

Jahresauswertung 2018 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.781
Datensatzversion: KEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17907-L113151-P53986

Jahresauswertung 2018 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.781
Datensatzversion: KEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17907-L113151-P53986

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2018/KEP/54020 QI: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation			98,81%	>= 90,00%	innerhalb	97,38%	10
2018/KEP/54021 QI: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese			97,88%	>= 90,00%	innerhalb	96,58%	13
2018/KEP/54022 QI: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			93,37%	>= 86,00%	innerhalb	87,84%	16

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

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

³ 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 ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Allgemeine Komplikationen							
2018/KEP/54123							
QI: bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation			1,43%	<= 5,00%	innerhalb	1,87%	19
2018/KEP/50481							
QI: bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			4,60%	<= 10,37%	innerhalb	4,75%	22
Gruppe: Spezifische Komplikationen							
2018/KEP/54124							
QI: bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation			1,32%	<= 3,89%	innerhalb	1,42%	25
2018/KEP/54125							
QI: bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			6,42%	<= 13,33%	innerhalb	7,13%	28

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

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

³ 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 ¹	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2018/KEP/54026 TKez: Beweglichkeit bei Entlassung			93,74%	-	-	93,82%	31
2018/KEP/54028 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			0,91	<= 3,79	innerhalb	1,18	33
2018/KEP/54127 QI: Todesfälle während des akuten stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit			2,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	0,00 Fälle	36
2018/KEP/54128 QI: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			99,69%	>= 98,54%	innerhalb	99,92%	38

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

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

³ 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 ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/KEP/850305 Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	0,00 Fälle	39
2018/KEP/850306 Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen			0,32%	<= 3,02%	innerhalb	0,63%	41
2018/KEP/850307 Kodierung von Komplikations- diagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			34,04%	<= 50,00%	innerhalb	53,52%	43

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2018/KEP/850336 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation							
			3,00 Fälle	< 2,00 Fälle	außerhalb	3,00 Fälle	45

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 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

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

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen von Endoprothesen am Kniegelenk¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/KEP/54020

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien²				
Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence ³				
0 Punkte			2 / 4.537	0,04%
1 - 2 Punkte			10 / 4.537	0,22%
3 - 4 Punkte			344 / 4.537	7,58%
5 - 6 Punkte			2.360 / 4.537	52,02%
7 - 8 Punkte			1.821 / 4.537	40,14%
4 - 8 Punkte			4.495 / 4.537	99,07%
Eingriffe bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ³				
Grad 0			1 / 4.537	0,02%
Grad 1			7 / 4.537	0,15%
Grad 2			13 / 4.537	0,29%
Grad 3			25 / 4.537	0,55%
Grad 4			38 / 4.537	0,84%
Grad 5			1 / 4.537	0,02%
Schmerzen*				
Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			753 / 4.537	16,60%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			3.770 / 4.537	83,09%

¹ 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.

² 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.

³ 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 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 (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			4.483 / 4.537	98,81%
		>= 90,00%	98,45% - 99,09%	>= 90,00%

Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Knie			
Osteophyten	0= keine oder beginnende Eminentia oder gelenkseitige Patellapole	Gelenkspalt	0= nicht oder mäßig verschmälert
	1= eindeutig		1= häftig verschmälert
			2= ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben
Sklerose	0= keine Sklerose	Deformierung	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 Gelenkverschmälerng
Grad 2:	definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerng nicht obligat
Grad 3:	deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerng 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

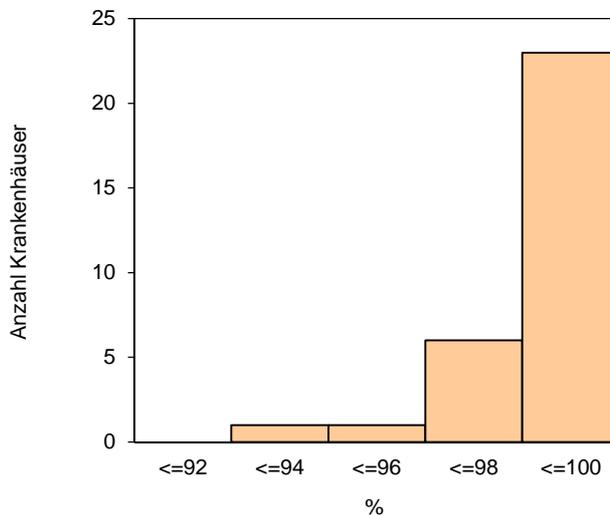
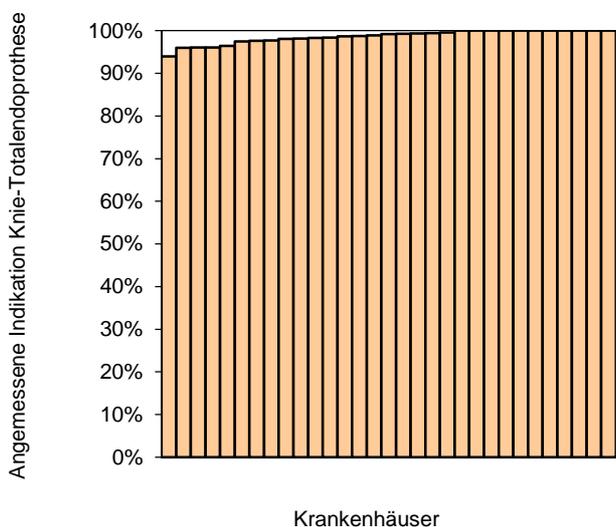
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score oder die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen oder die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer 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			4.529 / 4.651	97,38% 96,88% - 97,80%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,97	96,00	96,08	97,73	99,25	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 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 Schlittenprothesen¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/KEP/54021

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien² Eingriffe bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence				
0 Punkte			0 / 755	0,00%
1 - 2 Punkte			10 / 755	1,32%
3 - 4 Punkte			178 / 755	23,58%
5 - 6 Punkte			453 / 755	60,00%
7 - 8 Punkte			114 / 755	15,10%
4 - 8 Punkte			700 / 755	92,72%
Schmerzen³ Eingriffe bei Patienten mit Belastungsschmerz			202 / 755	26,75%
Eingriffe bei Patienten mit Ruheschmerz			552 / 755	73,11%
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			739 / 755	97,88%
Vertrauensbereich				96,59% - 98,69%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

¹ 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.

² 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.

³ Das Kriterium Schmerz ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerz vorliegen.

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

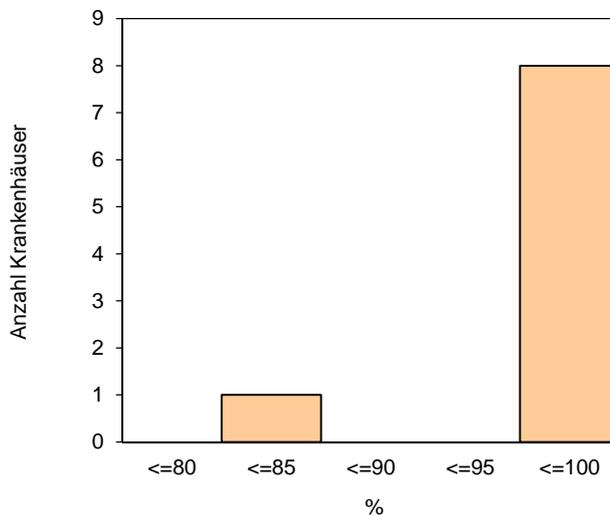
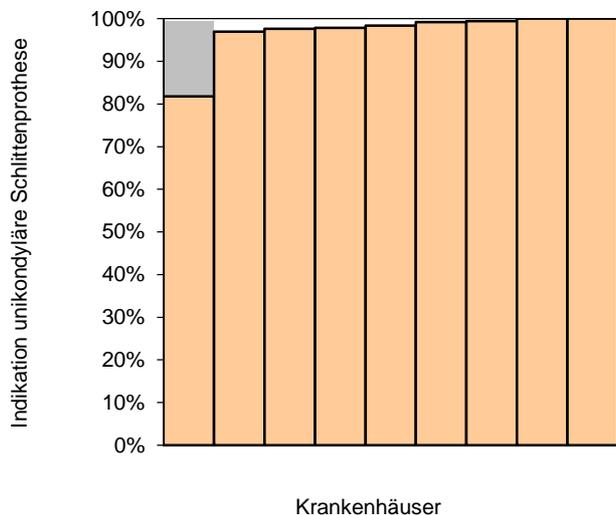
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score, bezogen auf das betroffene Kompartiment, erfüllen und mit intakten übrigen Gelenkkompartimenten Vertrauensbereich			677 / 701	96,58% 94,96% - 97,69%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

