

Jahresauswertung 2019 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.909
Datensatzversion: KEP 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18318-L117340-P55105

Jahresauswertung 2019 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.909
Datensatzversion: KEP 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18318-L117340-P55105

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2019/KEP/54020 QI: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation			98,91%	>= 90,00%	innerhalb	98,81%	10
2019/KEP/54021 QI: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese			97,42%	>= 90,00%	innerhalb	97,88%	13
2019/KEP/54022 QI: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			95,67%	>= 86,00%	innerhalb	93,37%	16

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
Gruppe: Allgemeine Komplikationen							
2019/KEP/54123							
QI: bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation			1,60%	<= 4,70%	innerhalb	1,43%	19
2019/KEP/50481							
QI: bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			3,81%	<= 11,00%	innerhalb	4,60%	22
Gruppe: Spezifische Komplikationen							
2019/KEP/54124							
QI: bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation			1,22%	<= 3,73%	innerhalb	1,32%	25
2019/KEP/54125							
QI: bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			6,03%	<= 13,45%	innerhalb	6,42%	28

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2019/KEP/54026 TKez: Beweglichkeit bei Entlassung			95,15%	-	-	93,74%	31
2019/KEP/54028 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung			0,84	<= 4,24	innerhalb	1,04	33
2019/KEP/54127 QI: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponenten-Wechsel			2,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	2,00 Fälle	36
2019/KEP/54128 QI: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)			99,79%	>= 98,46%	innerhalb	99,69%	38

¹ Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind für alle Patientinnen und 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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/KEP/850305 Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	0,00 Fälle	39
2019/KEP/850306 Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen			0,28%	<= 3,33%	innerhalb	0,32%	41
2019/KEP/850307 Kodierung von Komplikations- diagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			32,56%	<= 50,00%	innerhalb	34,09%	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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2019/KEP/850336 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation			5,00 Fälle	< 2,00 Fälle	außerhalb	3,00 Fälle	45
2019/KEP/851908 Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			64,07%	< 100,00%	innerhalb	64,42%	47
2019/KEP/851909 Häufig Fehldokumentation der Seitenlokalisierung			1,05%	<= 3,00%	innerhalb	0,90%	49
2019/KEP/851910 Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes			3,00 Fälle	= 0,00 Fälle	-	1,00 Fälle	51

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 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Follow-up-Indikatoren

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

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

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

Die FU-Indikatoren 2191 im Modul 9/1 und 132000 im Modul 9/4 wurden vom IQTIG ausgesetzt.

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

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

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

Qualitätsindikator: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel: Möglichst oft eine angemessene Indikation

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen von Endoprothesen am Kniegelenk¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/KEP/54020

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien²				
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence ³				
0 Punkte			0 / 4.668	0,00%
1 - 2 Punkte			11 / 4.668	0,24%
3 - 4 Punkte			214 / 4.668	4,58%
5 - 6 Punkte			2.486 / 4.668	53,26%
7 - 8 Punkte			1.957 / 4.668	41,92%
4 - 8 Punkte			4.627 / 4.668	99,12%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek ³				
Grad 0			9 / 4.668	0,19%
Grad 1			6 / 4.668	0,13%
Grad 2			14 / 4.668	0,30%
Grad 3			39 / 4.668	0,84%
Grad 4			35 / 4.668	0,75%
Grad 5			3 / 4.668	0,06%
Schmerzen⁴				
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Belastungsschmerz			655 / 4.668	14,03%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Ruheschmerz			4.000 / 4.668	85,69%

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

⁴ Das Kriterium Schmerz ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerz vorliegen.

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und 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 Referenzbereich			4.617 / 4.668	98,91%
		>= 90,00%	98,57% - 99,17%	>= 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= häffig 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 ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und 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			4.483 / 4.537	98,81% 98,45% - 99,09%

