

# Jahresauswertung 2018 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 68  
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.516  
Datensatzversion: KEP 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17732-L113121-P53932

# Jahresauswertung 2018 Knieendoprothesenversorgung

KEP

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 68  
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.516  
Datensatzversion: KEP 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17732-L113121-P53932

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>3</sup>	Seite
2018/KEP/54020 <b>QI: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>			96,63%	>= 90,00%	innerhalb	95,93%	10
2018/KEP/54021 <b>QI: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese</b>			87,00%	>= 90,00%	außerhalb	88,96%	13
2018/KEP/54022 <b>QI: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>			87,95%	>= 86,00%	innerhalb	82,39%	16

<sup>1</sup> Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet.

<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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>3</sup>	Seite
<b>Gruppe: Allgemeine Komplikationen</b>							
2018/KEP/54123							
QI: bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation			1,94%	<= 5,00%	innerhalb	1,98%	19
2018/KEP/50481							
QI: bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			3,60%	<= 10,37%	innerhalb	2,05%	22
<b>Gruppe: Spezifische Komplikationen</b>							
2018/KEP/54124							
QI: bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation			1,40%	<= 3,89%	innerhalb	1,15%	25
2018/KEP/54125							
QI: bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			5,61%	<= 13,33%	innerhalb	5,81%	28

<sup>1</sup> Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet.

<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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>3</sup>	Seite
2018/KEP/54026 <b>TKez: Beweglichkeit bei Entlassung</b>			92,42%	-	-	91,68%	31
2018/KEP/54028 <b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>			0,92	<= 3,79	innerhalb	1,13	33
2018/KEP/54127 <b>QI: Todesfälle während des akuten stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit</b>			2,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	2,00 Fälle	36
2018/KEP/54128 <b>QI: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)</b>			99,89%	>= 98,54%	innerhalb	99,76%	38

<sup>1</sup> Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet.

<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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/KEP/850305 <b>Angabe von ASA 5</b>			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	3,00 Fälle	39
2018/KEP/850306 <b>Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen</b>			0,34%	<= 3,02%	innerhalb	0,38%	41
2018/KEP/850307 <b>Kodierung von Komplikations- diagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen</b>			39,24%	<= 50,00%	innerhalb	53,42%	43

<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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/KEP/850336							
<b>Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation</b>							
			6,00 Fälle	< 2,00 Fälle	außerhalb	6,00 Fälle	45

<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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Verbindliche Kennzahlen

---

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

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

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

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

## Auswertungseinheiten (Standorte)

---

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

## Follow-up-Indikatoren

---

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

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

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

Die FU-Indikatoren 2190 und 2191 aus dem Leistungsbereich 9/1 wurden vom IQTIG für 2018 ausgesetzt.

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



### Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Erstimplantationen von Endoprothesen am Kniegelenk <sup>1</sup>
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2018/KEP/54020
<b>Referenzbereich:</b>	>= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien<sup>2</sup></b>				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence <sup>3</sup>				
0 Punkte			4 / 7.029	0,06%
1 - 2 Punkte			68 / 7.029	0,97%
3 - 4 Punkte			628 / 7.029	8,93%
5 - 6 Punkte			4.003 / 7.029	56,95%
7 - 8 Punkte			2.326 / 7.029	33,09%
4 - 8 Punkte			6.818 / 7.029	97,00%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek <sup>3</sup>				
Grad 0			13 / 7.029	0,18%
Grad 1			19 / 7.029	0,27%
Grad 2			20 / 7.029	0,28%
Grad 3			45 / 7.029	0,64%
Grad 4			27 / 7.029	0,38%
Grad 5			1 / 7.029	0,01%
<b>Schmerzen*</b>				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			1.862 / 7.029	26,49%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			5.132 / 7.029	73,01%

<sup>1</sup> Ausgeschlossen werden Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1\*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantates (M96.6) entstanden sind und die nicht bereits osteosynthetisch ("Voroperation") versorgt wurden.

Ausgeschlossen wird auch die Implantation einer unikondylären Knieschlitzenprothese.

<sup>2</sup> Das röntgenologische Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 4 Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Knie vorliegen und wenn bei einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis die Klassifikation nach Larsen-Dale-Eek mit mindestens Grad 3 erreicht wird.

<sup>3</sup> Erläuterungen zum modifizierten Kellgren-Lawrence-Score und zu Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek siehe nächste Seite

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score <b>oder</b> die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen <b>oder</b> die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenksnahen Fraktur (S82.1* Fraktur des proximalen Endes der Tibia; S72.4 distale Fraktur des Femurs) hatten und bei denen nach Metallentfernung des Osteosynthesematerials eine Endoprothese am Kniegelenk implantiert wird Vertrauensbereich Referenzbereich			6.792 / 7.029	96,63%
		>= 90,00%	96,18% - 97,03%	>= 90,00%

Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Knie			
<b>Osteophyten</b>	0= keine oder beginnende Eminentia oder gelenkseitige Patellapole	<b>Gelenkspalt</b>	0= nicht oder mäßig verschmälert
	1= eindeutig		1= häffig verschmälert
			2= ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben
<b>Sklerose</b>	0= keine Sklerose	<b>Deformierung</b>	0= keine Deformierung
	1= mäßige subchondrale Sklerose		1= Entrundung der Femurkondylen
	2= ausgeprägte subchondrale Sklerose		2= ausgeprägte Destruktion, Deformierung
	3= Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella		

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

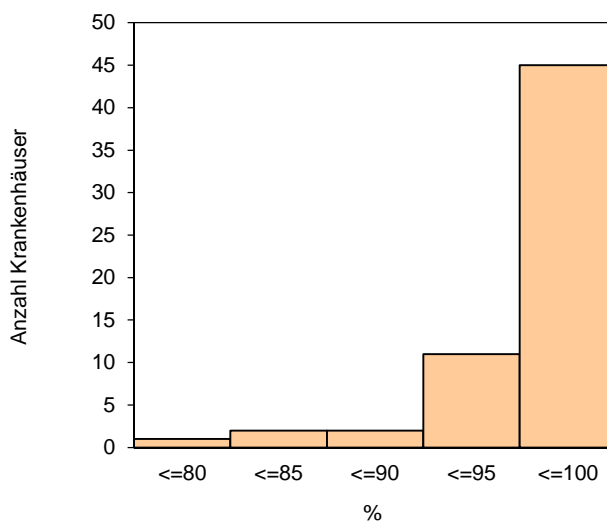
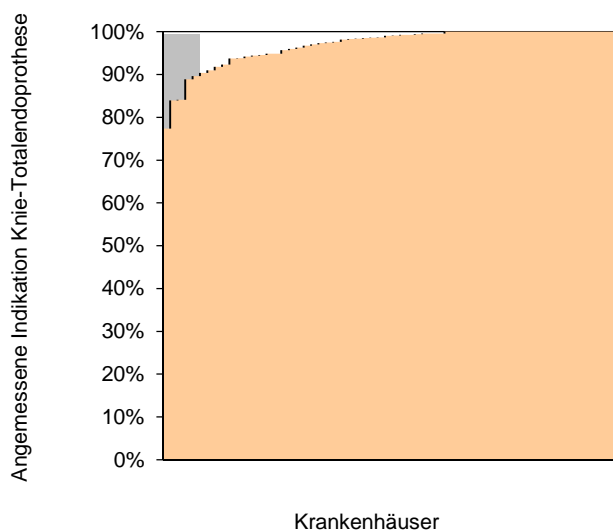
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score <b>oder</b> die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen <b>oder</b> die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenknahen Fraktur (S82.1* Fraktur des proximalen Endes der Tibia; S72.4 distale Fraktur des Femurs) hatten und bei denen nach Metallentfernung des Osteosynthesematerials eine Endoprothese am Kniegelenk implantiert wird Vertrauensbereich			6.772 / 7.059	95,93% 95,45% - 96,37%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/KEP/54020]:**

**Anteil von Eingriffen bei allen Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 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 erfüllen oder die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenksnahen Fraktur hatten und bei denen eine Endoprothese am Kniegelenk implantiert wird an allen Erstimplantationen in dieser Grundgesamtheit**

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

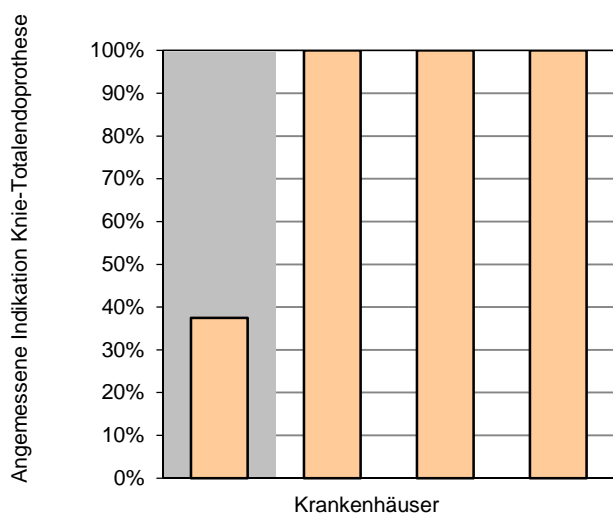
61 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,39	88,89	90,99	94,85	99,05	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
	37,50			68,75	100,00	100,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese**

**Qualitätsziel:** Oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien) für eine unikondyläre Schlittenprothese

**Grundgesamtheit:** Alle Erstimplantationen von unikondylären Schlittenprothesen<sup>1</sup>

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/KEP/54021

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien<sup>2</sup></b> Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence				
0 Punkte			1 / 931	0,11%
1 - 2 Punkte			65 / 931	6,98%
3 - 4 Punkte			224 / 931	24,06%
5 - 6 Punkte			568 / 931	61,01%
7 - 8 Punkte			73 / 931	7,84%
4 - 8 Punkte			785 / 931	84,32%
<b>Schmerzen<sup>3</sup></b> Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			383 / 931	41,14%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			544 / 931	58,43%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score, bezogen auf das betroffene Kompartiment, erfüllen und mit intakten übrigen Gelenkkompartimenten			810 / 931	87,00%
Vertrauensbereich				84,69% - 89,01%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

<sup>1</sup> Ausgeschlossen werden Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1\*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantates (M96.6) entstanden sind.

