BLICKPUNKT KLINIK

KRANKENHAUS-NEWSLETTER
DES AOK-BUNDESVERBANDES

AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

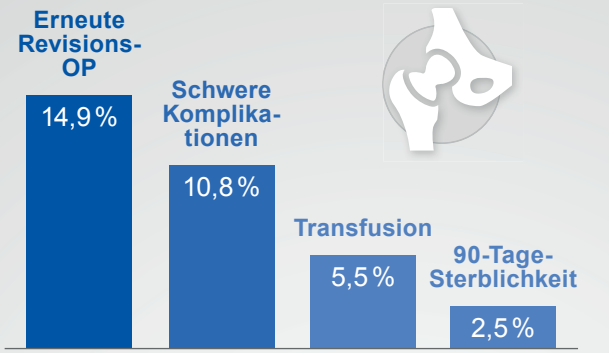
AUGUST 2018

Qualitätssicherung

Neue Leistungsbereiche bei QSR

Ein künstliches Hüftgelenk kann 25 Jahre lang seinen Dienst verrichten. Immer mehr Patienten erhalten heute jedoch in relativ jungen Jahren Gelenkprothesen, so nimmt auch die Zahl der komplizierten Wechseloperationen zu. Im Qualitätssicherungsverfahren QSR („Qualitätssicherung mit Routinedaten“) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) werden deshalb neuerdings die Behandlungsergebnisse zum Austausch des künstlichen Hüftgelenks erhoben.

Häufig unerwünschte Ereignisse bei der Revision von Hüftprothesen



Bei der vollständigen Wechseloperation ohne Infektion oder Fraktur musste die neue Hüftprothese in knapp 15 Prozent aller Fälle binnen eines Jahres wieder ausgetauscht werden.

Quelle: WIdO, Grafik: AOK-Bundesverband

Illustration: iStockphoto

Neu hinzu kommen außerdem die Ergebnisse der Operation des Leistenbruchs. Mit diesen beiden weiteren Bereichen decken die QSR-Klinikberichte nun insgesamt 20 Leistungsbereiche ab.

Beide Eingriffe zählen zu den häufigsten Operationen in ihrem Fachbgebiet. Etwas mehr als 18.000 AOK-Patienten unterzogen sich von 2013 bis 2015 einer vollständigen (einzeitigen) Wechseloperation der Hüftprothese, bei der keine Gelenkentzündung vorlag. Das entspricht etwa der bundesweiten Anzahl entsprechender Eingriffe eines Jahres. In den meisten Fällen musste das künstliche Gelenk aufgrund von Ermüdungserscheinungen ausgetauscht werden. Gegenüber der Erstimplantation ist der Prothesenwechsel die schwierigere Operation, weil sich die neue Prothese häufig nicht gut verankern lässt. So treten bei dem Eingriff deutlich mehr Komplikationen auf als bei der Erstimplantation. Die QSR-Daten zeigen, dass die OP insbesondere bei Knochendefekten im Gelenkbereich erneute Revisionen nach sich zieht. Aufgrund des hohen Alters der Patienten, die meist unter Begleiterkrankungen leiden, treten außerdem verstärkt Herzinfarkte, Schlaganfälle oder andere schwere Komplikationen auf. Ein besonders hohes Risiko für weitere Wechseloperationen tragen stark übergewichtige Patienten.

Wenn ab Herbst 2018 die beiden neuen Leistungsbereiche in die QSR-Klinikberichte einfließen, verfügen Krankenhäuser erstmals über Daten zum langfristigen Krankheitsverlauf von bis zu einem Jahr nach der Operation. Ihre individuellen Ergebnisse können Kliniken bei ihrer zuständigen AOK anfordern. Ab 2020 werden die Ergebnisse auch im AOK-Krankenhausnavigator veröffentlicht.