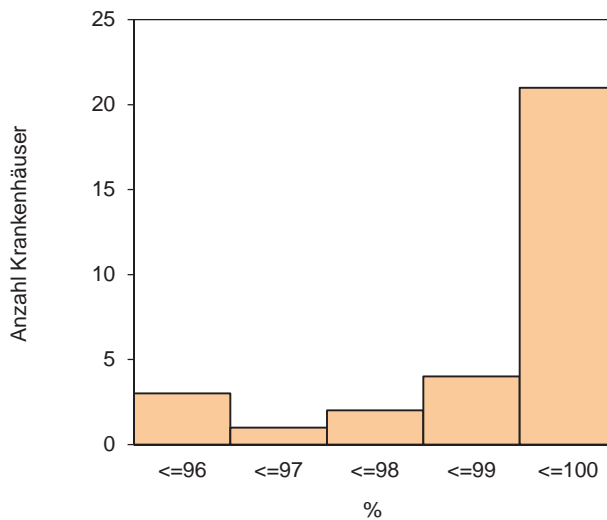
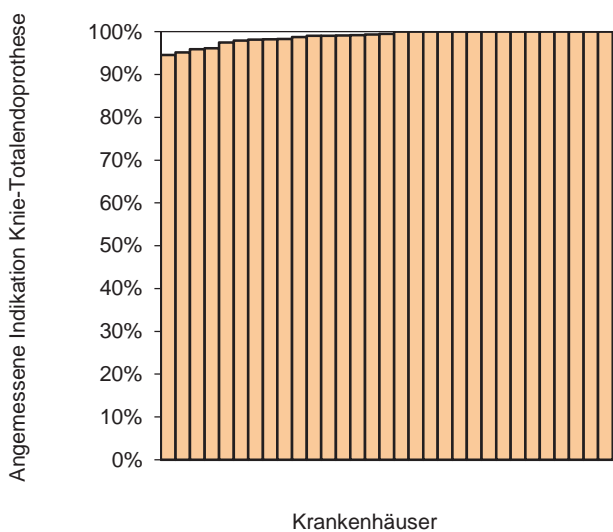
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/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 kniegelenknahen 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:

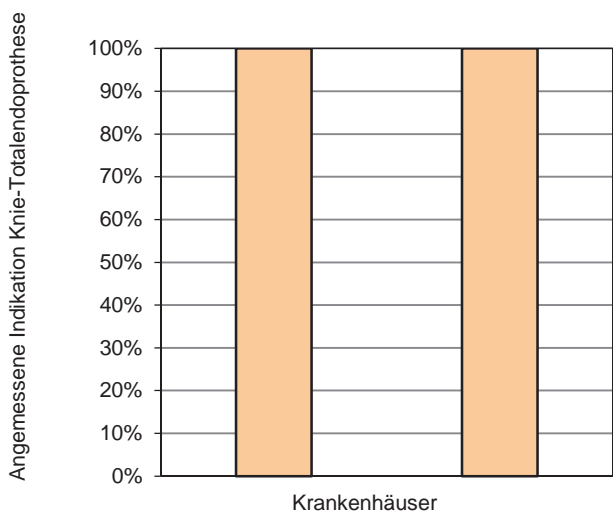
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,59	95,20	96,12	98,28	99,54	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: Möglichst oft eine angemessene Indikation

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen von unikondylären Schlittenprothesen¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/KEP/54021

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien² Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence				
0 Punkte			0 / 698	0,00%
1 - 2 Punkte			11 / 698	1,58%
3 - 4 Punkte			190 / 698	27,22%
5 - 6 Punkte			381 / 698	54,58%
7 - 8 Punkte			116 / 698	16,62%
4 - 8 Punkte			652 / 698	93,41%
Schmerzen³ Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Belastungsschmerz			202 / 698	28,94%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit Ruheschmerz			494 / 698	70,77%
Eingriffe bei Patientinnen und 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			680 / 698	97,42%
Vertrauensbereich				95,96% - 98,36%
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= häfftig 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 ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und 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			739 / 755	97,88% 96,59% - 98,69%

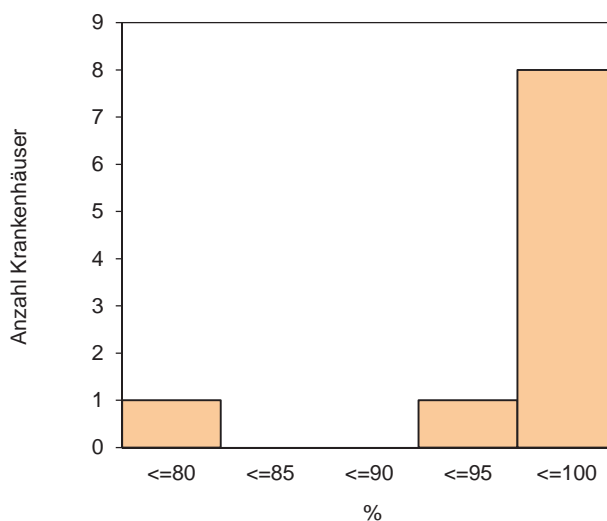
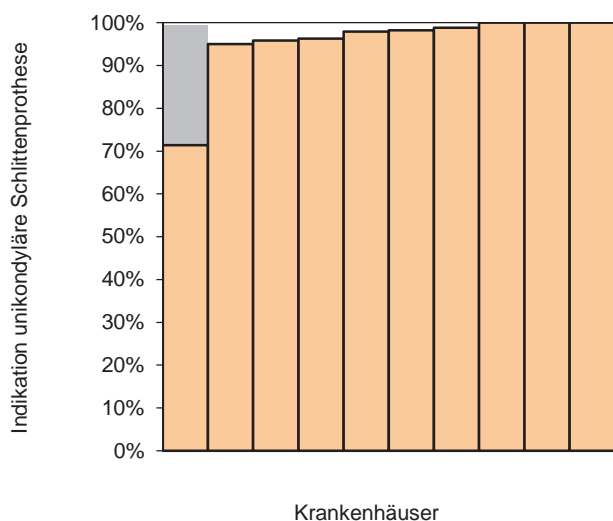
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/KEP/54021]:

Anteil von Eingriffen bei allen Patientinnen und 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:

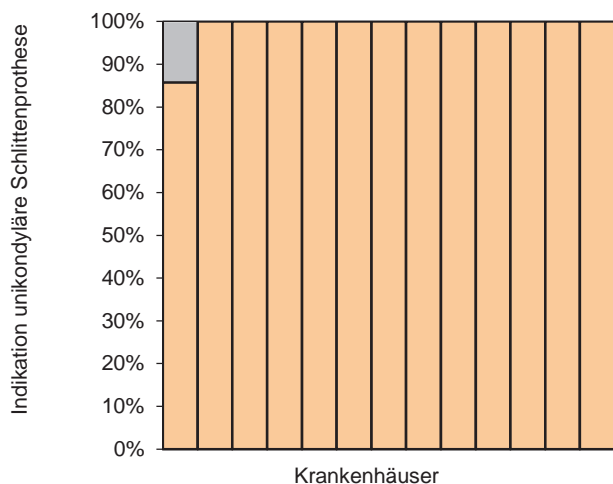
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,43		83,21	95,83	98,08	100,00	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Qualitätsziel: Möglichst oft eine angemessene Indikation
Grundgesamtheit: Alle Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2019/KEP/54022
Referenzbereich: >= 86,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit				
Endoprothesen(sub-)luxation oder				
Implantatbruch oder				
Periprothetische Fraktur oder				
Knochendefekt Femur oder				
Knochendefekt 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 ⁴ im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			508 / 531	95,67%
Vertrauensbereich				93,58% - 97,10%
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:

Implantatfehl- oder 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.

⁴ Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit				
Endoprothesen(sub-)luxation oder				
Implantatbruch oder				
Periprothetische Fraktur oder				
Knochendefekt Femur oder				
Knochendefekt Tibia oder				
mindestens einem Schmerzkriterium ² und mindestens einem spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterium ³ oder				
mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ⁴ oder				
Entzündungszeichen ⁵ im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium			451 / 483	93,37%
Vertrauensbereich				90,80% - 95,27%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt 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:

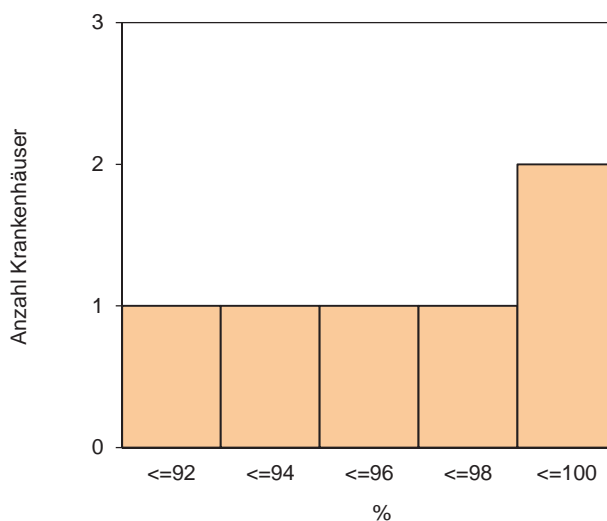
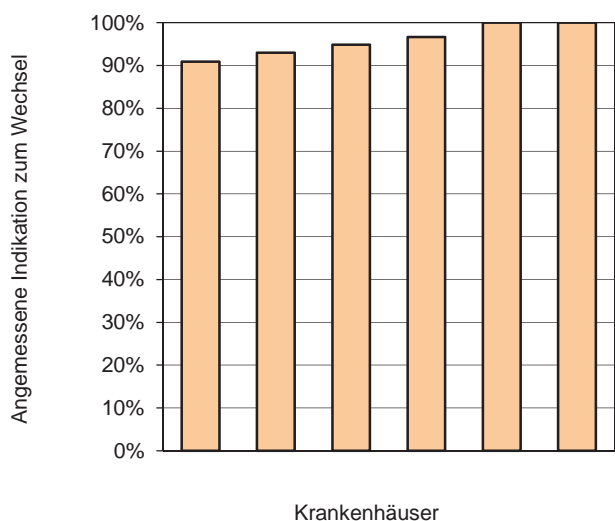
Implantatfehl- oder Malrotation, Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, der Tibia-Komponente oder der Patella-Komponente, Instabilität des Gelenks, bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose, Patellaneurose, Patellaluxation oder Patellaschmerz.