<sup>2</sup> Das röntgenologische Kriterium ist erfüllt, wenn nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score mindestens 3 Punkte bezogen auf das betroffene Kompartiment erreicht sind und die übrigen Gelenkkompartimente intakt sind. Erläuterungen zum modifizierten Kellgren-Lawrence-Score siehe nächste Seite.

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

Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Knie			
<b>Osteophyten</b>	0= keine oder beginnende Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1= eindeutig	<b>Gelenkspalt</b>	0= nicht oder mäßig verschmälert 1= hälftig verschmälert 2= ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben
<b>Sklerose</b>	0= keine Sklerose 1= mäßige subchondrale Sklerose 2= ausgeprägte subchondrale Sklerose 3= Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	<b>Deformierung</b>	0= keine Deformierung 1= Entrundung der Femurkondylen 2= ausgeprägte Destruktion, Deformierung

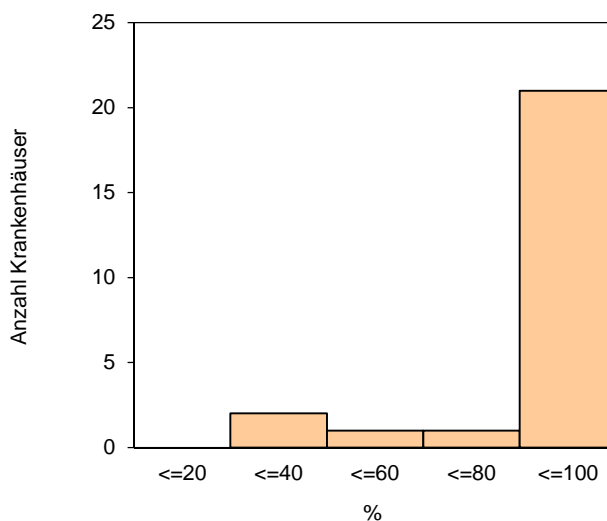
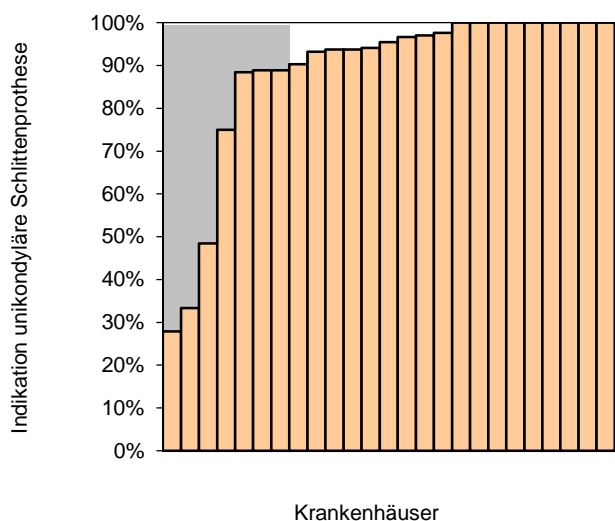
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score, bezogen auf das betroffene Kompartiment, erfüllen und mit intakten übrigen Gelenkkompartimenten Vertrauensbereich			798 / 897	88,96% 86,74% - 90,85%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/KEP/54021]:**

**Anteil von Eingriffen bei allen Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score bezogen auf das betroffene Kompartiment erfüllen und mit intakten übrigen Gelenkkompartimenten an allen Erstimplantationen von unikondylären Schlittenprothesen in dieser Grundgesamtheit**

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

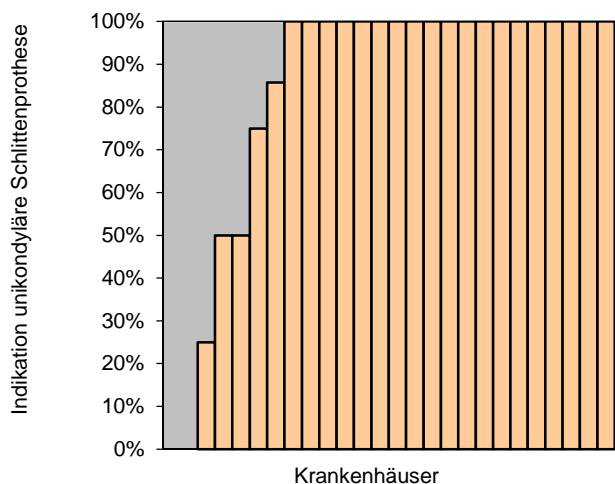
25 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	27,91	33,33	48,44	88,89	95,45	100,00	100,00	100,00	100,00

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

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	25,00	85,71	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Qualitätsziel:** Möglichst oft eine angemessene Indikation (anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer/ klinischer Kriterien oder Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien)

**Grundgesamtheit:** Alle Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/KEP/54022

**Referenzbereich:** >= 86,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Eingriffe bei Patienten mit</b>				
Endoprothesen(sub-)luxation <b>oder</b>				
Implantatbruch <b>oder</b>				
Periprothetische Fraktur <b>oder</b>				
Substanzverlust Femur <b>oder</b>				
Substanzverlust Tibia <b>oder</b>				
mindestens einem Schmerzkriterium <sup>1</sup> und mindestens einem spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterium <sup>2</sup> <b>oder</b>				
mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium <sup>3</sup> <b>oder</b>				
Entzündungszeichen* im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			533 / 606	87,95%
Vertrauensbereich				85,12% - 90,31%
Referenzbereich		>= 86,00%		>= 86,00%

<sup>1</sup> Das Kriterium Schmerz ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

<sup>2</sup> Das röntgenologische/klinische Kriterium ist erfüllt, wenn einer der folgenden Befunde vorliegt:  
 Implantatfehlhänge/Malrotation, Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, der Tibia-Komponente oder der Patella-Komponente,  
 Instabilität des Gelenks, bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose, Patellankrose, Patellaluxation oder Patellaschmerz.

<sup>3</sup> Das mikrobiologische Kriterium ist erfüllt, wenn ein Erregernachweis anhand mikrobiologischer Keimkultur (Punktat, Abstrich) durchgeführt wurde und positiv ist.

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



Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Eingriffe bei Patienten mit</b>  Endoprothesen(sub-)luxation <b>oder</b> Implantatbruch <b>oder</b> Periprothetische Fraktur <b>oder</b> Substanzverlust Femur <b>oder</b> Substanzverlust Tibia <b>oder</b> mindestens einem Schmerzkriterium <sup>2</sup> und mindestens einem spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterium <sup>3</sup> <b>oder</b>  mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* <b>oder</b>  Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			496 / 602	82,39% 79,15% - 85,23%

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

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

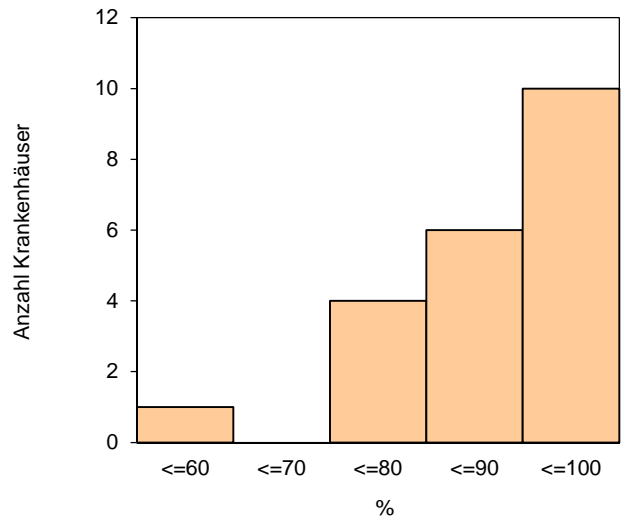
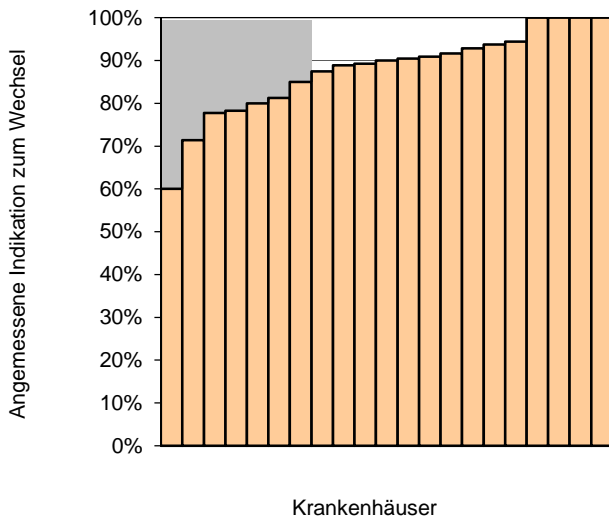
<sup>3</sup> Das röntgenologische/klinische Kriterium ist erfüllt, wenn einer der folgenden Befunde vorliegt:  
 Implantatfehlhllage/Malrotation, Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, der Tibia-Komponente, der Patella-Komponente,  
 Instabilität des Gelenks, bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose, Patellankrose, Patellluxation oder Patellaschmerz.