INHALT

Hintergrund und Presse ..... Seite 2
>> „Ein sehr objektives Instrument“ – Interview mit Prof. Dr. Josef Zacher, Helios Kliniken

Markt und Meinung ..... Seite 3
>> BMF will Kliniken anders finanzieren
>> Bundesländer zahlen noch immer zu wenig
>> 15 Millionen Euro für universitäre Krebszentren

Versorgung und Service ..... Seite 4
>> BSG regelt Fahrtzeiten bei der Versorgung von Schlaganfallpatienten neu
>> Personalmangel in Perinatalzentren
>> Aufwärtstrend bei Organspenden

Hintergrund ..... Seite 5
>> QSR: Wie das Vefahren funktioniert

Zahlen – Daten – Fakten ..... Seite 6
>> Wenig Routine beim Hüftprothesenwechsel

„Eine offene Fehlerkultur braucht Kritikfähigkeit, Selbstbewusstsein und Mut.“

Dr. Francesco De Meo, CEO von Helios Health und Vorstandspräsident der Initiative Qualitätsmedizin

Interview

„Ein sehr objektives Instrument“

Prof. Dr. Josef Zacher ist Medizinischer Beirat der Helios Kliniken und ehemaliger Ärztlicher Direktor des Helios Klinikums Berlin-Buch. Bei der Entwicklung des QSR-Verfahrens war er von Anfang an dabei.

Sie kommen selbst aus der Orthopädie: Was wussten Ärzte vor 15 Jahren über Behandlungsqualität?

Wir wussten, welche Komplikationen bei uns im Haus auftreten und ob der Patient wiederkam. Das war’s. Einzelne Kollegen haben sporadisch Studien durchgeführt, doch am Ende gab es keine belastbaren Ergebnisse. Helios hat schon immer die eigenen Routinedaten ausgewertet. Das zeigt aber nur das Geschehen in den eigenen Häusern. Und die externe Qualitätssicherung auf Basis erhobener Daten hatte wenig mit der Wirklichkeit zu tun. Deshalb haben die Helios Kliniken und der AOK-Bundesverband gemeinsam mit dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt überlegt, wie wir aussagekräftige Daten zusammenführen und auswerten können.

Was erfahren Sie aus den QSR-Klinikberichten und wie nutzen Sie diese Informationen?

Die Kliniken erhalten Informationen darüber, wo sie mit ihrer Leistung im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt stehen. Wir können auch unsere Häuser untereinander vergleichen. Das ist in dieser Form nur mit QSR-Daten möglich. Das Verfahren verhindert außerdem, dass Probleme mit dem Patienten in andere Kliniken „verlegt“ werden können, denn in den QSR-Ergebnissen schlägt sich das trotzdem nieder. Das ist zwar nur ein statistisches, aber ein sehr objektives Instrument.

Prof. Dr. Josef Zacher

Indikatoren geben ja zunächst nur Hinweise. Wie gehen Sie bei Helios vor, wenn Sie ein Problem entdecken?

Wir brauchen keine Beweise. Wo wir auffällige Zahlen sehen, schauen wir uns die Strukturen und Prozesse an, das ist eine Frage der Kultur. Wir sprechen Qualitätsthemen grundsätzlich sehr offen an: Jeder Chefarzt kennt seine Ergebnisse, interne Auswertungen gibt es monatlich. Die Ärzte tauschen sich in sogenannten Fachgruppen regelmäßig dazu aus, und bei numerischen Problemen gibt es ein internes Peer-Review-Verfahren, bei dem bestimmte Fälle durch Kollegen aus anderen Häusern geprüft werden.

Halten Sie die Veröffentlichung von klinikbezogenen Qualitätsinformationen für notwendig?

Unbedingt. Denn nur, wenn die Daten öffentlich sind, erzeugen sie auch einen gewissen Druck auf die einzelnen Häuser. Qualitätssicherung funktioniert nur, wenn man sich kontinuierlich damit beschäftigt. Die Veröffentlichung der Daten soll dabei keine Strafe sein, sondern Motivation.