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

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

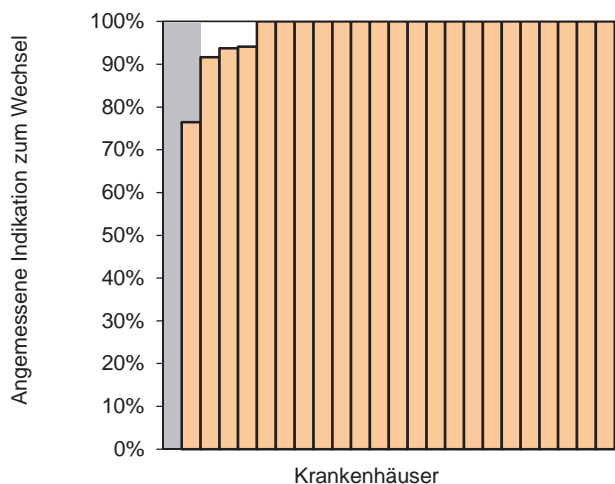
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/KEP/54022]:
 Anteil von Eingriffen bei Patientinnen und Patienten mit angemessener Indikation (anhand der klinischen Symptomatik, klinischer/röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien) an allen Patientinnen und 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
	90,91			93,04	95,77	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 24 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	76,47	91,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine Komplikationen

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: Gruppe 1: 2019/KEP/54123

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 4,70% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	█		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 4,70%		

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	86 / 5.384 1,60%	38 / 3.141 1,21%	48 / 2.243 2,14%
Vertrauensbereich	1,30% - 1,97%		
Referenzbereich	<= 4,70%		

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 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich			

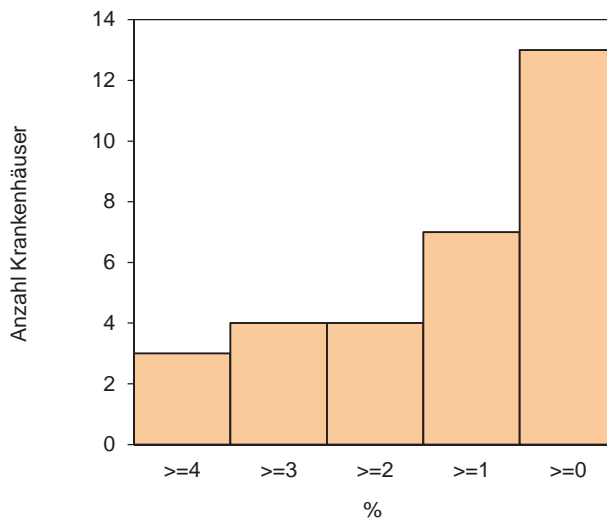
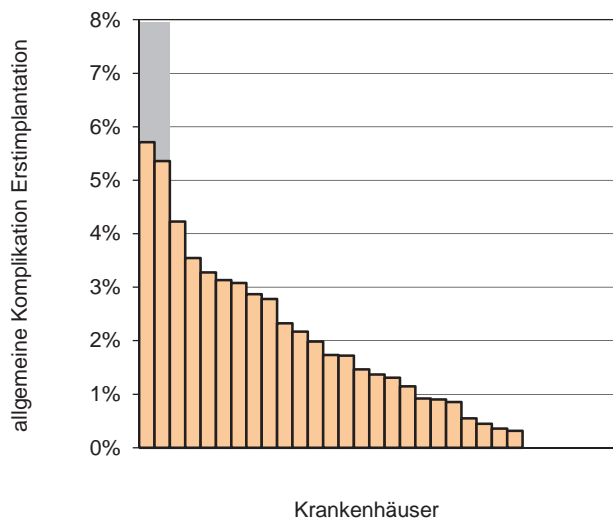
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	76 / 5.303 1,43%	34 / 3.129 1,09%	42 / 2.174 1,93%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt 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