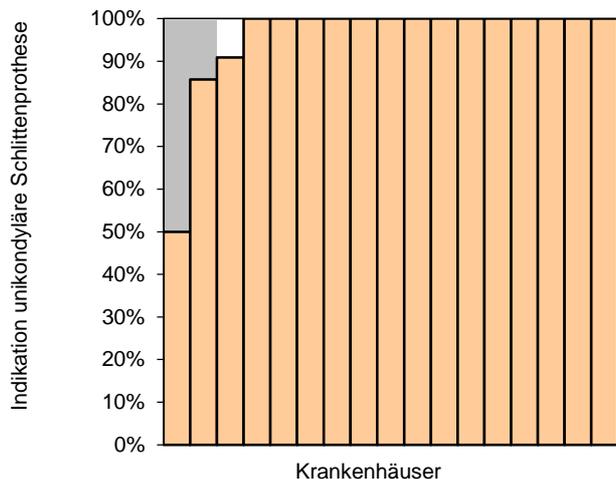
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,82			97,67	98,41	99,43			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 20 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	100,00		100,00

7 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	%
Eingriffe bei Patienten mit				
Endoprothesen(sub-)luxation oder				
Implantatbruch oder				
Periprothetische Fraktur oder				
Substanzverlust Femur oder				
Substanzverlust Tibia oder				
mindestens einem Schmerzkriterium ¹ und mindestens einem spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterium ² oder				
mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ³ oder				
Entzündungszeichen* im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			451 / 483	93,37%
Vertrauensbereich				90,80% - 95,27%
Referenzbereich		>= 86,00%		>= 86,00%

¹ Das Kriterium Schmerz ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

² Das röntgenologische/klinische Kriterium ist erfüllt, wenn einer der folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatfehlalage/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.

³ 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 ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patienten mit Endoprothesen(sub-)luxation oder Implantatbruch oder Periprothetische Fraktur oder Substanzverlust Femur oder Substanzverlust Tibia oder mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterium ³ oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium* oder Entzündungszeichen** im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium Vertrauensbereich			419 / 477	87,84% 84,60% - 90,48%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

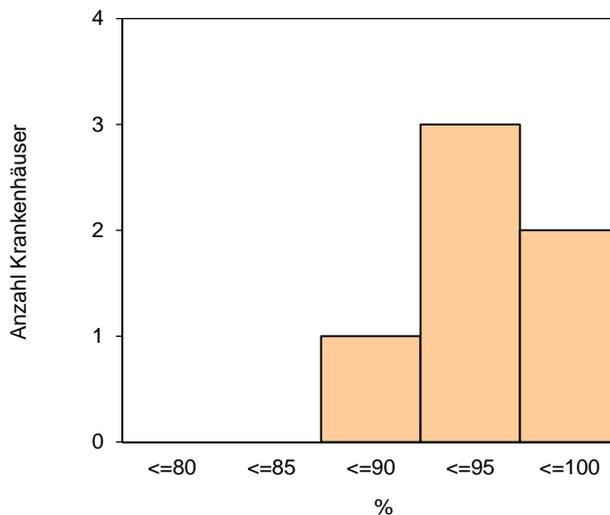
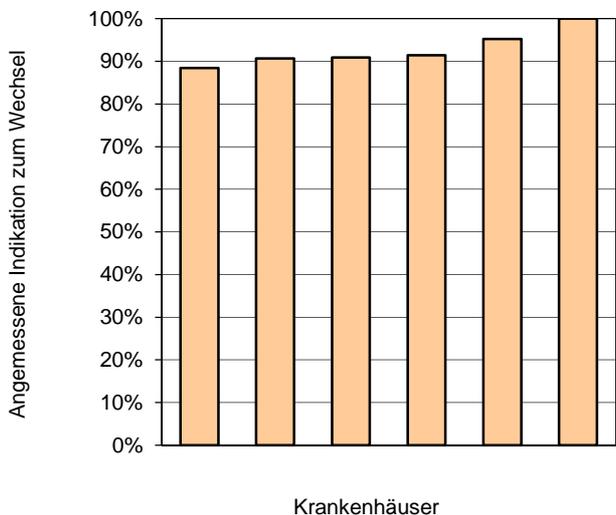
³ Das röntgenologische/klinische Kriterium ist erfüllt, wenn einer der folgenden Befunde vorliegt:
 Implantatfehlhllage/Malrotation, Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, der Tibia-Komponente, der Patella-Komponente,
 Instabilität des Gelenks, bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: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

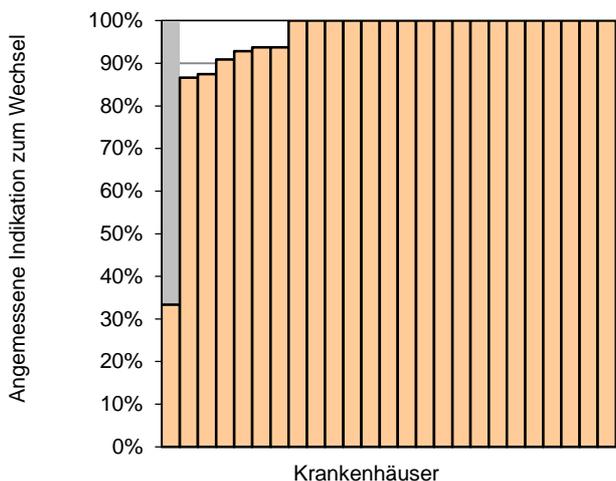
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/KEP/54022]:
 Anteil von Eingriffen bei Patienten mit angemessener Indikation (anhand der klinischen Symptomatik,
 klinischer/röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien) an allen Patienten mit
 Knieendoprothesen-Wechsel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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,46			90,70	91,16	95,24			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,33	86,67	87,50	93,75	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2 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 ¹			
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 ¹	76 / 5.303	34 / 3.129	42 / 2.174
Vertrauensbereich	1,15% - 1,79%	1,09%	1,93%
Referenzbereich	<= 5,00%		

¹ 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 ¹ 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 ¹ Vertrauensbereich	100 / 5.350 1,87%	45 / 3.208 1,40%	55 / 2.142 2,57%

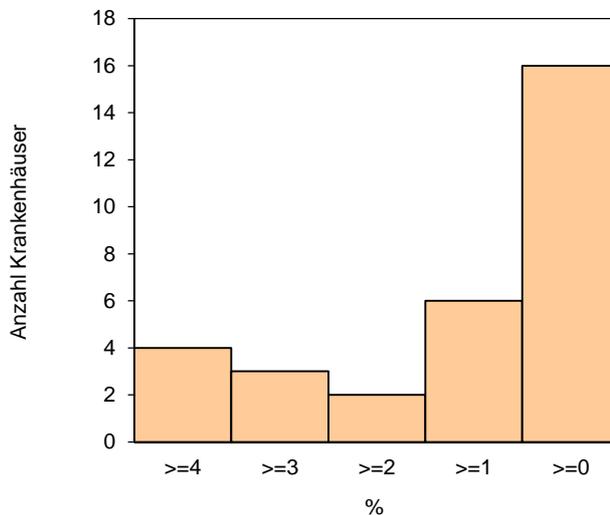
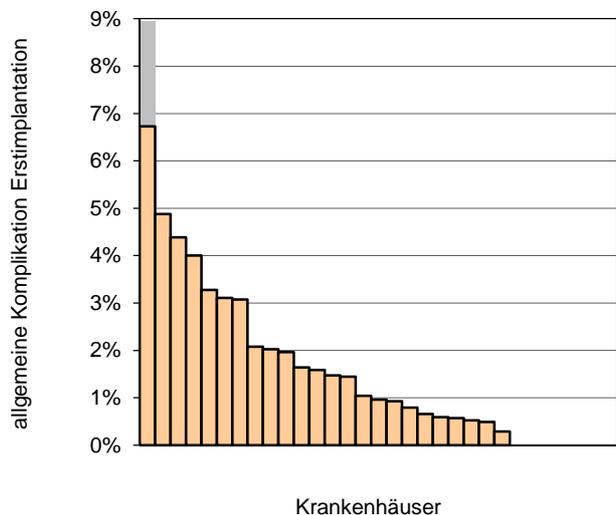
¹ Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie,
 katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