Wo hat das Verfahren noch Entwicklungspotenzial?

QSR-Daten sind aggregierte Daten. Ich weiß also, dass ich eine Komplikationsrate von acht Prozent habe, aber ich kenne die Patienten nicht, ich weiß also nicht, was zu der Komplikation geführt hat. Es wäre gut zu wissen, welche Fälle dahinter stehen. Das ist bei QSR natürlich sehr kompliziert, weil wir die Daten ja schon anonymisiert liefern und auch der Datenschutz dem entgegensteht. Wünschenswert wäre es trotzdem.

PRESSEECHO

Esslinger Kreiskliniken mit neun Millionen Euro Gewinn

Der Klinikverbund der kreiseigenen Medius-Kliniken hat im Jahr 2017 einen Überschuss erwirtschaftet. Unterm Strich konnten die Kliniken an den Standorten Kirchheim, Nürtingen und Ostfildern-Ruit ein Plus von neun Millionen Euro verbuchen. In allen drei Häusern wurden im vergangenen Jahr 45.000 Patienten behandelt, das ist gegenüber 2012 ein Anstieg von 17 Prozent.

Stuttgarter Zeitung, 22.Juli 2018

Elbe-Elster-Kliniken im Plus

Der kommunale Klinikverbund Elbe-Elster hat das Jahr 2017 mit einem Überschuss von 1,21 Millionen Euro abgeschlossen. Der Umsatz in den drei Geschäftsfeldern Klinikum, Medizinisches Versorgungszentrum und Klinikservice ist gegenüber 2016 um 2,3 Prozent auf 78,2 Millionen Euro gestiegen.

Lausitzer Rundschau, 10. Juli 2018

Uniklinik Freiburg macht zwei Millionen Euro Überschuss

Das Freiburger Universitätsklinikum hat sein Ergebnis im Jahr 2017 deutlich verbessert und etwa zwei Millionen Euro Gewinn gemacht. Gestiegen sind sowohl die Zahl der stationär behandelten Patienten – gegenüber 2016 um 1.000 auf 70.000 – als auch der Umfang der ambulanten Versorgung: Mit rund 837.000 Besuchen sei ein neuer Höchstwert erreicht worden.

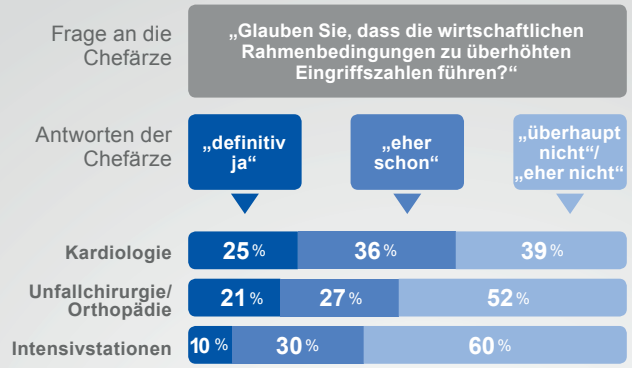
Badische Zeitung, 2. Juli 2018

Krankenhausfinanzierung

Das BMF fordert Reformen

Seit Einführung des DRG-Systems steigen die Fallzahlen an deutschen Kliniken in einem medizinisch nicht erklärbaren Ausmaß. Dieser Entwicklung sollen neue Zuständigkeiten in der Krankenhausfinanzierung und die Einführung von Wahltarifen in der Krankenversicherung entgegenwirken. Das schlägt der Wissenschaftliche Beirat des Bundesfinanzministeriums (BMF) in seinem Bericht „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern“ vor. Die Autoren kritisieren die stationären Überkapazitäten bei gleichzeitig schlechter Ausstattung vieler Häuser. Zudem seien 52 Prozent der Kliniken zu klein, um wirtschaftlich betrieben werden zu können. Bisherige Initiativen zum Abbau von Überkapazitäten haben dem Bericht zufolge ihre Ziele verfehlt.