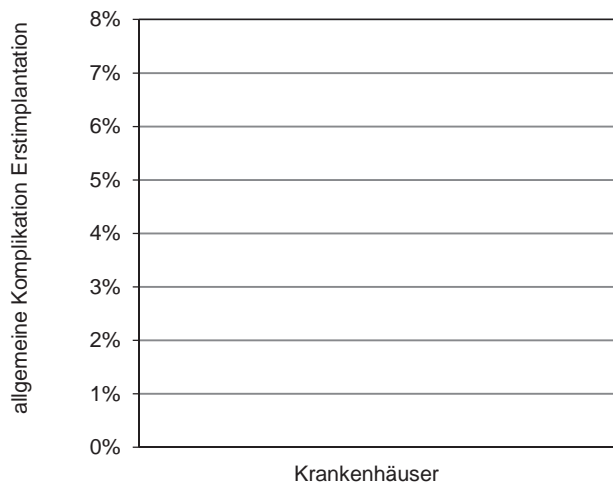
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2019/KEP/54123]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an
 allen Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**

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	0,36	1,37	2,87	3,55	5,36	5,71

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 Patientinnen und Patienten mit ein- oder zweizeitigem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
 Gruppe 2: Patientinnen und Patienten mit ASA 1 bis 2
 Gruppe 3: Patientinnen und Patienten mit ASA 3 bis 4

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: Gruppe 1: 2019/KEP/50481

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 11,00% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 11,00%		

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹	20 / 525 3,81%	4 / 232 1,72%	16 / 293 5,46%
Vertrauensbereich	2,48% - 5,81%		
Referenzbereich	<= 11,00%		

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	22 / 478 4,60%	2 / 183 1,09%	20 / 295 6,78%
	3,06% - 6,87%		

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

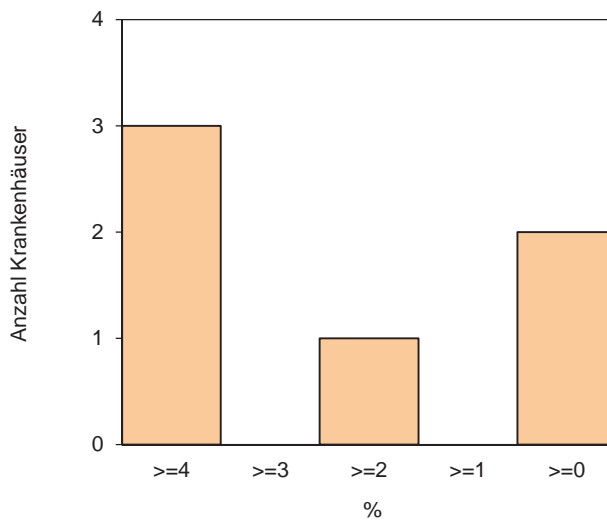
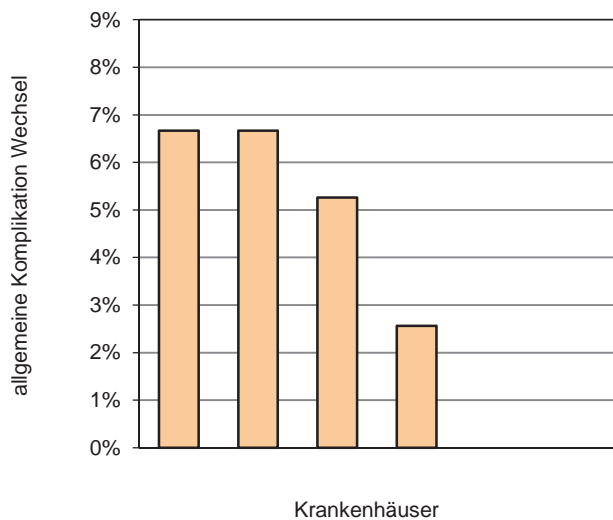
² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt:
 Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie,
 katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2019/KEP/50481]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

