiden Fällen adäquate Begründungen vor.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitungen der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Knie ist dem **Anhang 4** im **Gesamtbericht** zu entnehmen.