Ökonomische Anreize führen in den Kliniken zu überhöhten Fallzahlen



Mehr als 60 Prozent der Chefärzte in kardiologischen Abteilungen bestätigten auf Anfrage, dass wirtschaftliche Anreize in ihrem Haus zu Mengensteigerungen führen.

Quelle: Bundesfinanzministerium, Grafik: AOK-Bundesverband

Investitionsfinanzierung

Länder zahlen weiterhin zu wenig

Die deutschen Bundesländer haben im Jahr 2017 zusammen nur rund 2,8 Milliarden Euro als Investitionsförderung an ihre Kliniken gezahlt. Der Bedarf an Investitionsmitteln liegt jedoch bei mindestens sechs Milliarden Euro. Das geht aus der aktuellen Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hervor. Damit besteht die Investitionslücke in der Krankenhausfinanzierung weiterhin fort. Im Bundesdurchschnitt liegt die Investitionsquote bei 3,2 Prozent. Doch die regionalen Unterschiede sind erheblich: So lag Baden-Württemberg zuletzt (2016) mit 9.607,02 Euro pro Bett an der Spitze. Das Schlusslicht bildete Sachsen-Anhalt mit 3.184,99 Euro pro Bett.

>> *www.aok-gesundheitspartner.de*

Förderprogramm

Fünf Krebszentren erhalten weiterhin je drei Millionen Euro

Die Universitätskliniken in Dresden, Heidelberg, München, Ulm und Würzburg werden weiterhin durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. Wie die Prüfung durch eine internationale Gutachterkommission ergeben hat, erhält jedes der genannten Krebszentren ab 2019 insgesamt drei Millionen Euro für die kommenden vier Jahre. Bei den übrigen onkologischen Netzwerken in Berlin, Essen, Frankfurt (Main), Freiburg, Hamburg, Köln/Bonn, Mainz und Tübingen-Stuttgart steht die Prüfung in zwei Jahren wieder an. Die Deutsche Krebshilfe fördert onkologische Zentren, wenn sie bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, etwa eine Anlaufstelle für Patienten besitzen, Tumorkonferenzen abhalten und leitliniengerecht behandeln. Seit 2007 hat die Spendenorganisation 105 Millionen Euro in das Förderprogramm investiert.

KOMMENTAR

Von Wolf-Dietrich Trenner,
Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss

Ich engagiere mich im QSR-Beirat, weil ...

... ich Qualitätssicherung in der Medizin für unbedingt notwendig halte, wenn man Qualität für die einzelnen Patienten und Wirtschaftlichkeit für alle Versicherten unter einen Hut bringen will. Als Patientenvertreter habe ich mich zunächst in Fachgruppen der externen stationären Qualitätssicherung eingesetzt. Die erfahrenen ärztlichen Mitglieder haben mir in einem Intensivkurs beigebracht, wie man Qualität erkennen, messen und dann auch darstellen kann. Die im Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeiteten Verfahren lassen schnell erkennen, wie sich die Vergütung von Krankenhausleistungen auf das Geschehen in den Kliniken auswirkt. Verfahren, die auf eigens erhobenen Indikatoren beruhen, haben mehrere Nachteile: Sie erhöhen den Dokumentationsaufwand, während Ärztinnen und Ärzte sich eigentlich um Patienten kümmern sollten. Zudem sind sie anfällig für Fehldokumentation, und die generelle Fehlerquote steigt.
Im QSR-Beirat spreche ich mit anerkannten Wissenschaftlern aus dem Gesundheitswesen zu einem frühen Zeitpunkt darüber, was Qualität in der Medizin ist und wie man sie mit geringstmöglichem Aufwand fördern kann. Mein Engagement bietet mir die Chance, an einem Verfahren mitzuwirken, das Qualität und Transparenz in der medizinischen Versorgung nachhaltig, effektiv und verlässlich fördert.