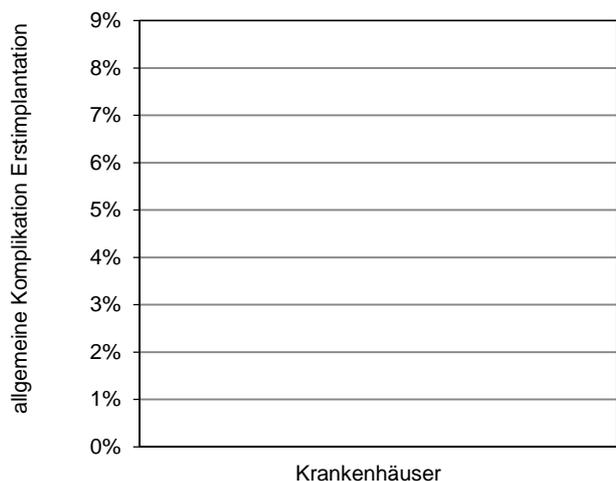
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,29	0,96	2,08	4,00	4,88	6,73

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 ¹			
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 ¹	22 / 478 4,60%	2 / 183 1,09%	20 / 295 6,78%
Vertrauensbereich	3,06% - 6,87%		
Referenzbereich	<= 10,37%		

¹ 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 ¹	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 ² Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	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 ² Vertrauensbereich	22 / 463 4,75%	1 / 193 0,52%	21 / 270 7,78%
	3,16% - 7,09%		

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

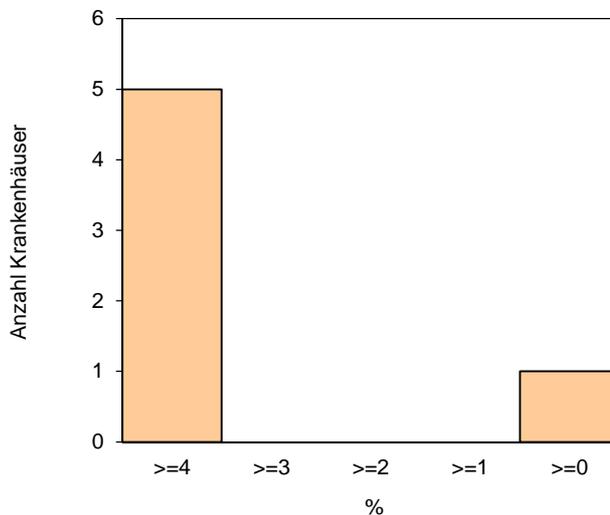
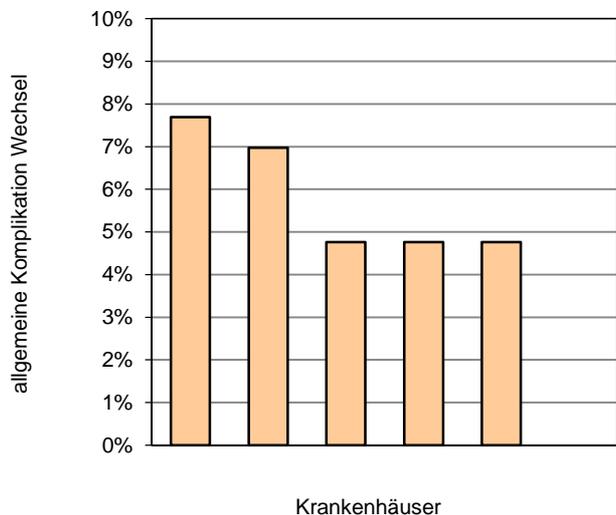
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie,
 katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

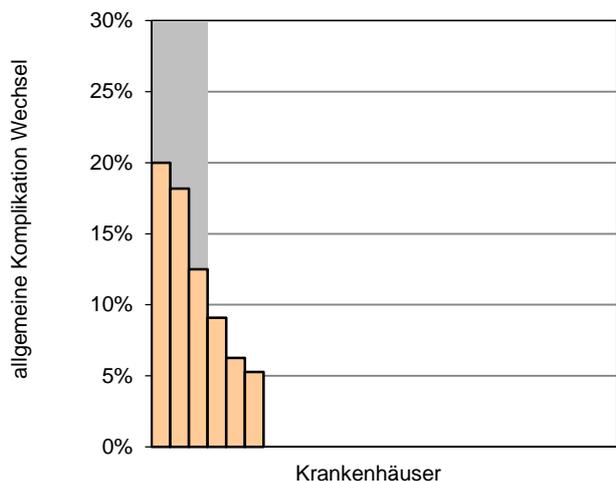
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			4,76	4,76	6,98			7,69

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50	18,18	20,00

2 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 ¹			
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 ¹	70 / 5.312 1,32%	29 / 3.136 0,92%	41 / 2.176 1,88%
Vertrauensbereich	1,04% - 1,66%		
Referenzbereich	<= 3,89%		

¹ 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 ¹ 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 ¹ Vertrauensbereich	76 / 5.367 1,42% 1,13% - 1,77%	29 / 3.218 0,90%	47 / 2.149 2,19%

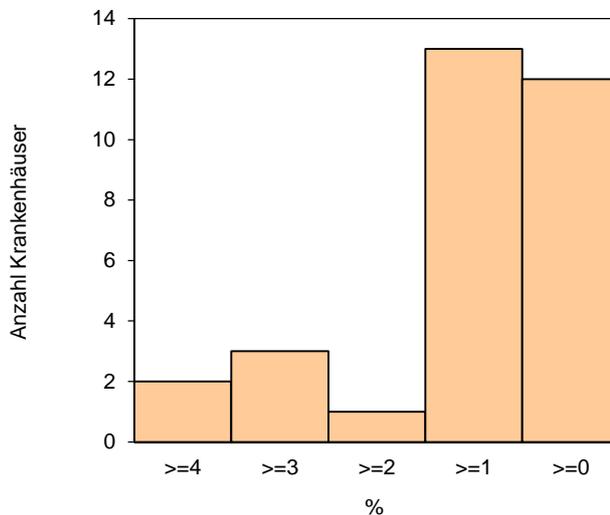
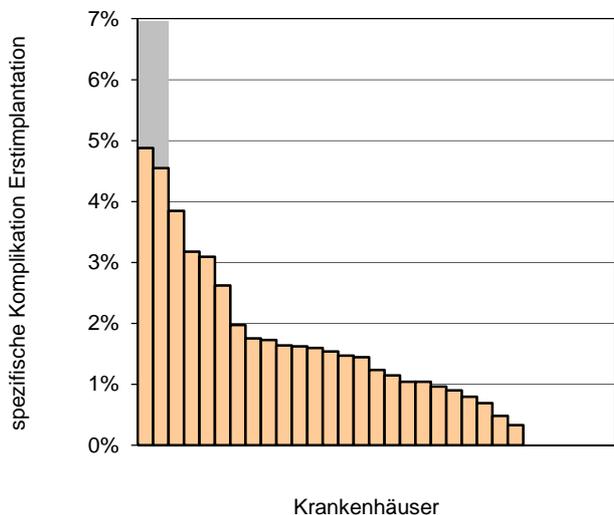
¹ Eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: primäre Implantatfehl- lage, sekundäre Implantatdislokation, postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes, Patellafehlstellung, OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom 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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

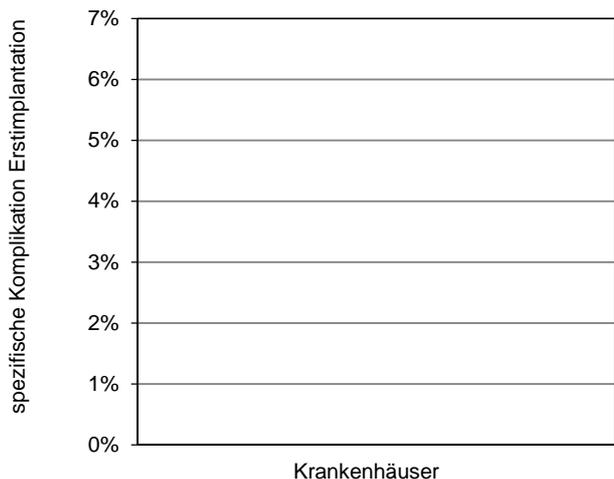
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,48	1,23	1,75	3,17	4,55	4,88

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 ¹			
Vertrauensbereich			
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 ¹	31 / 483 6,42%	6 / 186 3,23%	25 / 297 8,42%
Vertrauensbereich	4,56% - 8,97%		
Referenzbereich	<= 13,33%		

¹ Eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: primäre Implantatfehlage, 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 ¹	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 ² Vertrauensbereich			