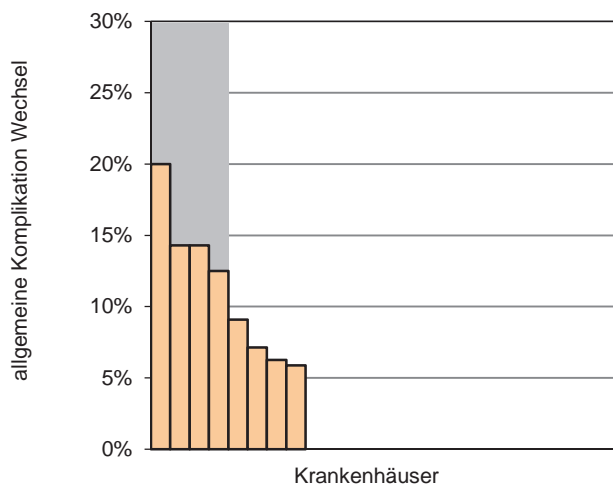
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	3,91	6,67			6,67

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 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	6,70	14,29	14,29	20,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel: Selten spezifische 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: 2019/KEP/54124

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 3,73% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		
	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	<= 3,73%		

	Gesamt 2019		
	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	66 / 5.389 1,22%	37 / 3.145 1,18%	29 / 2.244 1,29%
Vertrauensbereich	0,96% - 1,56%		
Referenzbereich	<= 3,73%		

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 ¹	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 ² Vertrauensbereich			

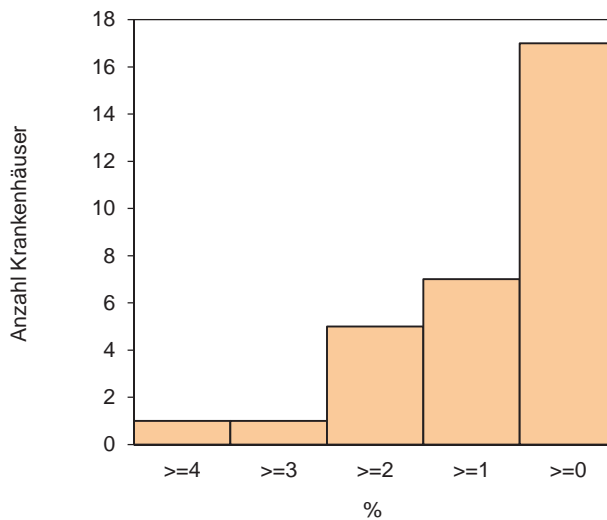
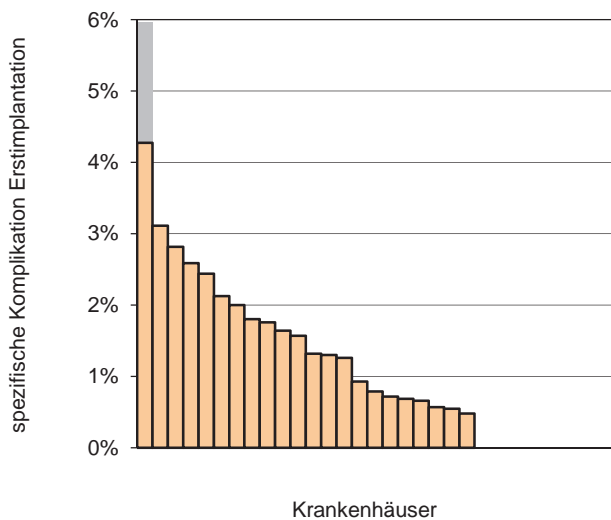
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	70 / 5.312 1,32%	29 / 3.136 0,92%	41 / 2.176 1,88%
	1,04% - 1,66%		

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt 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

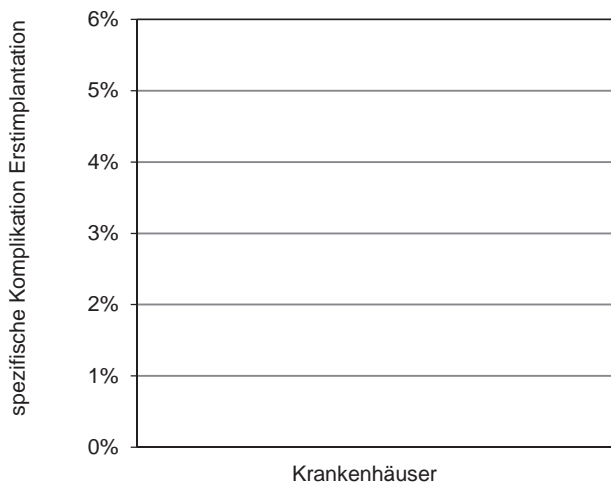
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2019/KEP/54124]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen elektiven
 Knieendoprothesen-Erstimplantationen**

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	0,00	0,79	1,80	2,59	3,11	4,27

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: 2019/KEP/54125

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 13,45% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		
	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	<= 13,45%		