Neurologische Komplexbehandlung

BSG regelt Fahrtzeiten neu

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die bisher geltende Festlegung der maximalen Transportzeit von Patienten einer Schlaganfalleinheit in eine neurochirurgische Abteilung neu definiert. Der Zugang zu entsprechenden Notfalleingriffen muss inklusive der Alarmierungs- und Rüstzeiten des Transportfahrzeugs innerhalb von 30 Minuten erfolgen. Die in den Mindestanforderungen des OPS zur neurologischen Komplexbehandlung (OPS 8-981 und 8-98b) zugelassene halbe Stunde beginnt demnach zum Zeitpunkt der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und endet mit der Übergabe des Patienten an die kooperierenden Klinik (AZ: B 1 KR 38/17 R und 39/17 R). Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat bisher die reine Fahrtzeit als ausschlaggebend betrachtet.

>> *www.aok-gesundheitspartner.de*

Perinatalzentren

Intensivstationen unterbesetzt

Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat das Ergebnis der Strukturabfrage zur Ausstattung der deutschen Geburtskliniken veröffentlicht. Demnach wurden die Anforderungen an die pflegerische Versorgung intensivtherapiepflichtiger Frühchen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm 2017 von den Perinatalzentren mehrheitlich verfehlt. 63,6 Prozent der Kliniken gaben an, dass der geforderte Personalschlüssel von 1:1 nicht realisiert worden sei. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb eine Übergangsregelung getroffen, nach der die Kliniken unter bestimmten Umständen bis Ende 2019 von den Vorgaben abweichen dürfen. Häuser, die von der Regelung Gebrauch machen, sind im Bericht des IQTIG markiert.

>> *www.perinatalzentren.org*

Organspende

Leichter Aufwärtstrend bei Entnahme und Transplantation

Deutsche Transplantationszentren haben von Januar bis Juli dieses Jahres 484 Spendern Organe entnommen, das sind 72 mehr als in ersten Halbjahr 2017. Damit erhöhte sich die Zahl der Organe, die aus Deutschland über die europäische Vermittlungsstelle Eurotransplant zugeteilt wurden, um 245 auf 1.576. Auch die Zahl der Transplantationen stieg von 1.410 auf 1.623. Damit konnte die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) erstmals seit Jahren eine positive Tendenz beim Thema Organspende veröffentlichen. Insbesondere hob die DSO die Mitwirkung der Krankenhäuser bei der Suche nach potenziellen Spendern hervor. Dennoch brauche die Organspende in Deutschland strukturelle Unterstützung und einen breiten Kulturwandel, so die DSO.

>> *www.aok-gesundheitspartner.de*

TERMINE

12. bis 14. September 2018 in Biersdorf (Südeifel)
Biersdorfer Krankenhaus Management Gespräche

19. und 20. September 2018 in Hamburg
14. Gesundheitswirtschaftskongress

25. September 2018 in Berlin
10. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)

PERSONALIA

Hammes leitet im BMG die Unterabteilung Versorgung

Nina Hammes hat innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an die Spitze der Unterabteilung 21 für Gesundheitsversorgung und Krankenhauswesen gewechselt. Bisher leitete die Juristin das Referat 225 für Verbänderecht und Aufsicht. Hammes folgt auf Ministerialrat Markus Algermissen.

Ortmann neu an der Spitze der Deutschen Krebsgesellschaft

Prof. Dr. Olaf Ortmann ist neuer Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft und löst damit den bisherigen Amtsinhaber Prof. Dr. Peter Albers aus Düsseldorf ab. Olaf Ortmann leitet die gynäkologische Klinik am Caritas-Krankenhaus St. Josef und das Onkologische Zentrum in Regensburg. Zudem hat er an der Regensburger Universität den Lehrstuhl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe inne.

Albrecht bleibt Chef des VUD

Prof. Michael Albrecht ist als Vorstandsvorsitzender des Verbandes Deutscher Uniklinika (VUD) im Amt bestätigt worden. Der Anästhesist, der als Medizinischer Vorstand das Dresdner Universitätskrankenhaus Carl Gustav Carus leitet, ist bereits seit Juli 2012 erster Vorsitzender des VUD.