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

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

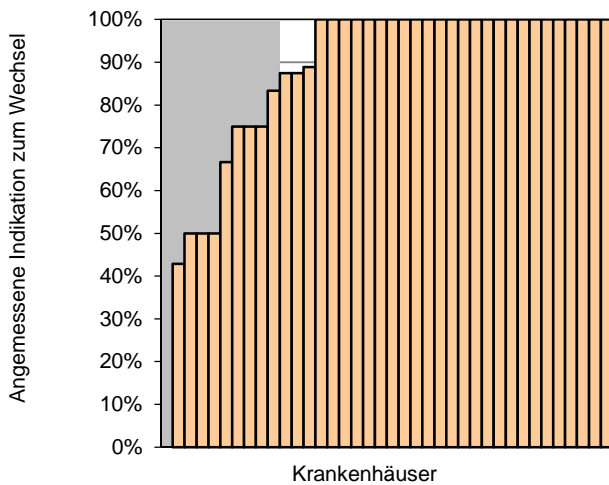
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/KEP/54022]:  
 Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation (anhand der klinischen Symptomatik,  
 klinischer/röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien) an allen Patienten mit  
 Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00	71,43	77,78	81,25	90,00	93,75	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	42,86	50,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Gruppe: Allgemeine Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Möglichst selten allgemeine Komplikationen

**Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation  
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2  
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2018/KEP/54123

**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 5,00% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 5,00%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>	154 / 7.932 1,94%	53 / 4.783 1,11%	101 / 3.149 3,21%
Vertrauensbereich	1,66% - 2,27%		
Referenzbereich	<= 5,00%		

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> Vertrauensbereich	157 / 7.925 1,98% 1,70% - 2,31%	57 / 4.774 1,19%	100 / 3.149 3,18%

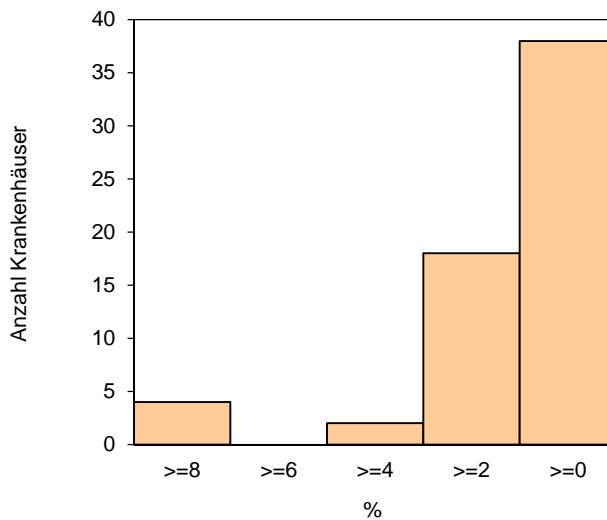
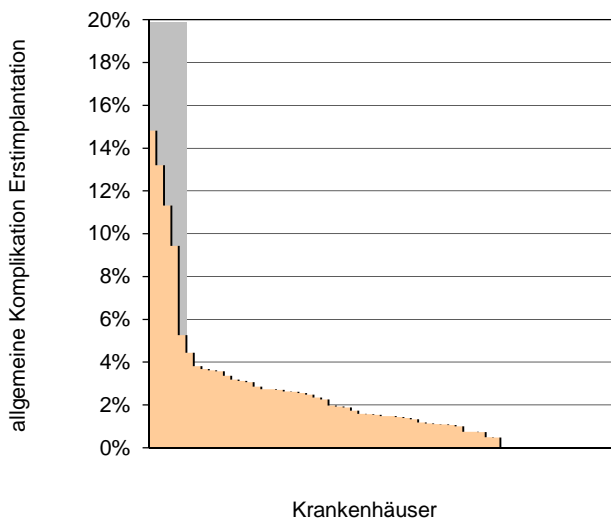
<sup>1</sup> Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:  
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie,  
 katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung,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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2018/KEP/54123]:**

**Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**

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

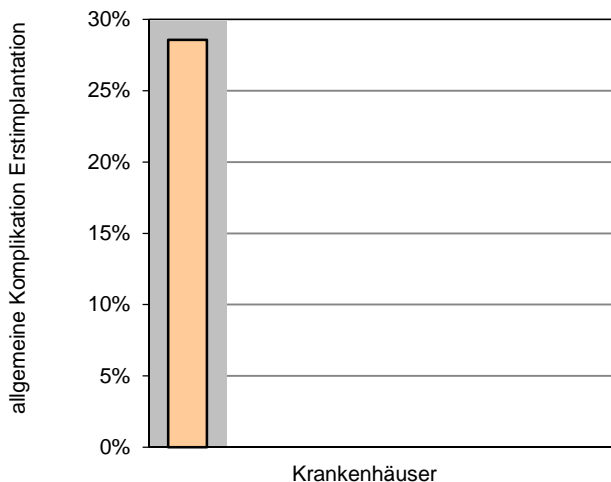
62 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,48	1,51	2,74	3,81	9,43	14,81

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

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten mit ein- oder zweizeitigem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel  
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2  
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2018/KEP/50481

**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 10,37% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 10,37%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>	21 / 584 3,60%	5 / 279 1,79%	16 / 305 5,25%
Vertrauensbereich	2,36% - 5,43%		
Referenzbereich	<= 10,37%		

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> Vertrauensbereich	12 / 586 2,05%	1 / 294 0,34%	11 / 292 3,77%
	1,18% - 3,54%		

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

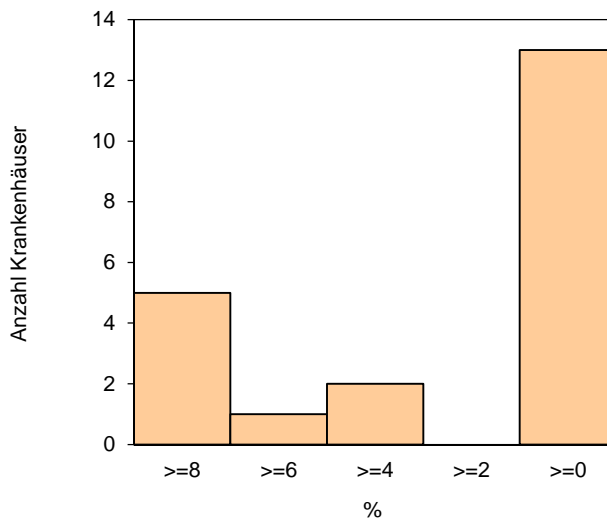
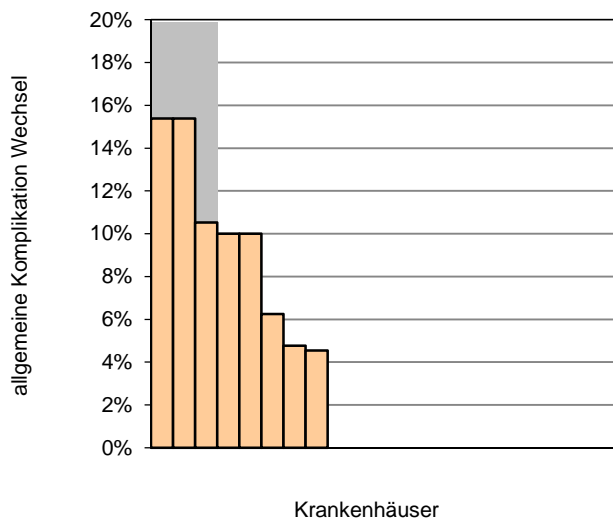
<sup>2</sup> Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:  
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie,  
 katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung,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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2018/KEP/50481]:**

**Anteil von Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patienten mit ein- oder zweizeitigem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**

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

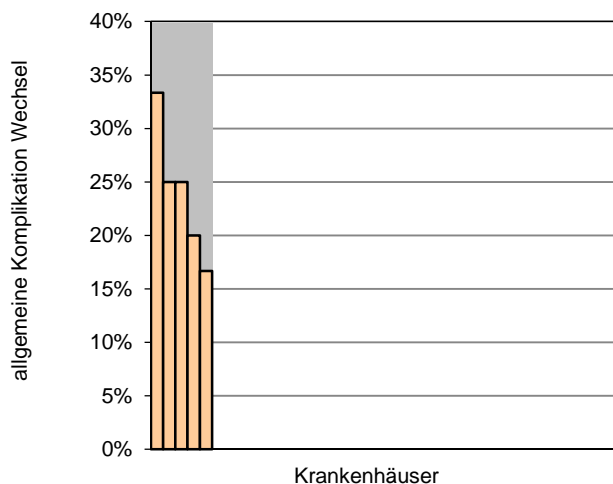
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,25	10,53	15,38	15,38

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

38 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	25,00	33,33

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



## Gruppe: Spezifische Komplikationen

**Qualitätsziel:** Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

### Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantationen  
 Gruppe 2: Eingriffe mit ASA 1 bis 2  
 Gruppe 3: Eingriffe mit ASA 3 bis 4

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2018/KEP/54124

**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 3,89% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>	[ ]		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 3,89%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>	112 / 7.993 1,40%	54 / 4.817 1,12%	58 / 3.176 1,83%
Vertrauensbereich	1,17% - 1,68%		
Referenzbereich	<= 3,89%		

<sup>1</sup> Eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes, Patellafehlstellung, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom oder Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder sekundäre Nekrose der Wundränder, postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes, Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae oder Fraktur der Patella

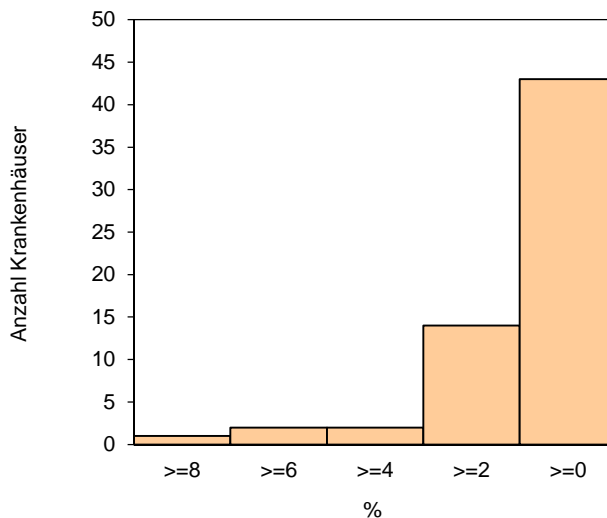
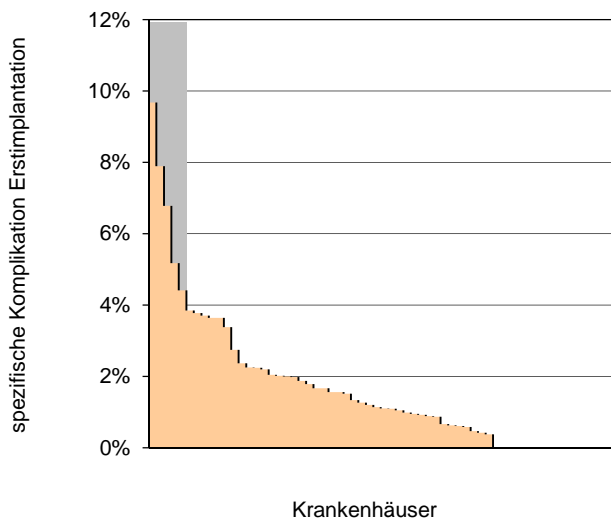
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup> Vertrauensbereich	92 / 7.978 1,15% 0,94% - 1,41%	47 / 4.808 0,98%	45 / 3.168 1,42%