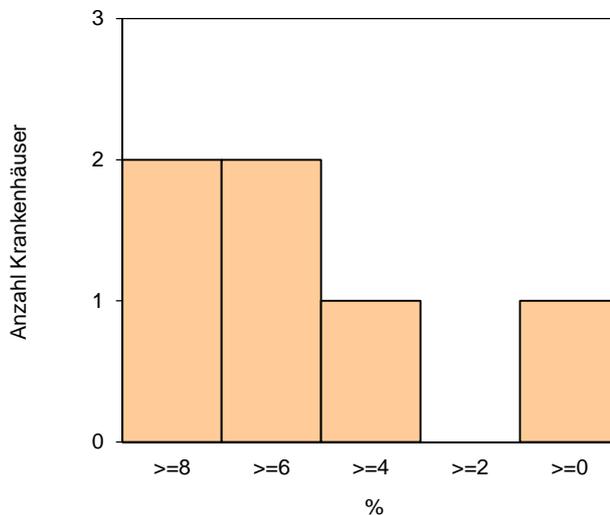
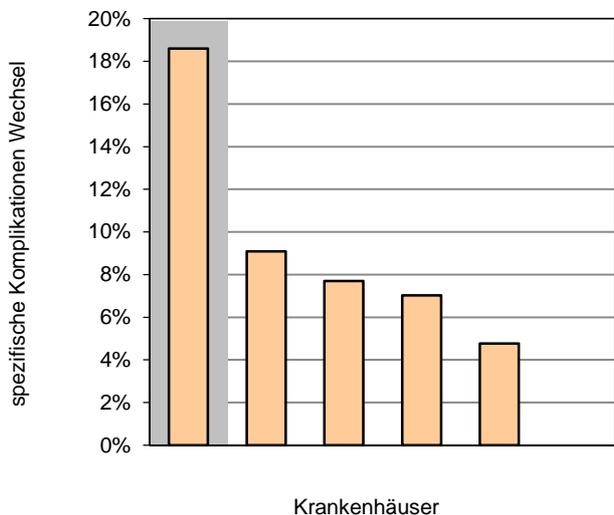
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2017		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	34 / 477 7,13%	9 / 195 4,62%	25 / 282 8,87%
	5,15% - 9,80%		

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² 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

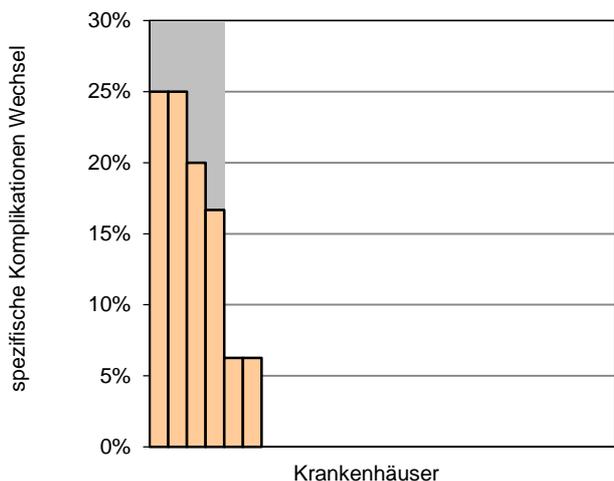
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2018/KEP/54125]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			4,76	7,36	9,09			18,60

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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			4.969 / 5.301	93,74% 93,05% - 94,36%

Vorjahresdaten¹	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			5.023 / 5.354	93,82% 93,14% - 94,43%

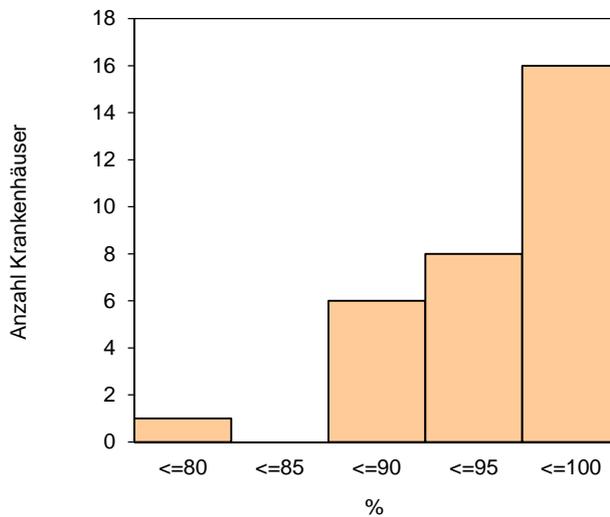
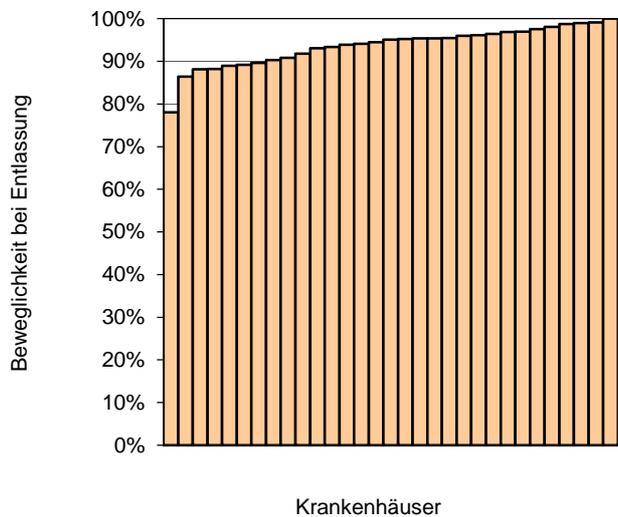
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6_TK_54026, Kennzahl-ID 2018/KEP/54026]:

Anteil von Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies von 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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

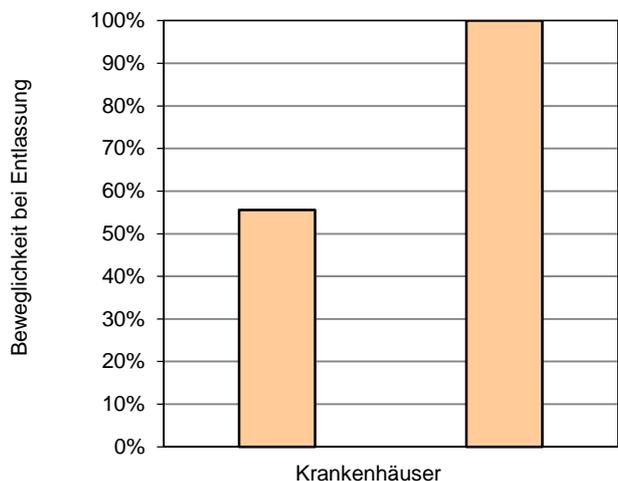
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,07	86,46	88,24	90,28	95,08	96,88	98,77	99,12	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,56				77,78				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 Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²		26 / 5.395 0,48%
vorhergesagt (E) ³		28,62 / 5.395 0,53%
O - E		-0,05%

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

² KKez O_54028: Beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

³ 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*		0,91
Vertrauensbereich		0,62 - 1,33
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 ¹ Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ²	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ³		33 / 5.485 0,60%
vorhergesagt (E)*		28,01 / 5.485 0,51%
O - E		0,09%
O/E** Vertrauensbereich	[]	1,18 0,84 - 1,65

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² 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.

³ 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.

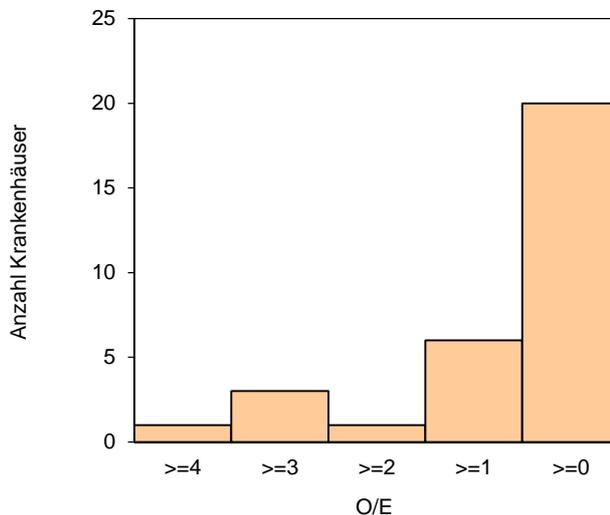
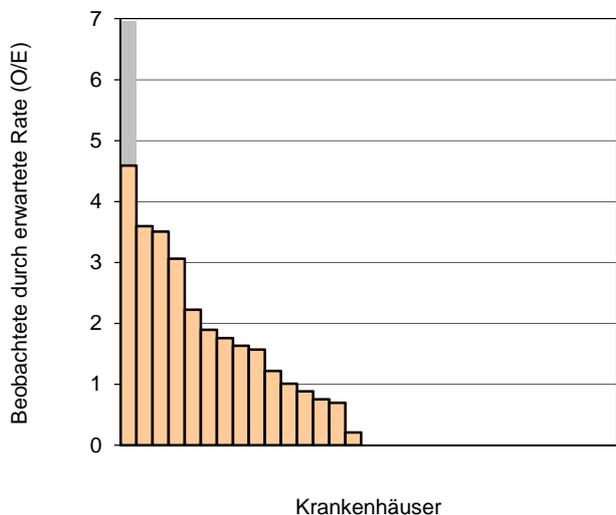
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