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Wie QSR die Qualität von Krankenhäusern sichtbar macht

Die Leistungen der eigenen Klinik zu beurteilen, ist auch im Zeitalter der externen stationären Qualitätssicherung eine Herausforderung. Die Dokumentation ist aufwendig und der Blick bleibt auf den Primäraufenthalt beschränkt. „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ vergleicht dagegen die Behandlungserfolge in 20 Leistungsbereichen anhand fallübergreifender Abrechnungsdaten zum langfristigen Krankheitsverlauf.

Ein Viertel der Kliniken verzeichnet bei der Erstimplantation eines künstlichen Hüftgelenks in weniger als 4,6 Prozent ihrer Eingriffe Komplikationen, ein anderes Viertel kommt nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) auf mehr als 8,5 Prozent. Wer wissen will, wie das eigene Haus in diesem Vergleich abschneidet, kann dafür die „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) nutzen. Das Verfahren entstand 2002 aus einem Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes, der Helios Kliniken, des WIdO und des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA). Heute nutzen etwa 500 Krankenhäuser, darunter sämtliche Mitglieder der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die QSR-Klinikberichte, um ihre Ergebnisqualität im Blick zu behalten.

Vor allem die langfristige Betrachtung des Krankheitsverlaufs eines Patienten geht über das hinaus, was Kliniken in Eigenregie realisieren können. Denn bei QSR spielt es keine Rolle, ob der Patient anschließend wieder in dasselbe oder in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wird – wenn innerhalb eines Jahres nach der Entlassung unerwünschte Ereignisse auftreten, fließen diese in die Auswertung ein. Inzwischen misst das WIdO die Behandlungsergebnisse deutscher Kliniken in 20 Leistungsbereichen, darunter die Implantation von Gelenkendoprothesen, die Entfernung von Gallenblase und Blinddarm sowie bei Herzkatheter-Untersuchungen. Insgesamt decken die Bereiche 25 Prozent aller Patienten ab. Dabei entsteht den Kliniken keinerlei Dokumentationsaufwand.