<sup>1</sup> Eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes, Patellafehlstellung, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom oder Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder sekundäre Nekrose der Wundränder, postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes, Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae oder Fraktur der Patella

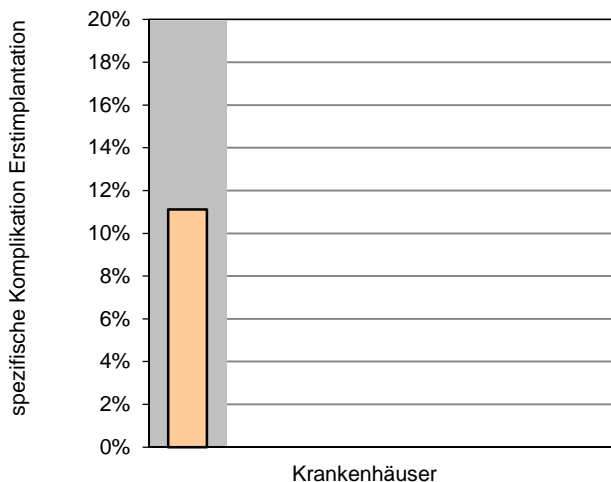
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2018/KEP/54124]:  
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen elektiven  
 Knieendoprothesen-Erstimplantationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 62 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	1,12	2,20	3,77	5,17	9,68

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


**Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels  
 Gruppe 2: Eingriffe mit ASA 1 bis 2  
 Gruppe 3: Eingriffe mit ASA 3 bis 4

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2018/KEP/54125

**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 13,33% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich	<= 13,33%		
Referenzbereich	<= 13,33%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>1</sup>	34 / 606 5,61%	10 / 287 3,48%	24 / 319 7,52%
Vertrauensbereich	4,04% - 7,74%		
Referenzbereich	<= 13,33%		

<sup>1</sup> Eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes, Patellafehlstellung, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom oder Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder sekundäre Nekrose der Wundränder, postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes, Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae oder Fraktur der Patella

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> Vertrauensbereich			

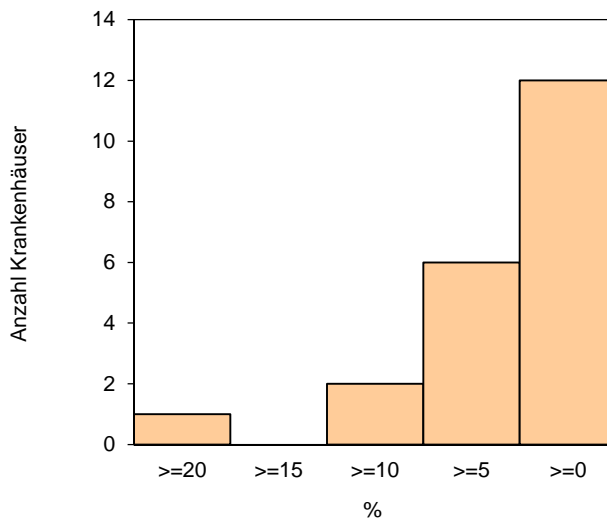
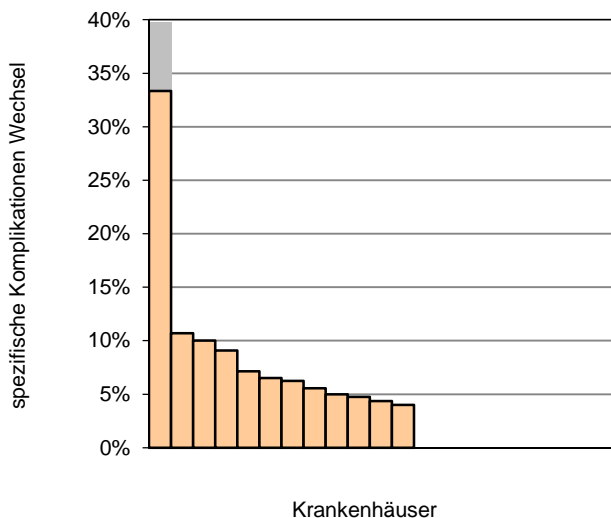
Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat <sup>2</sup> Vertrauensbereich	35 / 602 5,81%	16 / 304 5,26%	19 / 298 6,38%
	4,21% - 7,98%		

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

<sup>2</sup> Eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes, Patellafehlstellung, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom oder Gefäßläsion, bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden, periprothetische Fraktur, Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion, reoperationspflichtige Wunddehiszenz oder sekundäre Nekrose der Wundränder, postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes, Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae oder Fraktur der Patella

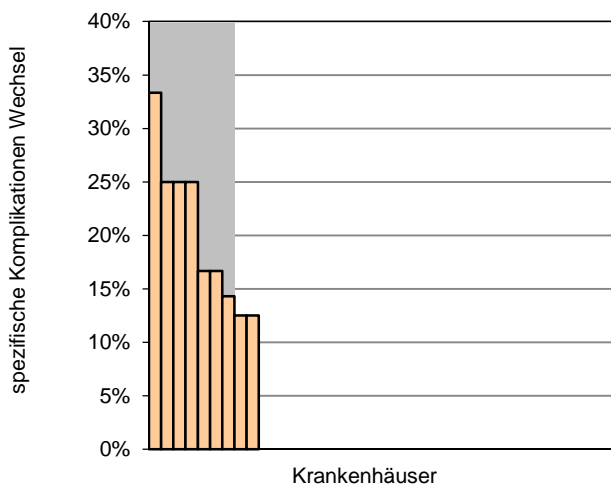
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2018/KEP/54125]:  
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 21 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	4,35	6,52	10,00	10,71	33,33

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00	25,00	33,33

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Kennzahl: Beweglichkeit bei Entlassung**

**Qualitätsziel:** Möglichst oft eine Beweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Knieendoprothese

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

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2018/KEP/54026

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine post-operative Beweglichkeit des Knies von 0-0-90 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			7.328 / 7.929	92,42% 91,82% - 92,98%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine post-operative Beweglichkeit des Knies von 0-0-90 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			7.257 / 7.916	91,68% 91,05% - 92,26%

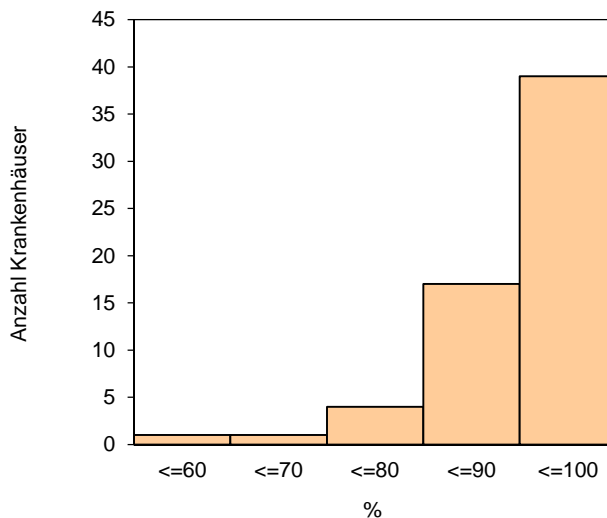
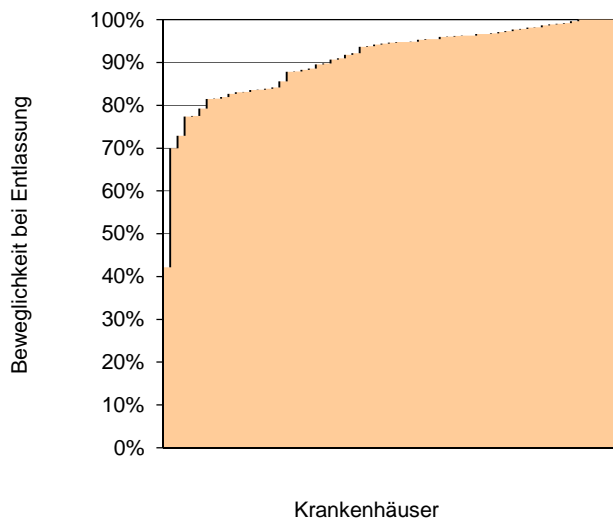
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6\_TK\_54026, Kennzahl-ID 2018/KEP/54026]:**

**Anteil von Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies von 0-0-90 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) an allen Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden**

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

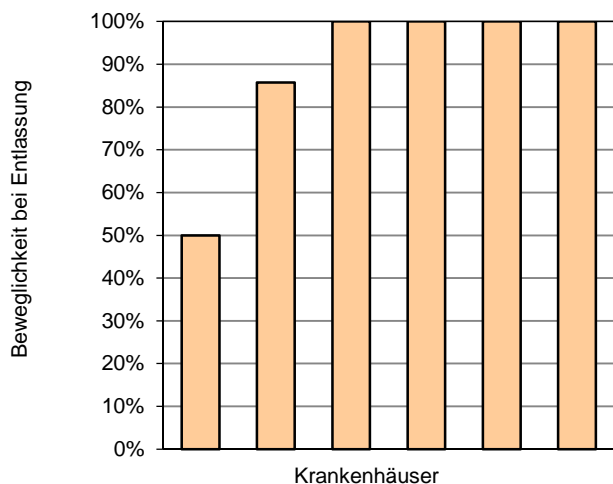
62 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,19	77,36	81,48	84,21	94,52	97,14	99,25	100,00	100,00

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

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/KEP/54028

**Referenzbereich:** <= 3,79 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>1</sup>		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		37 / 8.145 0,45%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		40,44 / 8.145 0,50%
O - E		-0,04%

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

<sup>2</sup> KKez O\_54028: Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

<sup>3</sup> KKez E\_54028: Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54028.