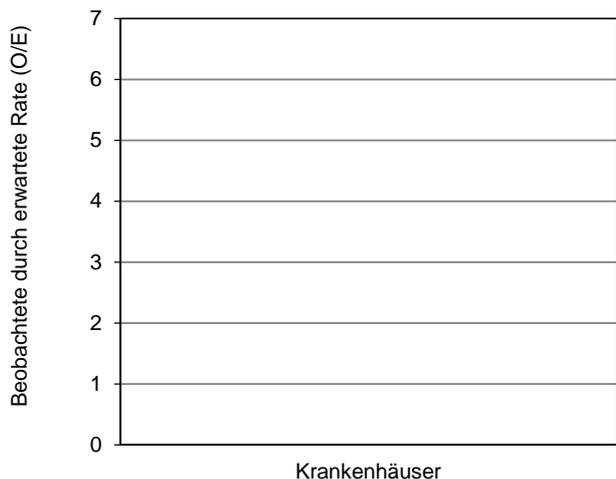
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,63	3,06	3,60	4,59

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 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 / 5.000	2,00 Fälle 0,04%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			0 / 5.060	0,00 Fälle 0,00%

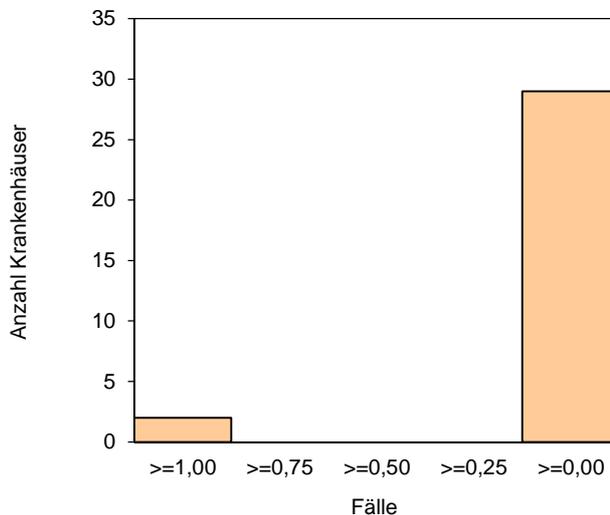
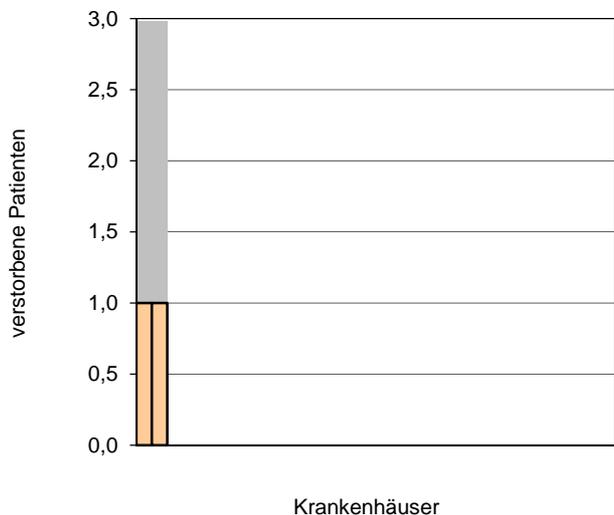
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

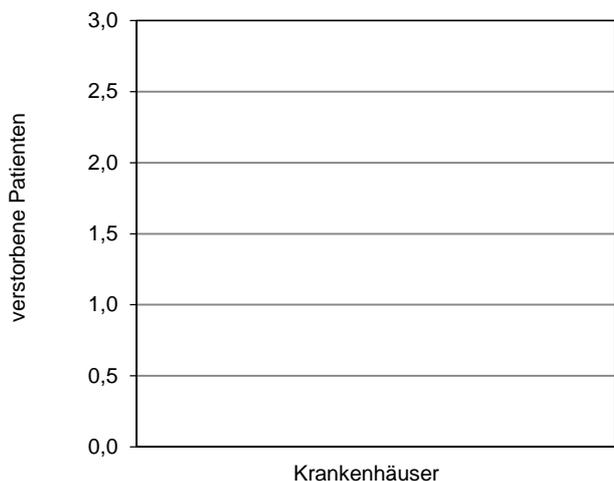
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 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 sind¹

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			5.121 / 5.137	99,69% 99,51% - 99,82% >= 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			4.860 / 4.864	99,92% 99,80% - 99,97%

¹ Ein Ersteingriff gilt als nicht mehr unter Beobachtung stehend in der Follow-up-Auswertung bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:
 - Dokumentation einer weiteren Erstimplantation an der gleichen operierten Seite (nur bei Dokumentationsfehlern relevant)
 Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
 Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen 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 Prozeduren¹

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 ¹ mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt) Referenzbereich			0 / 5.795	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Alle Prozeduren ¹ mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)			0 / 6.083	0,00 Fälle

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

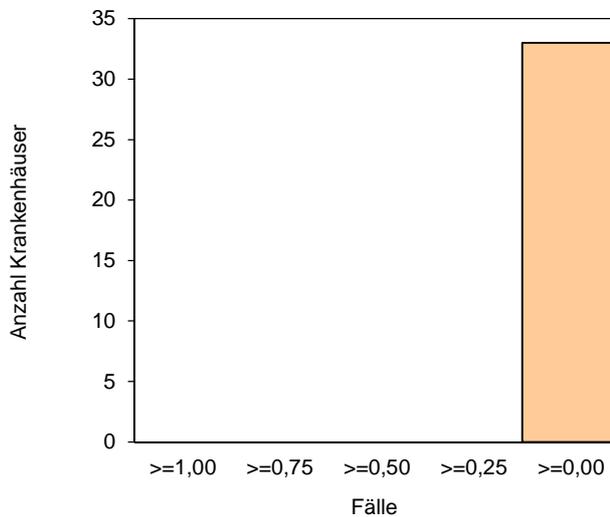
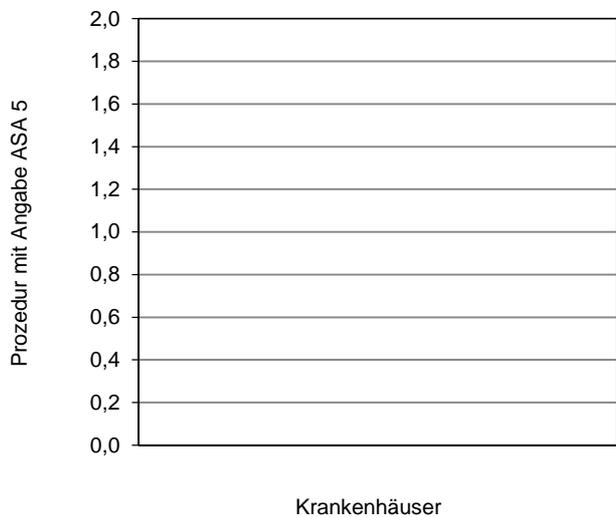
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

33 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-Erstimplantation¹

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 ¹ mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) ² Vertrauensbereich Referenzbereich			17 / 5.312	0,32% 0,20% - 0,51% <= 3,02%