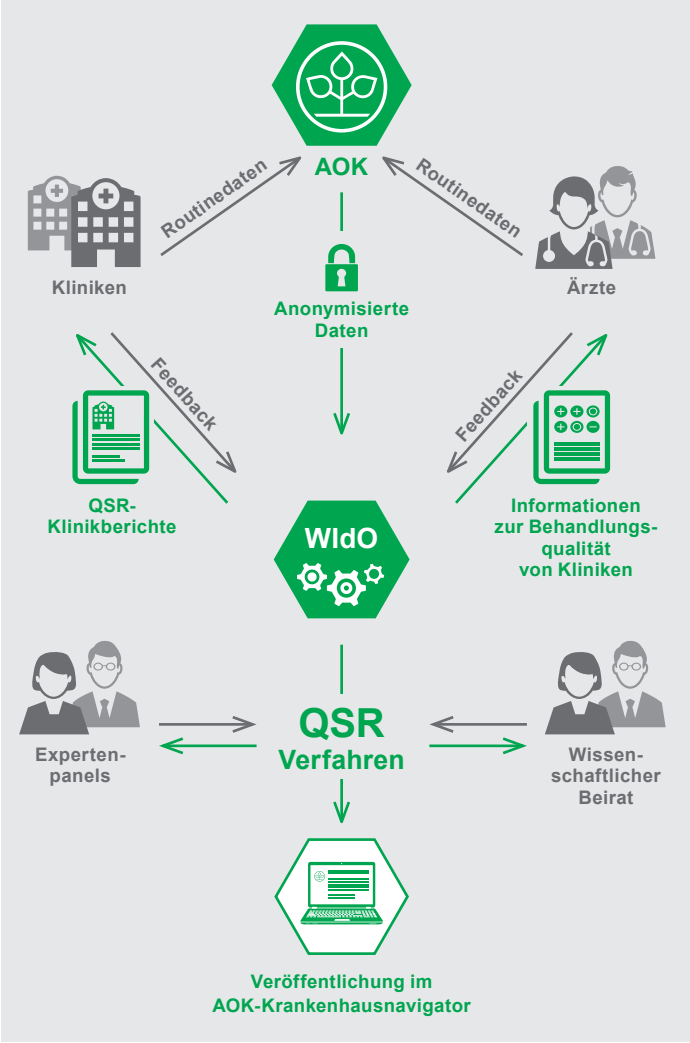


Illustration: iStockphoto

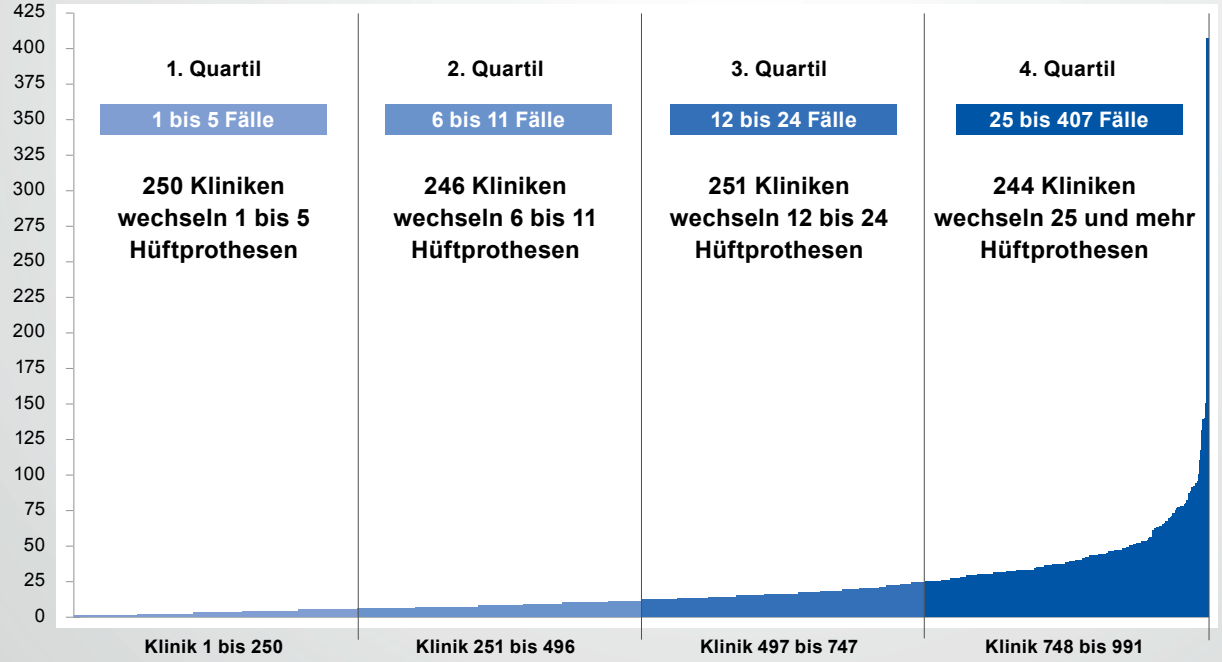
Für die Messung analysiert das WIdO Abrechnungsinformationen, sogenannte Routinedaten, die die Kliniken an die Krankenkassen übermitteln. Zudem wertet das Institut administrative Versichertendaten aus. Die Qualität wird anhand von unerwünschten Ereignissen bewertet, die als Indikatoren dienen, etwa die Sterblichkeit nach 30, 90 oder 365 Tagen, die Wiederaufnahme ins Krankenhaus oder andere Komplikationen. Als Maß für die Ausprägung eines Qualitätsindikators weist das Verfahren die *beobachteten* Mortalitäts- oder Morbiditätsraten des Hauses im Verhältnis zu den *erwartbaren* Werten aus.