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren		
O/E*		0,92
Vertrauensbereich		0,66 - 1,26
Referenzbereich	<= 3,79	<= 3,79

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

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

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

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup> Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren <sup>2</sup>	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) <sup>3</sup>		48 / 8.127 0,59%
vorhergesagt (E)*		42,51 / 8.127 0,52%
O - E		0,07%
O/E** Vertrauensbereich		1,13 0,85 - 1,50

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

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

<sup>3</sup> KKez O\_54028: Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

\* KKez E\_54028: Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54028.

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

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

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

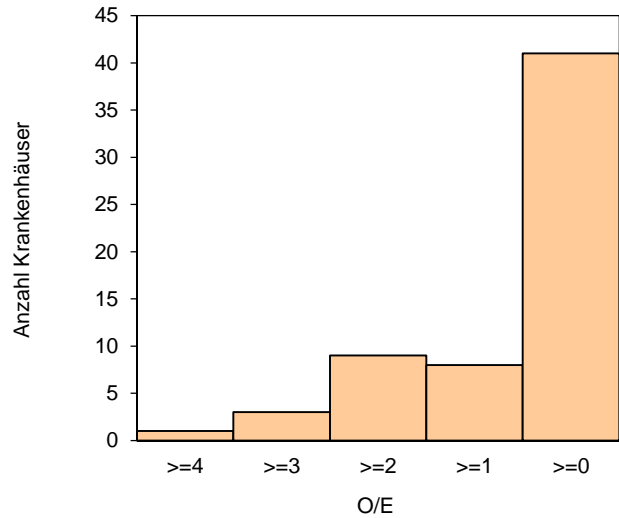
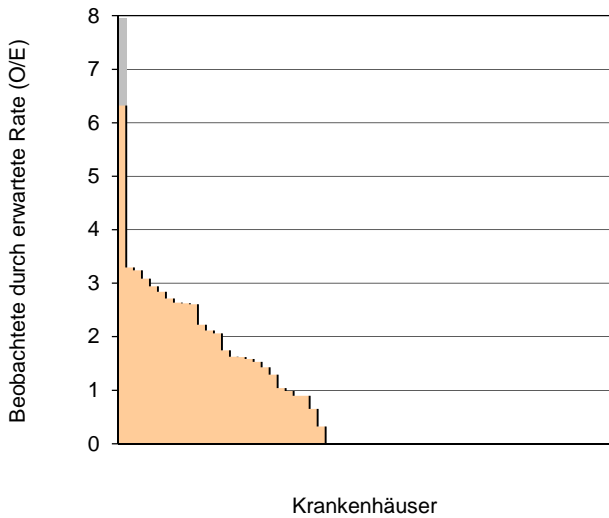
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/KEP/54028]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden**

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

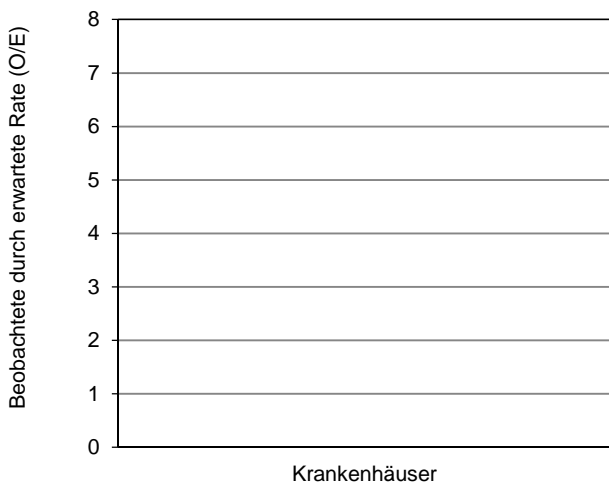
62 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,62	2,72	3,09	6,32

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

6 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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Qualitätsziel:** Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten, die nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2018/KEP/54127 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 30. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 0,19%)

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/KEP/54127

**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			2 / 7.418	2,00 Fälle 0,03%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			2 / 7.421	2,00 Fälle 0,03%

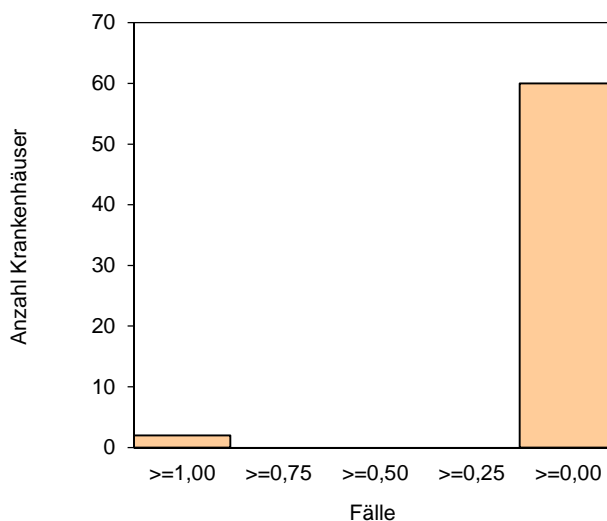
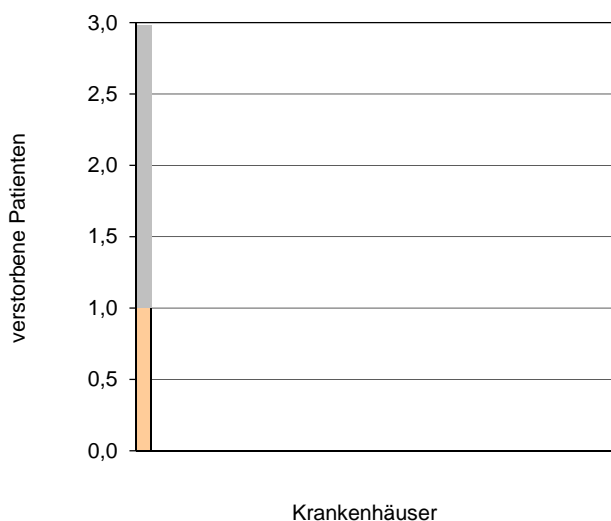
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/KEP/54127]:**

**Anzahl an verstorbenen Patienten von allen Patienten, die nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 2018/KEP/54127 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 30. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen = 0,19%)**

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

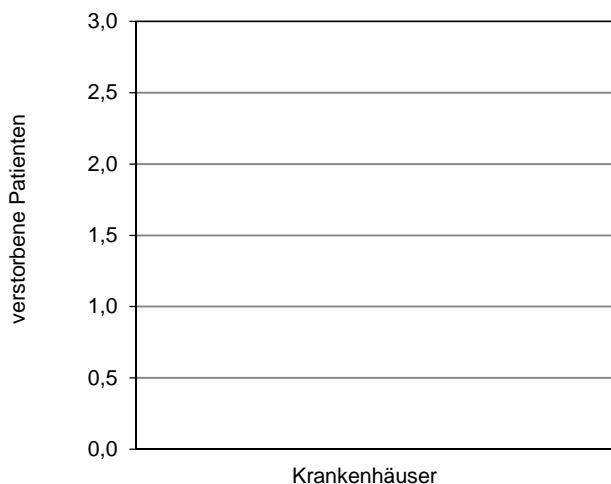
62 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,00	1,00

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

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up-Indikator)**

**Qualitätsziel:** Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Folgeeingriff (ungeplanter Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel)

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

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

**Indikator-ID:** 2018/KEP/54128

**Referenzbereich:** >= 98,54% (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Auswertungszeitpunkt: 2018	Krankenhaus		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Als Folgeeingriffe zählen alle Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel - außer isolierter Wechsel eines Inlays - innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation am gleichen operierten Knie. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt. Vertrauensbereich Referenzbereich			6.958 / 6.966	99,89% 99,78% - 99,95% >= 98,54%

Auswertungszeitpunkt: 2017	Krankenhaus		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Als Folgeeingriffe zählen alle Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel - außer isolierter Wechsel eines Inlays - innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation am gleichen operierten Knie. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt. Vertrauensbereich			6.685 / 6.701	99,76% 99,62% - 99,86%

<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 Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.  
 Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Knieendoprothesen-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen vorliegt, ist 2017. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.

**Auffälligkeitskriterium: Angabe von ASA 5**

**Grundgesamtheit:** Alle Prozeduren<sup>1</sup>

**AK-ID:** 2018/KEP/850305

**Referenzbereich:** = 0,00 Fälle

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 54028

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Alle Prozeduren <sup>1</sup> mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt) Referenzbereich			0 / 8.599	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Alle Prozeduren <sup>1</sup> mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)			3 / 8.827	3,00 Fälle

<sup>1</sup> Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird er mehrfach gezählt.

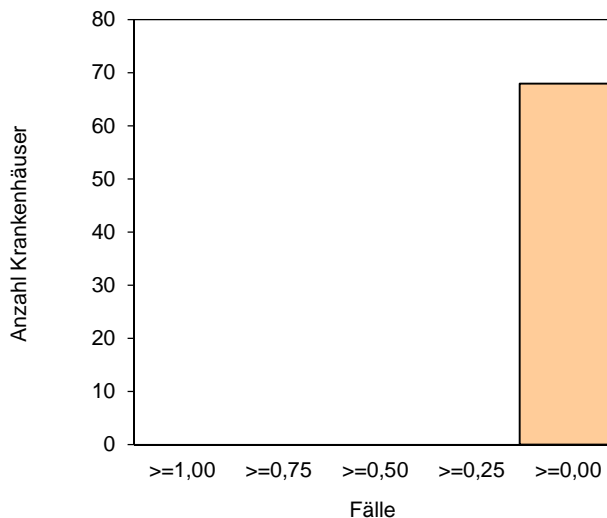
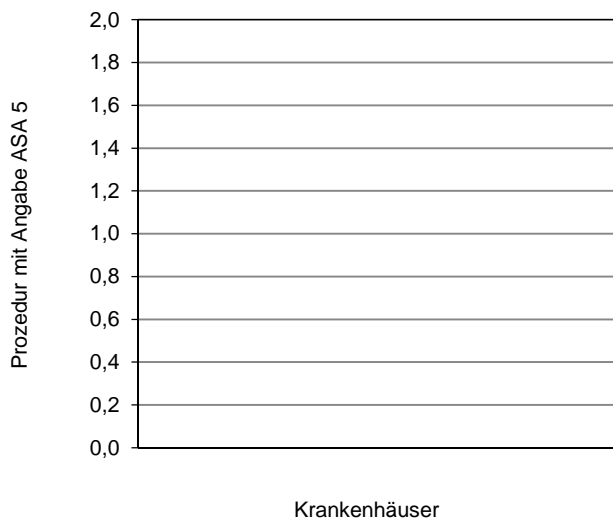
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850305, AK-ID 2018/KEP/850305]:**