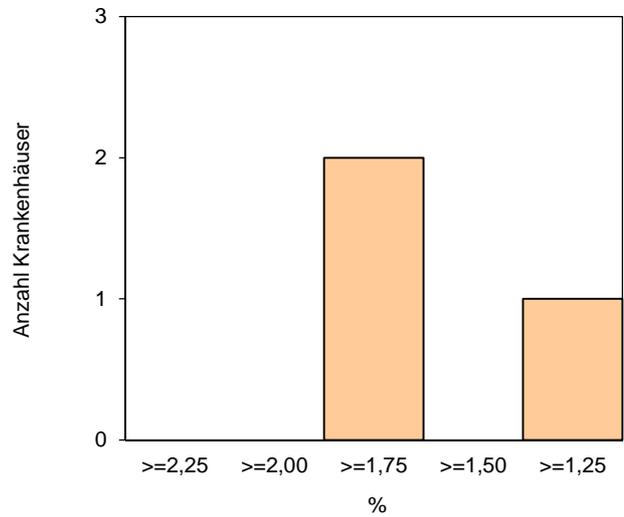
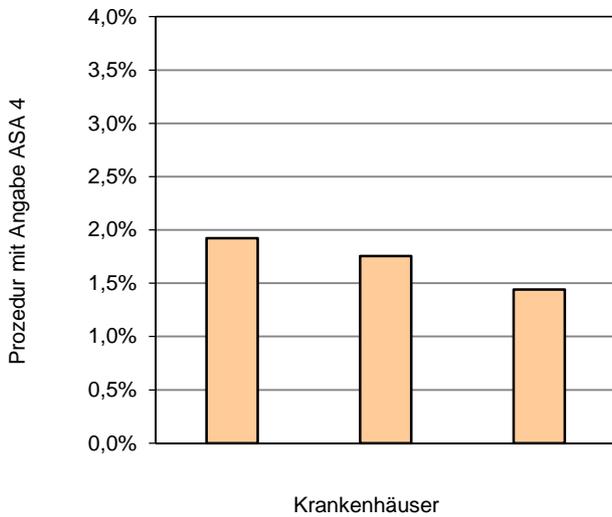
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Prozeduren ¹ mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) Vertrauensbereich			34 / 5.367	0,63% 0,45% - 0,88%

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

² 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
	1,44				1,75				1,92

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 ¹			16 / 47	34,04%
Vertrauensbereich				22,17% - 48,33%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	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			38 / 71	53,52%
Vertrauensbereich				42,04% - 64,64%

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

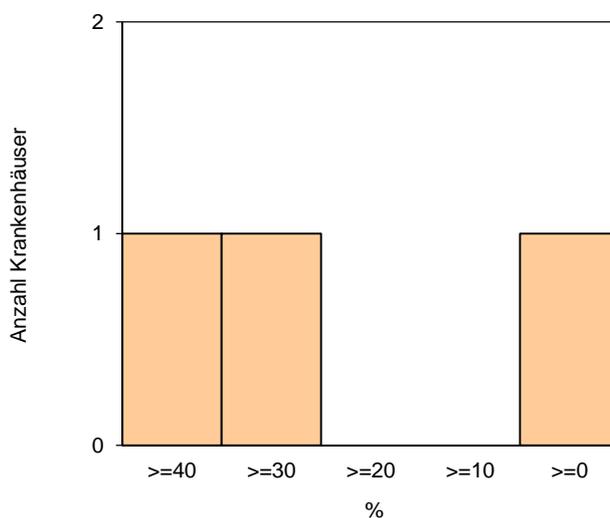
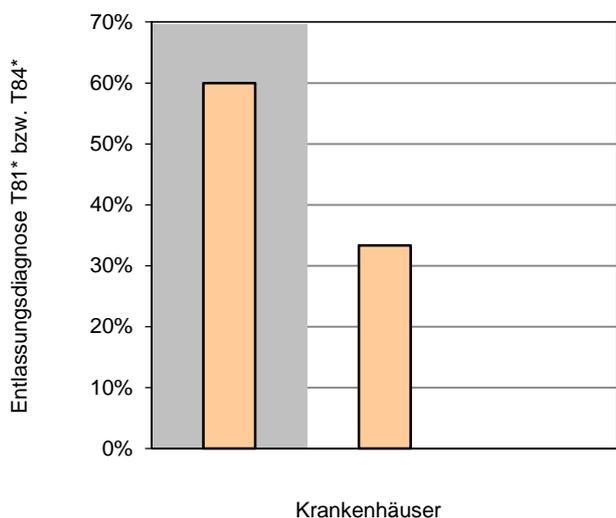
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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:

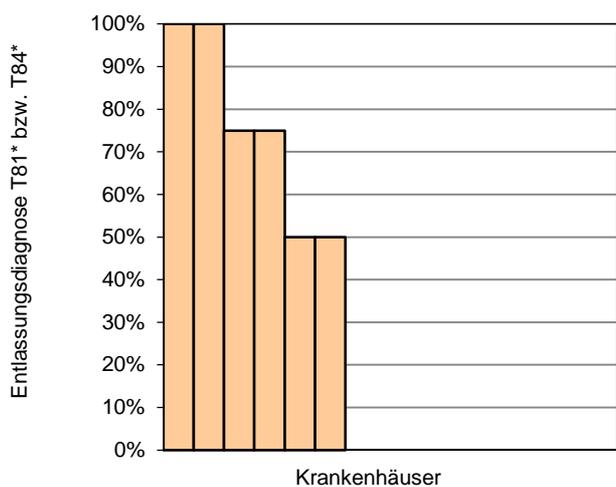
3 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 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	75,00	100,00		100,00

15 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 ¹ Referenzbereich		< 2,00 Fälle	3 / 13	3,00 Fälle < 2,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹			3 / 18	3,00 Fälle

¹ die Angabe einer periprothetischen Fraktur wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft

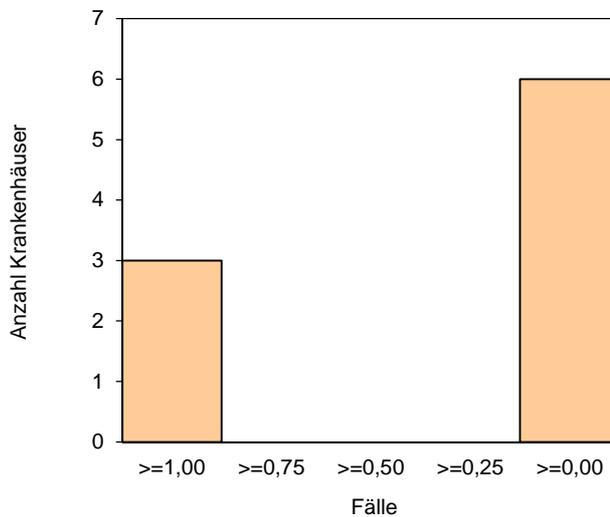
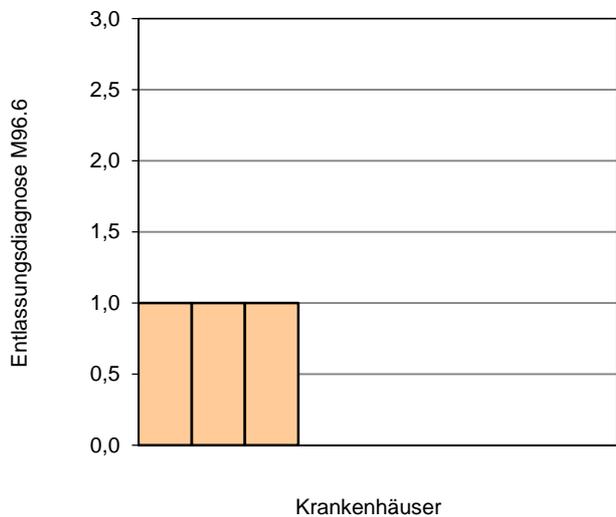
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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	0,00	1,00			1,00

Jahresauswertung 2018 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.781
Datensatzversion: KEP 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17907-L113151-P53986

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.641	28,39	1.852	30,70
2. Quartal			1.455	25,17	1.408	23,34
3. Quartal			1.253	21,67	1.273	21,10
4. Quartal			1.432	24,77	1.500	24,86
Gesamt			5.781		6.033	
Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.312		5.367	
Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			483		716	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.781		6.033	
Median				9,00		9,00
Mittelwert				9,74		10,57
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.795		6.083	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,23		1,38
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.795		6.083	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				8,55		9,31

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	Z96.65	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese
5	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	U50.10	Leichte motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 80-95 Punkte
7	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
8	D62	Akute Blutungsanämie

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				M17.1	4.568	79,02	M17.1	4.520	74,92
2				I10.00	2.534	43,83	I10.00	2.499	41,42
3				I10.90	1.355	23,44	I10.90	1.428	23,67
4				Z96.65	1.132	19,58	Z96.65	1.153	19,11
5				E11.90	857	14,82	D62	906	15,02
6				U50.10	795	13,75	E11.90	905	15,00
7				Z92.2	687	11,88	U50.10	707	11,72
8				D62	643	11,12	Z92.2	628	10,41

¹ 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.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

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

OPS 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
3	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
4	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert
5	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella

OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-822.g1	3.343	57,69	5-822.g1	3.445	56,63
2				8-915	845	14,58	8-915	1.120	18,41
3				5-822.j1	707	12,20	5-822.01	642	10,55
4				5-822.01	682	11,77	5-804.5	611	10,04
5				5-804.5	603	10,41	5-822.j1	567	9,32

¹ 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.