Für die fachliche Qualität des Verfahrens sorgen ein Wissenschaftlicher Beirat mit Vertretern aus Klinik, Versorgungsforschung und Patientenvertretung und die sogenannten Expertenpanels. Der Beirat begleitet die Entwicklung des Verfahrens, berät bei der Auswahl der Leistungsbereiche und fördert die Vernetzung mit anderen Einrichtungen. Expertenpanels sind daran beteiligt, relevante Leistungsbereiche und die fachspezifischen Indikatoren zu definieren. Sie sind mit profilierten Ärzten und Praktikern des jeweiligen Fachbereichs besetzt.

Daten zu ausgewählten Leistungsbereichen fließen in den AOK-Krankenhausnavigator ein, sofern die Krankheitsschwere im Klinikvergleich angemessen berücksichtigt werden kann. Viele Ärzte werden von ihrer AOK über die Kliniken aus ihrer Region informiert. Krankenhäuser wiederum können ihre Ergebnisse kostenlos auf www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de oder bei ihrer AOK anfordern. Mit dem individuellen QSR-Klinikbericht erhalten sie die Ergebnisse ihres Hauses in allen Leistungsbereichen. Darüber hinaus gibt es detaillierte Subgruppen-Auswertungen, beispielsweise in Bezug auf Patienten bestimmter Altersklassen.

Die meisten Kliniken wechseln Hüftprothesen nur gelegentlich

Verteilung aller AOK-Fälle aus den Jahren 2013 bis 2015, sortiert nach Anzahl der Hüftprothenwechsel*



* 18.466 vollständige (einzeitige) Hüftprothesenwechsel-OPs von AOK-Patienten ohne Infektion, Fraktur oder Krebserkrankung, durchgeführt in 991 Kliniken

Quelle: WIdO, Grafik: AOK-Bundesverband

Die Revision der künstlichen Hüfte braucht viel Erfahrung

Erfahrene Chirurgen betonen, dass der Wechsel einer Hüftprothese im Vergleich zur Erstimplantation große operative Erfahrung erfordert. Die entsprechenden AOK-Routinedaten zeigen jedoch, dass dieser komplizierte Eingriff in den meisten Krankenhäusern selten durchgeführt wird. Drei Viertel aller Kliniken kommen bei der Hüftprothesenrevision nicht einmal auf 25 Fälle bei AOK-Patienten in drei Jahren. Das entspricht näherungsweise der Gesamtzahl solcher Eingriffe in einem Jahr – wenn auch der Anteil der AOK-Patienten von durchschnittlich einem Drittel in einzelnen Kliniken abweichen kann. Der elektive Hüftprothesenwechsel zählt zu den leicht planbaren Eingriffen, die gut zentralisiert werden könnten. Dennoch kam im Beobachtungszeitraum von drei Jahren nur eine einzige deutsche Klinik auf mehr als 400 Eingriffe.

Der Auswertung liegen AOK-Routinedaten zum OPS 5-821 zugrunde, davon diejenigen Hüftprothesenwechsel, bei denen weder Infektionen noch Frakturen oder Krebserkrankungen vorlagen. Im Beobachtungszeitraum (2013 bis 2015) haben 991 Kliniken 18.466 Eingriffe durchgeführt. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 75 Jahren.

Herausgeber: AOK-Bundesverband >> **verantwortlich**: Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes)
>> **Redaktion**: KomPart Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, 10178 Berlin, Rosenthaler Str. 31, www.kompart.de >> **Redakteurin**: Anja Schnake >>
Grafik: Simone Voßwinkel >> **Informationen zum Datenschutz finden Sie hier:** www.blickpunkt-klinik.de/datenschutz

Newsletter abonnieren: einfach hier klicken Newsletter abbestellen: einfach hier klicken