	Gesamt 2019		
	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	32 / 531 6,03%	9 / 233 3,86%	23 / 298 7,72%
Vertrauensbereich	4,30% - 8,38%		
Referenzbereich	<= 13,45%		

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 ¹	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 ² Vertrauensbereich	■		

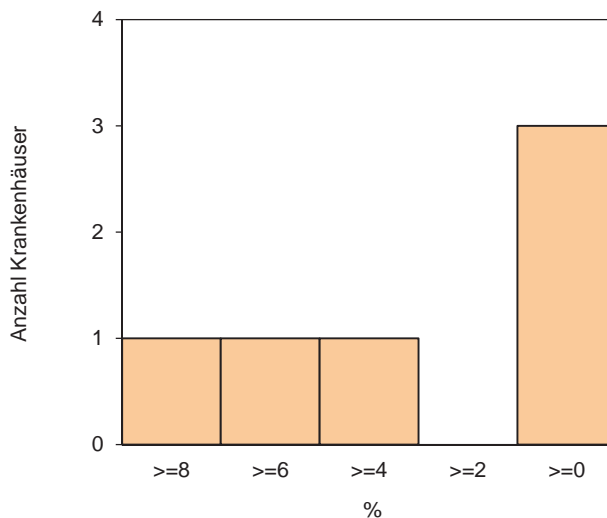
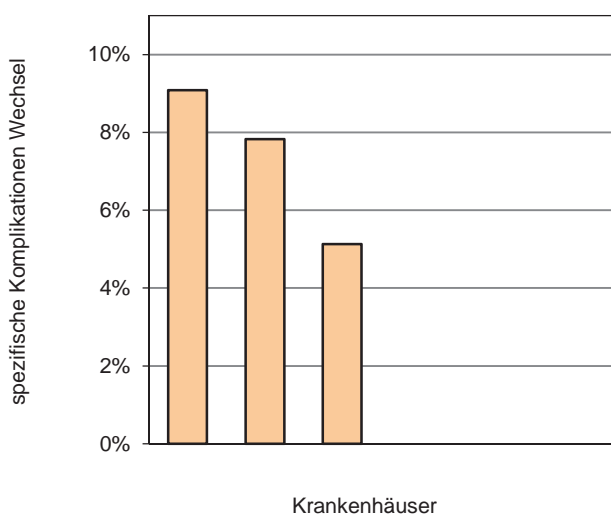
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Eingriffe	Gruppe 2 Eingriffe mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Eingriffe mit ASA 3 - 4
Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ² Vertrauensbereich	31 / 483 6,42%	6 / 186 3,23%	25 / 297 8,42%
	4,56% - 8,97%		

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² 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

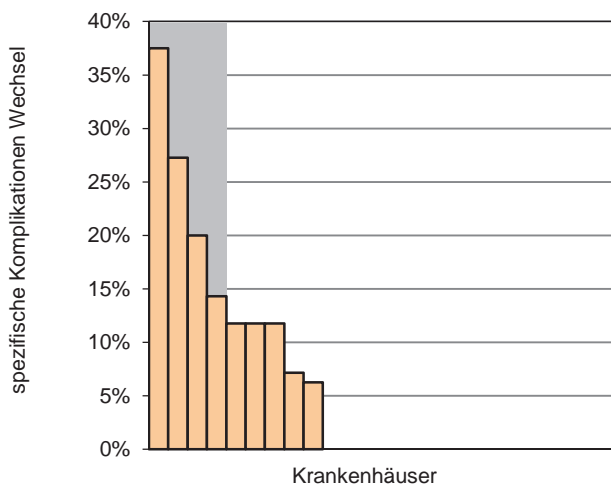
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2019/KEP/54125]:
 Anteil von Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels**

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			0,00	2,56	7,83			9,09

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 24 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	11,76	20,00	27,27	37,50

3 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 Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2019/KEP/54026

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und 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			5.117 / 5.378	95,15% 94,54% - 95,69%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und 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%