² alle OPS des durchgeführten Eingriffs inklusive möglicher Zusatzkodierungen, z.B. minimalinvasiver Eingriffe

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			2.275	39,35	3.163	52,43
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorangegangener vorstationärer Behandlung			3.506	60,65	2.868	47,54
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale)			0	0,00	2	0,03
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.781		6.033	
< 50 Jahre			143	2,47	145	2,40
50 - 59 Jahre			955	16,52	1.019	16,89
60 - 69 Jahre			1.964	33,97	2.036	33,75
70 - 79 Jahre			2.065	35,72	2.208	36,60
80 - 89 Jahre			642	11,11	615	10,19
>= 90 Jahre			12	0,21	10	0,17
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.781		6.033	
Median				69,00		68,00
Mittelwert				68,33		68,13
Geschlecht						
männlich			2.397	41,46	2.514	41,67
weiblich			3.384	58,54	3.519	58,33
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Gehstrecke						
unbegrenzt (> 500 m)			566	9,79	343	5,69
Gehen am Stück bis 500 m möglich			3.582	61,96	4.049	67,11
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.256	21,73	1.312	21,75
im Zimmer mobil			323	5,59	266	4,41
immobil			54	0,93	63	1,04
Gehhilfen						
keine			3.789	65,54	3.913	64,86
Unterarmgehstützen/Gehstock			1.757	30,39	1.838	30,47
Rollator/Gehbock			166	2,87	196	3,25
Rollstuhl			50	0,86	55	0,91
bettlägerig			19	0,33	31	0,51

Auslösende OPS-Kodes¹

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.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
3	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert
4	5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: 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	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-822.g1	3.218	55,67	-	-	-
2				5-822.j1	821	14,20	-	-	-
3				5-822.01	684	11,83	-	-	-
4				5-822.h1	222	3,84	-	-	-
5				5-822.g2	212	3,67	-	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozedurdaten

Eingriff

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
Betroffenes Kniegelenk						
rechts			2.973	51,30	3.143	51,67
links			2.822	48,70	2.940	48,33

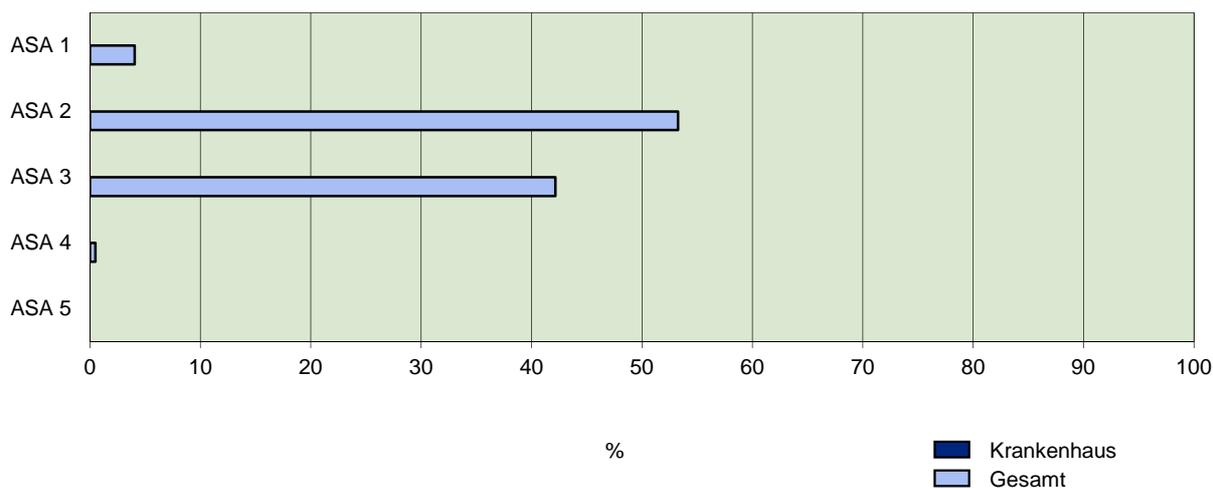
Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
Gonarthrose						
keine			301	5,19	419	6,89
primäre Gonarthrose			5.167	89,16	5.152	84,70
sekundäre Gonarthrose			327	5,64	512	8,42
Fehlstellung des Knies						
keine			3.292	56,81	3.264	53,66
schweres Valgusknie			573	9,89	679	11,16
schweres Varusknie			1.930	33,30	2.140	35,18

Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			235	4,06	243	3,99
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.087	53,27	3.284	53,99
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			2.443	42,16	2.506	41,20
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			30	0,52	50	0,82
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			5.700	98,36	5.971	98,16
bedingt aseptische Eingriffe			71	1,23	56	0,92
kontaminierte Eingriffe			12	0,21	14	0,23
septische Eingriffe			12	0,21	42	0,69

Operation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
Art des Eingriffs						
elektive Knieendoprothesen- Erstimplantation			5.312	91,67	5.367	88,23
einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel			374	6,45	585	9,62
Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels			109	1,88	131	2,15
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			5.795		6.083	
Median				78,00		76,00
Mittelwert				83,69		83,46

Knieendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.312		5.367	
Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah			1.336	25,15	1.596	29,74
Schmerzen						
Ruhschmerz			4.342	81,74	4.200	78,26
Belastungsschmerz			955	17,98	1.148	21,39
keine Schmerzen			15	0,28	19	0,35

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score der Arthrose

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.312		5.367	
Osteophyten						
keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			158	2,97	174	3,24
			5.154	97,03	5.193	96,76
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			35	0,66	38	0,71
häufig verschmälert			1.171	22,04	1.161	21,63
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			4.106	77,30	4.168	77,66
Sklerose						
keine Sklerose			5	0,09	14	0,26
mäßige subchondrale Sklerose			701	13,20	890	16,58
ausgeprägte subchondrale Sklerose			3.484	65,59	3.368	62,75
Sklerose mit Zysten Femur Tibia, Patella			1.122	21,12	1.095	20,40
Deformierung						
keine Deformierung			428	8,06	522	9,73
Entrundung der Femurkondylen			3.019	56,83	2.992	55,75
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			1.865	35,11	1.853	34,53

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score der Arthrose (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.312		5.367	
Röntgenologische Kriterien						
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence ¹						
0 Punkte			2	0,04	3	0,06
1 - 2 Punkte			20	0,38	39	0,73
3 - 4 Punkte			527	9,92	603	11,24
5 - 6 Punkte			2.822	53,13	2.851	53,12
7 - 8 Punkte			1.941	36,54	1.871	34,86
4 - 8 Punkte			5.212	98,12	5.176	96,44

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score Knie

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

Implantation einer unikondylären Schlittenprothese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.312		5.367	
Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?						
ja			755	14,21	701	13,06
nein			4.557	85,79	4.666	86,94
wenn ja: Übrige Gelenkkompartimente intakt			749 / 755	99,21	698 / 701	99,57

Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.312		5.367	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
ja			91	1,71	143	2,66
nein			5.221	98,29	5.224	97,34
wenn ja: erosive Gelenkerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			2 / 91	2,20	11 / 143	7,69
Grad 1: geringe Veränderung			7 / 91	7,69	15 / 143	10,49
Grad 2: definitive Veränderung			14 / 91	15,38	19 / 143	13,29
Grad 3: deutliche Veränderung			27 / 91	29,67	43 / 143	30,07
Grad 4: schwere Veränderung			40 / 91	43,96	49 / 143	34,27
Grad 5: mutilierende Veränderung			1 / 91	1,10	6 / 143	4,20

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			483		716	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
Ruhschmerz			371	76,81	409	57,12
Belastungsschmerz			101	20,91	265	37,01
keine Schmerzen			11	2,28	42	5,87

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			483		716	
Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
ja			122	25,26	195	27,23
nein			361	74,74	521	72,77
Mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			154	31,88	251	35,06
durchgeführt, negativ			244	50,52	333	46,51
durchgeführt, positiv			85	17,60	132	18,44