**Anzahl an Prozeduren mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt) von allen Prozeduren**

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

68 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	0,00	0,00	0,00	0,00



**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen**

**Grundgesamtheit:** Alle Prozeduren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation<sup>1</sup>

**AK-ID:** 2018/KEP/850306

**Referenzbereich:** <= 3,02% (98%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 54028

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Prozeduren <sup>1</sup> mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) <sup>2</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			27 / 7.993	0,34% 0,23% - 0,49% <= 3,02%

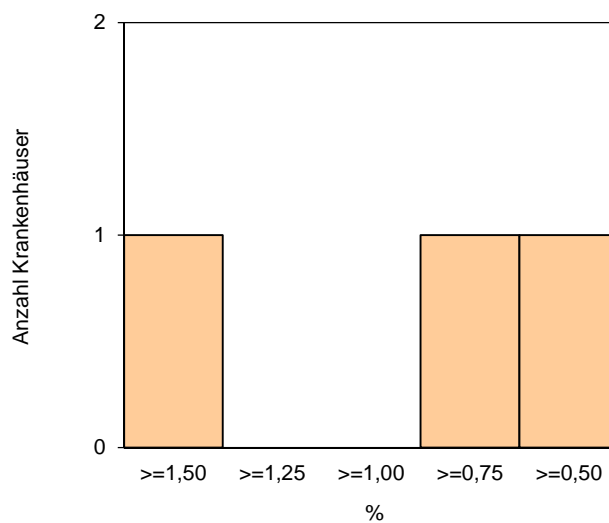
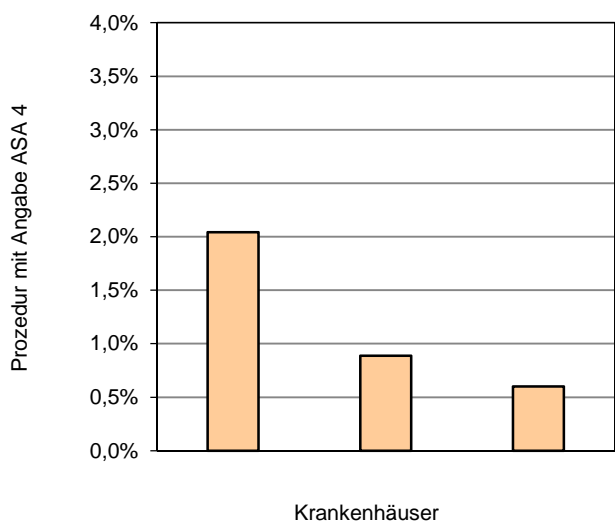
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Prozeduren <sup>1</sup> mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) Vertrauensbereich			30 / 7.978	0,38% 0,26% - 0,54%

<sup>1</sup> Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird er mehrfach gezählt.

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850306, AK-ID 2018/KEP/850306]:  
 Anteil von Prozeduren mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) an allen Prozeduren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,60				0,89				2,04

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

**Grundgesamtheit:** Alle Fälle mit mindestens einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

**AK-ID:** 2018/KEP/850307

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

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 54124, 54125

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft <sup>1</sup>			31 / 79	39,24%
Vertrauensbereich				29,21% - 50,27%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft			39 / 73	53,42%
Vertrauensbereich				42,10% - 64,41%

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

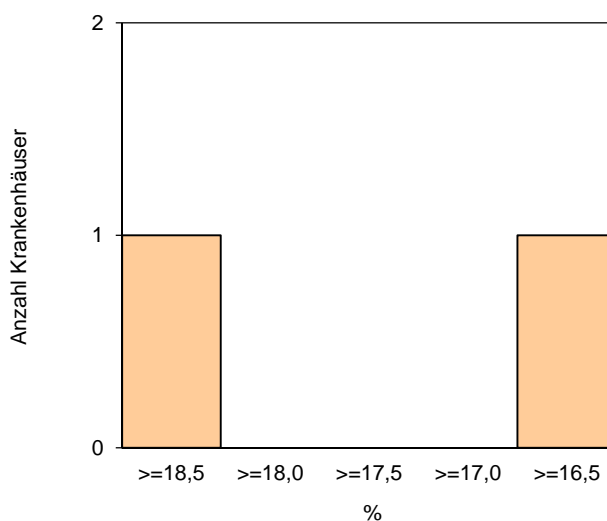
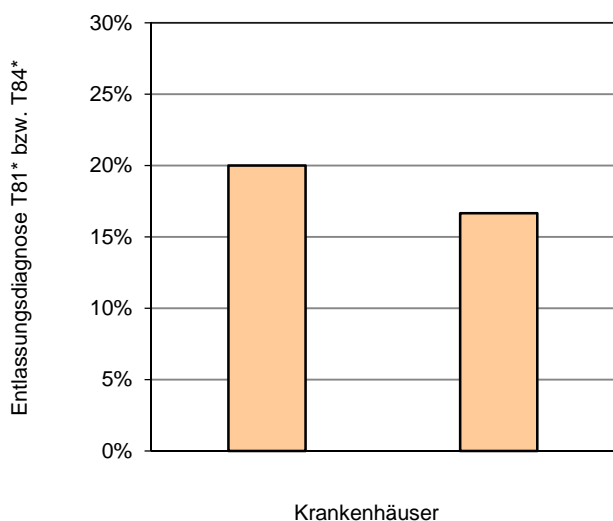
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850307, AK-ID 2018/KEP/850307]:**

**Anteil von Fällen, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde an allen Fällen mit mindestens einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde**

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

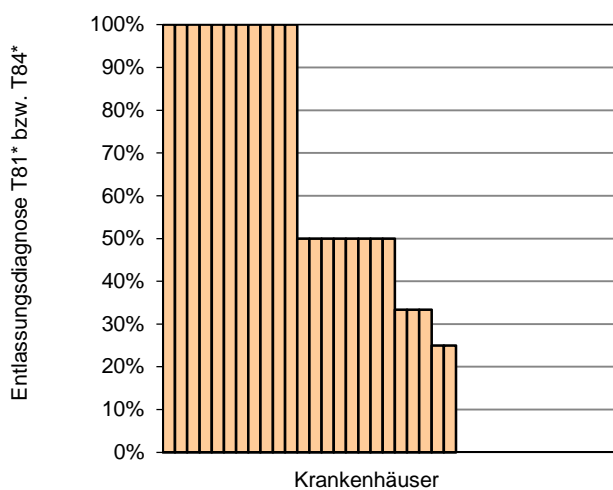
2 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,67				18,33				20,00

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

37 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	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00

29 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


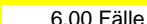
**Auffälligkeitskriterium: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation**


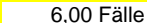
**Grundgesamtheit:** Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 ("Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte")

**AK-ID:** 2018/KEP/850336

**Referenzbereich:** < 2,00 Fälle

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 54124, 54125

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation <sup>1</sup> Referenzbereich		 < 2,00 Fälle	6 / 12	 6,00 Fälle < 2,00 Fälle

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation <sup>1</sup>			6 / 10	 6,00 Fälle

<sup>1</sup> die Angabe einer periprothetischen Fraktur wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft

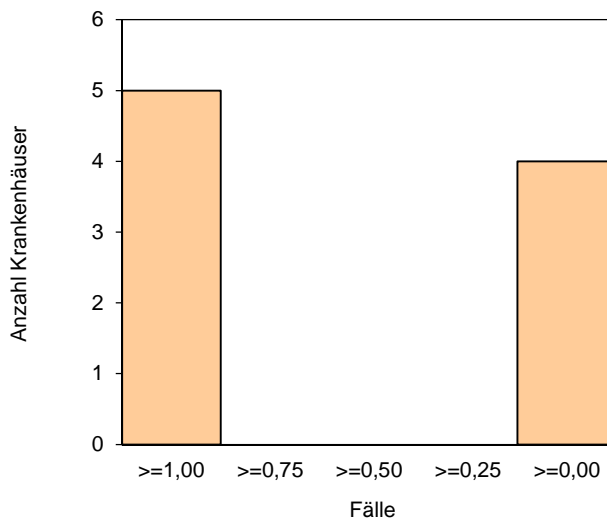
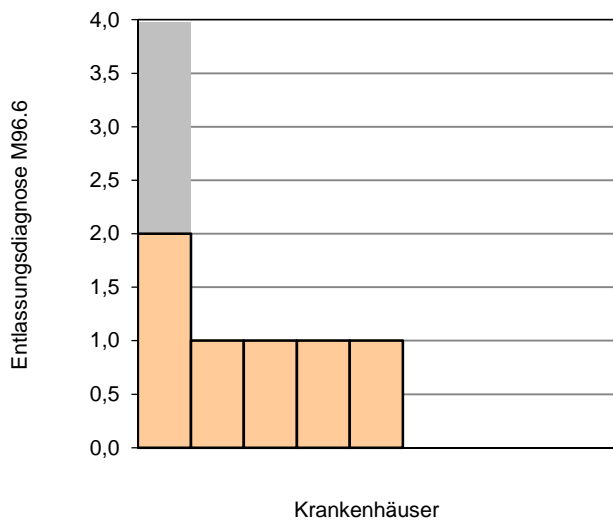
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850336, AK-ID 2018/KEP/850336]:**

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

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

9 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	1,00	1,00			2,00

# Jahresauswertung 2018 Knieendoprothesenversorgung

KEP

## Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 68  
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.516  
Datensatzversion: KEP 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17732-L113121-P53932

### Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.502	29,38	2.576	29,50
2. Quartal			2.133	25,05	2.078	23,80
3. Quartal			1.837	21,57	1.937	22,19
4. Quartal			2.044	24,00	2.140	24,51
Gesamt			8.516		8.731	
<b>Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen</b>			7.993		7.978	
<b>Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel</b>			606		849	

### Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.516		8.731	
Median				10,00		11,00
Mittelwert				10,81		11,50
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.599		8.827	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,14		1,29
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.599		8.827	
Median				9,00		10,00
Mittelwert				9,73		10,28



### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
4	Z96.65	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese
5	D62	Akute Blutungsanämie
6	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
7	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
8	Z48.0	Kontrolle von Verbänden und Nähten

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				M17.1	6.768	79,47	M17.1	6.773	77,57
2				I10.00	3.373	39,61	I10.00	3.576	40,96
3				E11.90	1.105	12,98	E11.90	1.110	12,71
4				Z96.65	995	11,68	Z96.65	1.106	12,67
5				D62	827	9,71	D62	972	11,13
6				Z92.2	813	9,55	Z92.2	802	9,19
7				Z92.1	784	9,21	I10.90	777	8,90
8				Z48.0	762	8,95	Z48.0	774	8,86

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

<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 2018<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert
2	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert
3	5-988.3	Anwendung eines Navigationssystems: Optisch
4	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
5	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert

### OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-822.g1	5.373	62,48	5-822.g1	5.093	57,70
2				5-822.01	933	10,85	5-988	1.077	12,20
3				5-988.3	805	9,36	5-822.01	909	10,30
4				5-822.j1	738	8,58	5-822.j1	764	8,66
5				5-822.81	567	6,59	8-915	656	7,43

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

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

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

## Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Aufnahmegrund</b>						
Krankenhausbehandlung vollstationär			3.640	42,74	4.345	49,77
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorangegangener vorstationärer Behandlung			4.876	57,26	4.386	50,23
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale)			0	0,00	0	0,00
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.516		8.731	
< 50 Jahre			239	2,81	287	3,29
50 - 59 Jahre			1.438	16,89	1.461	16,73
60 - 69 Jahre			2.742	32,20	2.812	32,21
70 - 79 Jahre			2.964	34,81	3.081	35,29
80 - 89 Jahre			1.111	13,05	1.061	12,15
>= 90 Jahre			22	0,26	29	0,33
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.516		8.731	
Median				69,00		69,00
Mittelwert				68,50		68,34
<b>Geschlecht</b>						
männlich			3.378	39,67	3.318	38,00
weiblich			5.138	60,33	5.413	62,00
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

## Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Gehstrecke</b>						
unbegrenzt (> 500 m)			1.178	13,83	1.034	11,84
Gehen am Stück bis 500 m möglich auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			5.584	65,57	5.729	65,62
im Zimmer mobil			1.402	16,46	1.595	18,27
immobil			260	3,05	294	3,37
			92	1,08	79	0,90
<b>Gehhilfen</b>						
keine			5.993	70,37	5.945	68,09
Unterarmgehstützen/Gehstock			2.040	23,95	2.240	25,66
Rollator/Gehbock			354	4,16	439	5,03
Rollstuhl			112	1,32	85	0,97
bettlägerig			17	0,20	22	0,25

### Auslösende OPS-Kodes<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert
2	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert
3	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
4	5-822.g0	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
5	5-822.g2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)

### Auslösende OPS-Kodes

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				5-822.g1	5.362	62,96	-	-	-
2				5-822.01	933	10,96	-	-	-
3				5-822.j1	705	8,28	-	-	-
4				5-822.g0	355	4,17	-	-	-
5				5-822.g2	246	2,89	-	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2018

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

## Prozedurdaten

### Eingriff

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>Betroffenes Kniegelenk</b>						
rechts			4.423	51,44	4.580	51,89
links			4.176	48,56	4.247	48,11

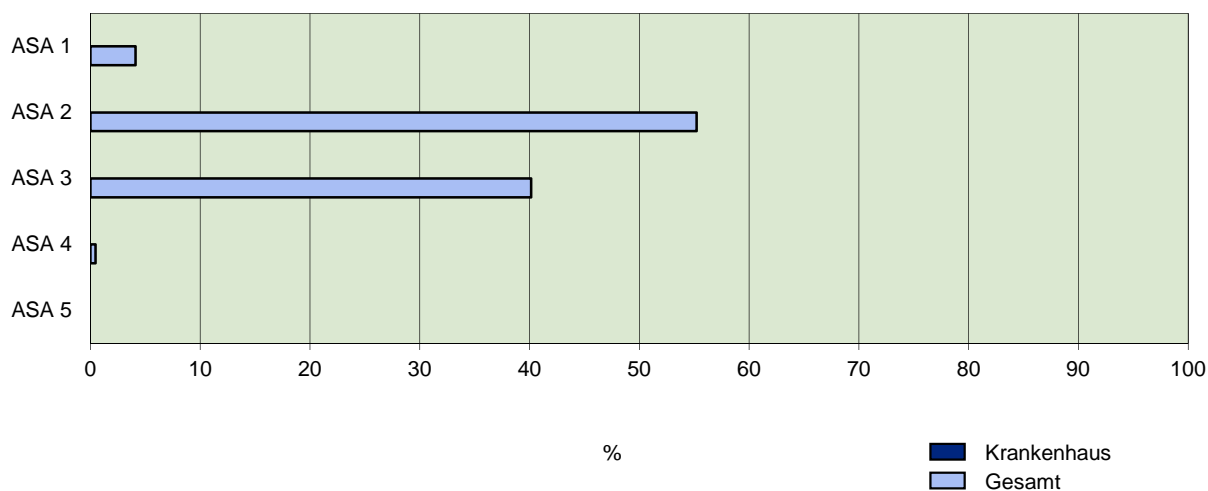
### Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>Gonarthrose</b>						
keine			300	3,49	471	5,34
primäre Gonarthrose			7.653	89,00	7.703	87,27
sekundäre Gonarthrose			646	7,51	653	7,40
<b>Fehlstellung des Knies</b>						
keine			4.947	57,53	5.118	57,98
schweres Valgusknie			1.273	14,80	1.271	14,40
schweres Varusknie			2.379	27,67	2.438	27,62

**Präoperative Befunde (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, gesunder Patient			355	4,13	368	4,17
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.749	55,23	4.867	55,14
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			3.454	40,17	3.537	40,07
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			41	0,48	52	0,59
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	3	0,03

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wundkontaminationsklassifikation</b> (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.483	98,65	8.656	98,06
bedingt aseptische Eingriffe			76	0,88	101	1,14
kontaminierte Eingriffe			9	0,10	6	0,07
septische Eingriffe			31	0,36	64	0,73

## Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>Art des Eingriffs</b>						
elektive Knieendoprothesen- Erstimplantation			7.993	92,95	7.978	90,38
einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel			486	5,65	706	8,00
Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels			120	1,40	143	1,62
<b>Dauer des Eingriffs</b> (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			8.599		8.827	
Median				87,00		87,00
Mittelwert				91,74		91,42



## Knieendoprothesen-Erstimplantation

### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen</b>			7.993		7.978	
<b>Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah</b>			1.834	22,95	1.921	24,08
<b>Schmerzen</b>						
Ruhschmerz			5.699	71,30	5.434	68,11
Belastungsschmerz			2.253	28,19	2.513	31,50
keine Schmerzen			41	0,51	31	0,39

### Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score der Arthrose

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen</b>			7.993		7.978	
<b>Osteophyten</b>						
keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			416	5,20	429	5,38
			7.577	94,80	7.549	94,62
<b>Gelenkspalt</b>						
nicht oder mäßig verschmälert			73	0,91	102	1,28
häufig verschmälert			1.957	24,48	2.203	27,61
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			5.963	74,60	5.673	71,11
<b>Sklerose</b>						
keine Sklerose			31	0,39	41	0,51
mäßige subchondrale Sklerose			1.255	15,70	1.287	16,13
ausgeprägte subchondrale Sklerose			5.255	65,75	5.142	64,45
Sklerose mit Zysten Femur Tibia, Patella			1.452	18,17	1.508	18,90
<b>Deformierung</b>						
keine Deformierung			712	8,91	822	10,30
Entrundung der Femurkondylen			4.980	62,30	4.856	60,87
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			2.301	28,79	2.300	28,83

**Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score der Arthrose (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen</b>			7.993		7.978	
<b>Röntgenologische Kriterien</b> Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence <sup>1</sup>						
0 Punkte			8	0,10	7	0,09
1 - 2 Punkte			136	1,70	158	1,98
3 - 4 Punkte			857	10,72	988	12,38
5 - 6 Punkte			4.583	57,34	4.462	55,93
7 - 8 Punkte			2.409	30,14	2.363	29,62
4 - 8 Punkte			7.629	95,45	7.526	94,33

<sup>1</sup> Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Knie

<b>Osteophyten</b>	0= keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1= eindeutig	<b>Gelenkspalt</b>	0= nicht oder mäßig verschmälert 1= häftig verschmälert 2= ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben
<b>Sklerose</b>	0= keine Sklerose 1= mäßige subchondrale Sklerose 2= ausgeprägt subchondrale Sklerose 3= Sklerose mit Zysten an Femur, Tibia, Patella	<b>Deformierung</b>	0= keine Deformierung 1= Entrundung der Femurkondylen 2= ausgeprägte Destruktion, Deformierung

### Implantation einer unikondylären Schlittenprothese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen</b>			7.993		7.978	
<b>Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?</b>						
ja			933	11,67	898	11,26
nein			7.060	88,33	7.080	88,74
wenn ja: <b>Übrige Gelenkkompartimente intakt</b>			879 / 933	94,21	874 / 898	97,33

### Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen</b>			7.993		7.978	
<b>Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk</b>						
ja			137	1,71	141	1,77
nein			7.856	98,29	7.837	98,23
wenn ja: <b>erosive Gelenkerstörung</b> (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			13 / 137	9,49	12 / 141	8,51
Grad 1: geringe Veränderung			25 / 137	18,25	16 / 141	11,35
Grad 2: definitive Veränderung			20 / 137	14,60	29 / 141	20,57
Grad 3: deutliche Veränderung			51 / 137	37,23	43 / 141	30,50
Grad 4: schwere Veränderung			27 / 137	19,71	35 / 141	24,82
Grad 5: mutilierende Veränderung			1 / 137	0,73	6 / 141	4,26

## Wechsel bzw. Komponentenwechsel

### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel</b>			606		849	
<b>Schmerzen vor der Prothesenexplantation</b>						
Ruhschmerz			358	59,08	409	48,17
Belastungsschmerz			226	37,29	407	47,94
keine Schmerzen			22	3,63	33	3,89

### Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel</b>			606		849	
<b>Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)</b>						
ja			108	17,82	207	24,38
nein			498	82,18	642	75,62
<b>Mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation</b>						
nicht durchgeführt			208	34,32	277	32,63
durchgeführt, negativ			336	55,45	456	53,71
durchgeführt, positiv			62	10,23	116	13,66

### Röntgendiagnostik/Klinische Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel</b>			606		849	
<b>Spezifische röntgenologische/ klinische Befunde vor der Prothesenexplantation</b> Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			512	84,49	617	72,67
Implantatbruch			11 / 512	2,15	16 / 617	2,59
Implantatfehl- lage/Malrotation			35 / 512	6,84	41 / 617	6,65
Implantatwanderung			33 / 512	6,45	22 / 617	3,57
<b>Lockerung der Femur-Komponente</b>						
septisch			29 / 512	5,66	21 / 617	3,40
aseptisch			157 / 512	30,66	142 / 617	23,01
<b>Lockerung der Tibia-Komponente</b>						
septisch			31 / 512	6,05	18 / 617	2,92
aseptisch			224 / 512	43,75	234 / 617	37,93
<b>Lockerung der Patella-Komponente</b>						
septisch			0 / 512	0,00	1 / 617	0,16
aseptisch			14 / 512	2,73	17 / 617	2,76
Substanzverlust Femur			66 / 512	12,89	45 / 617	7,29
Substanzverlust Tibia			87 / 512	16,99	90 / 617	14,59
periprothetische Fraktur			38 / 512	7,42	39 / 617	6,32
Endoprothesen(sub)luxation			23 / 512	4,49	20 / 617	3,24
Instabilität des Gelenks			106 / 512	20,70	89 / 617	14,42
bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose			57 / 512	11,13	54 / 617	8,75
Patellanekrose			0 / 512	0,00	1 / 617	0,16
Patellaluxation			4 / 512	0,78	3 / 617	0,49
Patellaschmerz			35 / 512	6,84	77 / 617	12,48

### Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
<b>Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b> Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )			202	2,35	179	2,03
<b>primäre Implantatfehlage</b>						
Femur-Komponente			1 / 202	0,50	0 / 179	0,00
Tibia-Komponente			1 / 202	0,50	1 / 179	0,56
sekundäre Implantatdislokation			4 / 202	1,98	5 / 179	2,79
postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes			6 / 202	2,97	1 / 179	0,56
Patellafehlstellung			1 / 202	0,50	1 / 179	0,56
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			57 / 202	28,22	60 / 179	33,52
<b>OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion</b>						
ja, nicht schmerzkatheterbedingt			0 / 202	0,00	3 / 179	1,68
ja, schmerzkatheterbedingt			0 / 202	0,00	0 / 179	0,00
<b>bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden</b>						
ja, nicht schmerzkatheterbedingt			9 / 202	4,46	8 / 179	4,47
ja, schmerzkatheterbedingt			5 / 202	2,48	2 / 179	1,12
periprothetische Fraktur			14 / 202	6,93	12 / 179	6,70
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			20 / 202	9,90	20 / 179	11,17

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			6 / 202	2,97	8 / 179	4,47
postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes			4 / 202	1,98	15 / 179	8,38
Ruptur der Quadrizepssehne/ Ligamentum patellae			8 / 202	3,96	3 / 179	1,68
Fraktur der Patella			0 / 202	0,00	0 / 179	0,00
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			79 / 202	39,11	59 / 179	32,96
<b>Postoperative Wundinfektion</b>						
ja			35	0,41	35	0,40
nein			8.564	99,59	8.792	99,60
wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
<b>Wundinfektionstiefe</b> (nach Definition der CDC)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			10 / 35	28,57	5 / 35	14,29
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			18 / 35	51,43	21 / 35	60,00
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			7 / 35	20,00	9 / 35	25,71
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			123 / 225	54,67	121 / 199	60,80
nein			102 / 225	45,33	78 / 199	39,20



### Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			8.599		8.827	
weitere knieendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			95	1,10	101	1,14

### Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</b> Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )			346	4,06	332	3,80
Pneumonie			20 / 346	5,78	21 / 332	6,33
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			60 / 346	17,34	67 / 332	20,18
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			28 / 346	8,09	26 / 332	7,83
Lungenembolie			17 / 346	4,91	19 / 332	5,72
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			33 / 346	9,54	22 / 332	6,63
Schlaganfall			7 / 346	2,02	6 / 332	1,81
akute gastrointestinale Blutung			4 / 346	1,16	7 / 332	2,11
akute Niereninsuffizienz			27 / 346	7,80	22 / 332	6,63
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			186 / 346	53,76	163 / 332	49,10

### Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Bestimmung des aktiven Bewegungsausmaßes mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung</b>			8.357	98,13	8.536	97,77
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			7.803 / 8.357	93,37	7.785 / 8.536	91,20
<b>Winkel Extension (Grad)</b>						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,06		0,05
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,21		0,18
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				91,89		92,22

### Gefähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Gehstrecke bei Entlassung</b>						
unbegrenzt (> 500 m)			416	4,88	418	4,79
Gehen am Stück bis 500 m möglich			3.630	42,63	3.886	44,51
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			4.375	51,37	4.328	49,57
im Zimmer mobil			66	0,78	73	0,84
immobil			24	0,28	12	0,14
<b>Gehhilfen bei Entlassung</b>						
keine			85	1,00	114	1,31
Unterarmgehstützen/Gehstock			8.109	95,22	8.282	94,86
Rollator/Gehbock			277	3,25	288	3,30
Rollstuhl			32	0,38	26	0,30
bettlägerig			8	0,09	7	0,08

## Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
01: regulär beendet			5.930	69,63	5.820	66,66
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			258	3,03	331	3,79
03: aus sonstigen Gründen			4	0,05	1	0,01
04: gegen ärztlichen Rat			19	0,22	18	0,21
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			41	0,48	44	0,50
07: Tod			8	0,09	14	0,16
08: Verlegung nach § 14			1	0,01	3	0,03
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.235	26,24	2.466	28,24
10: in Pflegeeinrichtung			16	0,19	28	0,32
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,01	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,01	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			2	0,02	6	0,07
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 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			8.516		8.731	
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag			1.379	16,19	1.455	16,66
Dienstag			1.289	15,14	1.338	15,32
Mittwoch			1.336	15,69	1.307	14,97
Donnerstag			1.267	14,88	1.177	13,48
Freitag			2.010	23,60	2.110	24,17
Samstag			990	11,63	1.038	11,89
Sonntag			245	2,88	306	3,50

## 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 2018.

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

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

### 3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

#### Beispiele:

Referenzbereich:  $\leq 2,50\%$

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

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

#### Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

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

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

### 4. Vorjahresdaten

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

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

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

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



## 5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

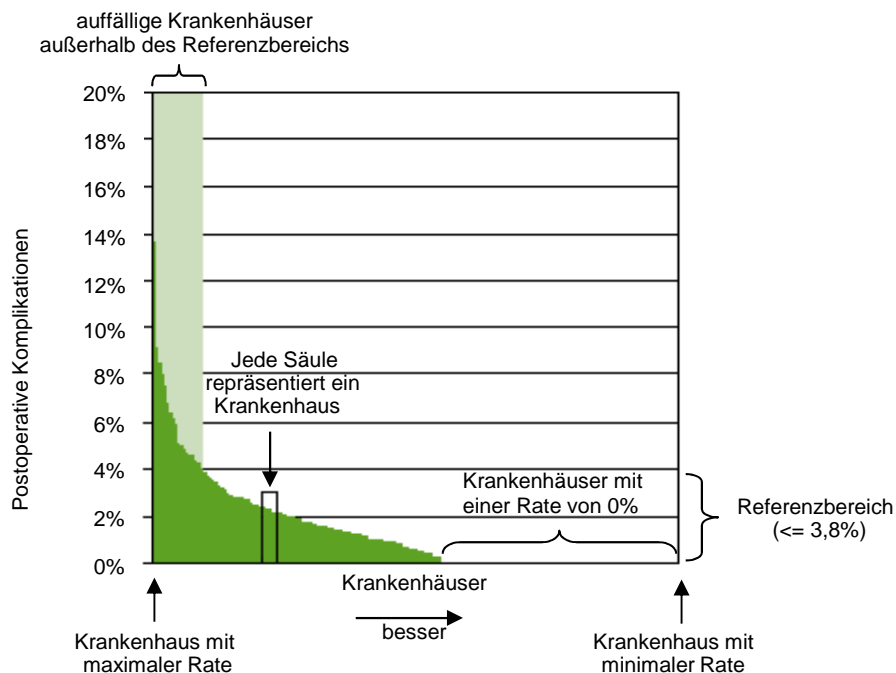
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 5.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 5.2 Histogramm

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

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

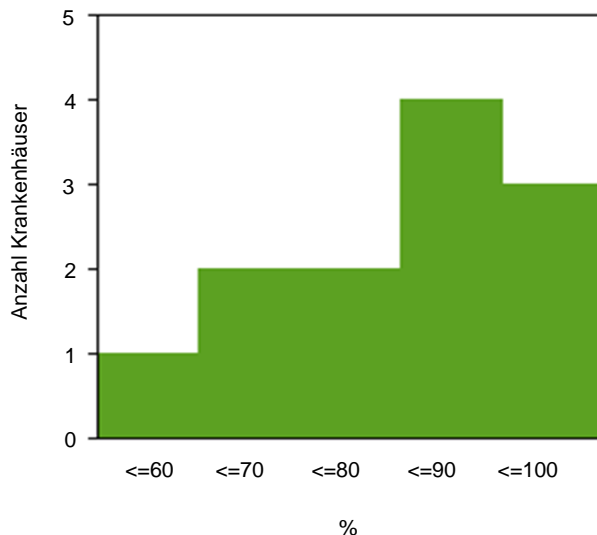
**Beispiel:**

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

## 6. Basisauswertung

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

## 7. Sonstiges

### 7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

### 7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### AK-ID

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

### Auffälligkeitskriterium

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

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

### Kennzahl-ID

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

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

### Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Verbindliche Kennzahlen**

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

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

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

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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