Röntgendiagnostik/Klinische Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			483		716	
Spezifische röntgenologische/ klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			408	84,47	549	76,68
Implantatbruch			10 / 408	2,45	11 / 549	2,00
Implantatfehl-lage/Malrotation			46 / 408	11,27	38 / 549	6,92
Implantatwanderung			33 / 408	8,09	39 / 549	7,10
Lockerung der Femur-Komponente						
septisch			29 / 408	7,11	30 / 549	5,46
aseptisch			114 / 408	27,94	100 / 549	18,21
Lockerung der Tibia-Komponente						
septisch			37 / 408	9,07	33 / 549	6,01
aseptisch			149 / 408	36,52	155 / 549	28,23
Lockerung der Patella-Komponente						
septisch			1 / 408	0,25	3 / 549	0,55
aseptisch			5 / 408	1,23	7 / 549	1,28
Substanzverlust Femur			75 / 408	18,38	72 / 549	13,11
Substanzverlust Tibia			79 / 408	19,36	82 / 549	14,94
periprothetische Fraktur			43 / 408	10,54	42 / 549	7,65
Endoprothesen(sub)luxation			14 / 408	3,43	26 / 549	4,74
Instabilität des Gelenks			121 / 408	29,66	119 / 549	21,68
bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose			53 / 408	12,99	31 / 549	5,65
Patellanekrose			1 / 408	0,25	2 / 549	0,36
Patellaluxation			7 / 408	1,72	22 / 549	4,01
Patellaschmerz			30 / 408	7,35	79 / 549	14,39

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			122	2,11	174	2,86
primäre Implantatfehlage						
Femur-Komponente			0 / 122	0,00	1 / 174	0,57
Tibia-Komponente			0 / 122	0,00	0 / 174	0,00
sekundäre Implantatdislokation			0 / 122	0,00	1 / 174	0,57
postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes			0 / 122	0,00	4 / 174	2,30
Patellafehlstellung			1 / 122	0,82	4 / 174	2,30
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			46 / 122	37,70	35 / 174	20,11
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion						
ja, nicht schmerzkateterbedingt			4 / 122	3,28	2 / 174	1,15
ja, schmerzkateterbedingt			0 / 122	0,00	0 / 174	0,00
bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden						
ja, nicht schmerzkateterbedingt			7 / 122	5,74	10 / 174	5,75
ja, schmerzkateterbedingt			0 / 122	0,00	1 / 174	0,57
periprothetische Fraktur			11 / 122	9,02	18 / 174	10,34
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			18 / 122	14,75	22 / 174	12,64

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			6 / 122	4,92	5 / 174	2,87
postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes			2 / 122	1,64	6 / 174	3,45
Ruptur der Quadrizepssehne/ Ligamentum patellae			7 / 122	5,74	11 / 174	6,32
Fraktur der Patella			0 / 122	0,00	1 / 174	0,57
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			36 / 122	29,51	69 / 174	39,66
Postoperative Wundinfektion						
ja			22	0,38	23	0,38
nein			5.773	99,62	6.060	99,62
wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
Wundinfektionstiefe (nach Definition der CDC)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			9 / 22	40,91	2 / 23	8,70
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			6 / 22	27,27	14 / 23	60,87
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			7 / 22	31,82	7 / 23	30,43
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			93 / 134	69,40	108 / 184	58,70
nein			41 / 134	30,60	76 / 184	41,30

Weitere Prozeduren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.795		6.083	
weitere knieendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt			35	0,60	75	1,23

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			161	2,78	205	3,40
Pneumonie			5 / 161	3,11	11 / 205	5,37
behandlungsbedürftige kardio- vaskuläre Komplikation(en)			31 / 161	19,25	50 / 205	24,39
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			33 / 161	20,50	34 / 205	16,59
Lungenembolie			11 / 161	6,83	11 / 205	5,37
katheterassoziierte Harnwegsinfektion			8 / 161	4,97	12 / 205	5,85
Schlaganfall			3 / 161	1,86	5 / 205	2,44
akute gastrointestinale Blutung			1 / 161	0,62	1 / 205	0,49
akute Niereninsuffizienz			21 / 161	13,04	18 / 205	8,78
sonstige allgemeine behand- lungsbedürftige Komplika- tionen			75 / 161	46,58	85 / 205	41,46

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Bestimmung des aktiven Bewegungsausmaßes mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung			5.671	98,10	5.946	98,56
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			5.215 / 5.671	91,96	5.296 / 5.946	89,07
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,01		0,00
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,09		0,10
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				90,37		90,09

Gefähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			273	4,72	257	4,26
Gehen am Stück bis 500 m möglich auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			2.913	50,39	2.660	44,09
im Zimmer mobil			2.529	43,75	3.029	50,21
immobil			50	0,86	66	1,09
			12	0,21	13	0,22
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			68	1,18	52	0,86
Unterarmgehstützen/Gehstock			5.557	96,13	5.777	95,76
Rollator/Gehbock			137	2,37	172	2,85
Rollstuhl			11	0,19	15	0,25
bettlägerig			4	0,07	9	0,15

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
01: regulär beendet			3.647	63,09	3.641	60,35
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			201	3,48	186	3,08
03: aus sonstigen Gründen			1	0,02	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,12	4	0,07
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			106	1,83	101	1,67
07: Tod			6	0,10	8	0,13
08: Verlegung nach § 14			2	0,03	1	0,02
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.780	30,79	2.065	34,23
10: in Pflegeeinrichtung			27	0,47	21	0,35
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			0	0,00	1	0,02
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,02	3	0,05
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			3	0,05	2	0,03
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 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	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.781		6.033	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			934	16,16	813	13,48
Dienstag			933	16,14	847	14,04
Mittwoch			1.043	18,04	1.070	17,74
Donnerstag			984	17,02	1.107	18,35
Freitag			1.126	19,48	1.345	22,29
Samstag			440	7,61	581	9,63
Sonntag			321	5,55	270	4,48

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.

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.

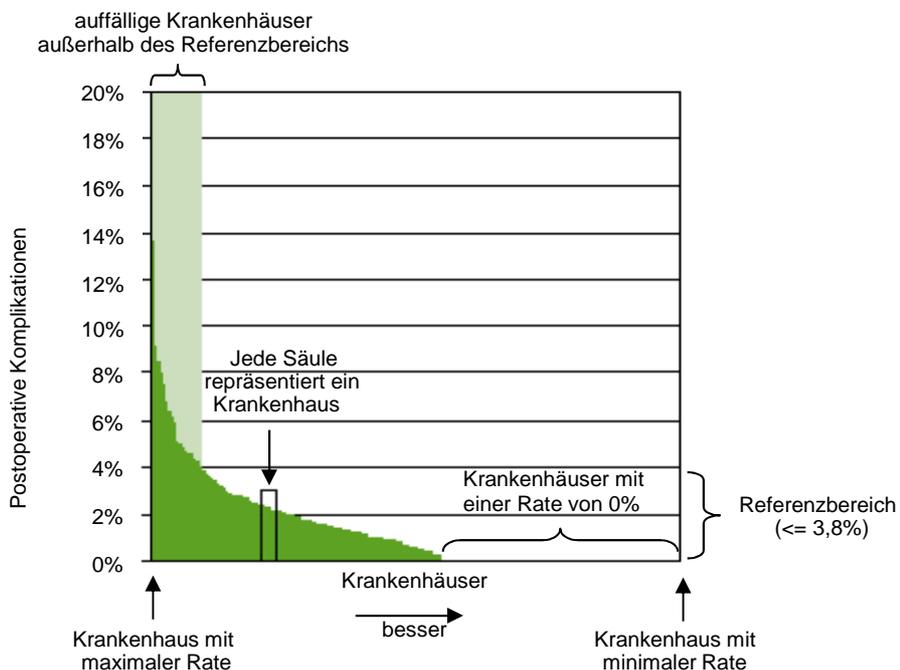
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

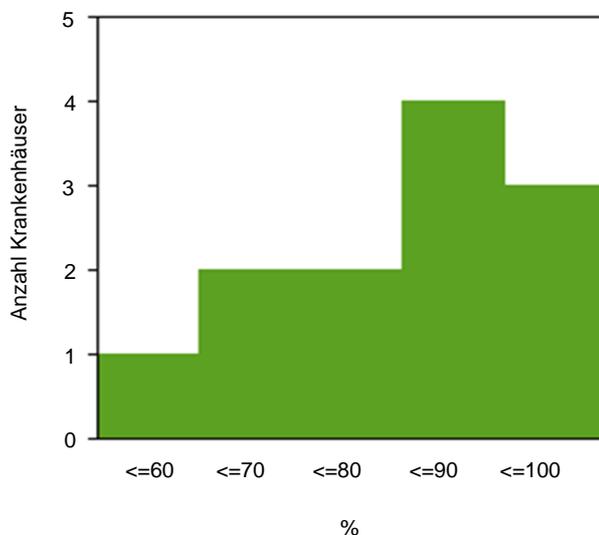
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	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.