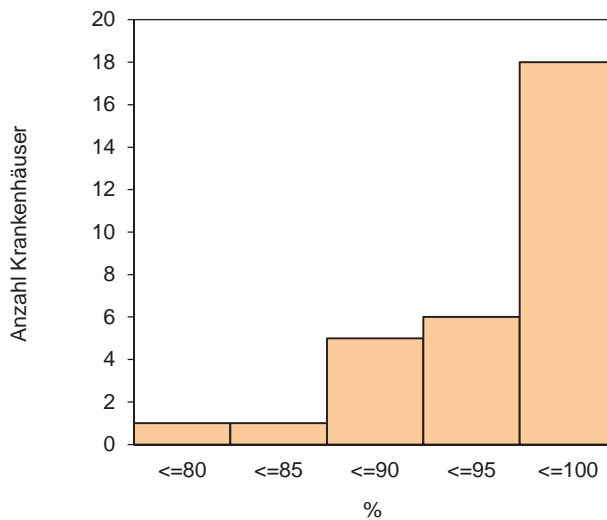
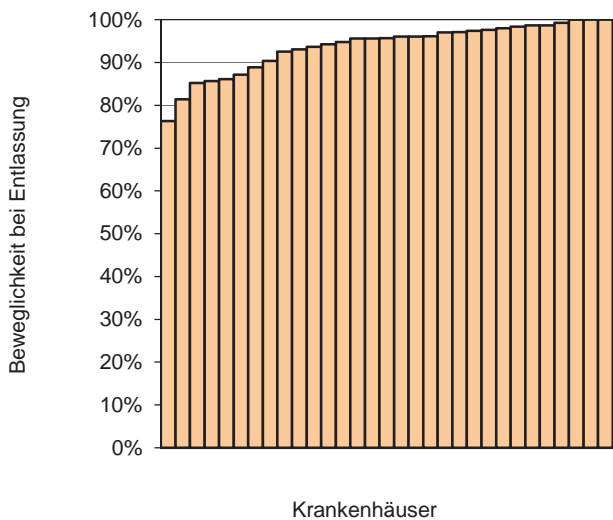
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6_TKez_54026, Kennzahl-ID 2019/KEP/54026]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

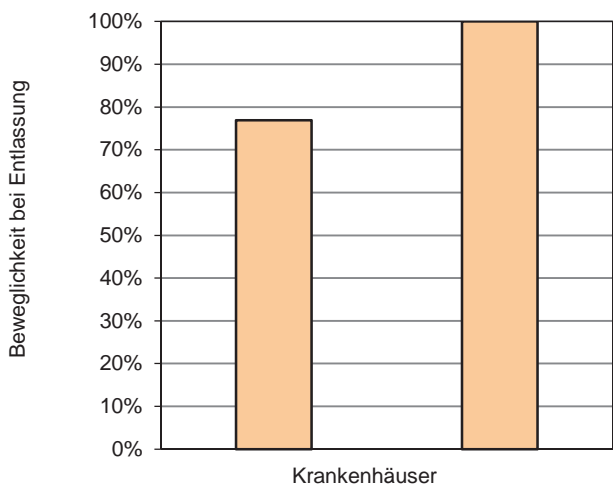
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,34	81,40	85,71	90,41	95,71	98,00	99,29	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
	76,92				88,46				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 Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und 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: 2019/KEP/54028

Referenzbereich: <= 4,24 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²		21 / 5.534 0,38%
vorhergesagt (E) ³		24,98 / 5.534 0,45%
O - E		-0,07%

¹ Gehunfähigkeit bedeutet, dass die Patientin oder 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 Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

³ KKez E_54028: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54028.

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E ⁴		0,84
Vertrauensbereich		0,55 - 1,28
Referenzbereich	<= 4,24	<= 4,24

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

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

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

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ³		26 / 5.395 0,48%
vorhergesagt (E) ⁴		25,05 / 5.395 0,46%
O - E		0,02%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		1,04 0,71 - 1,52

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 Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

⁴ KKez E_54028: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54028.

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

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

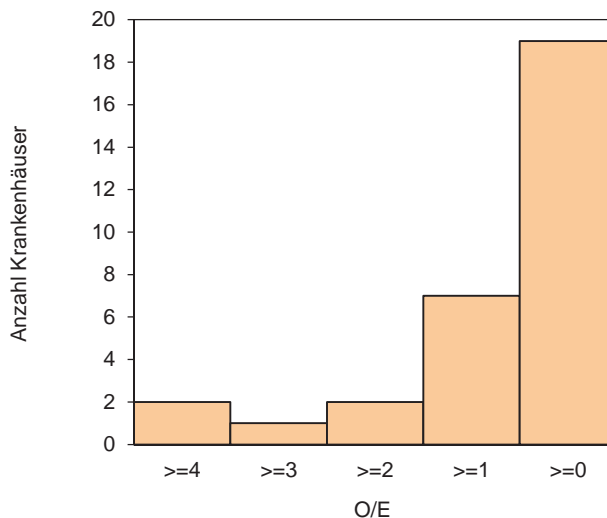
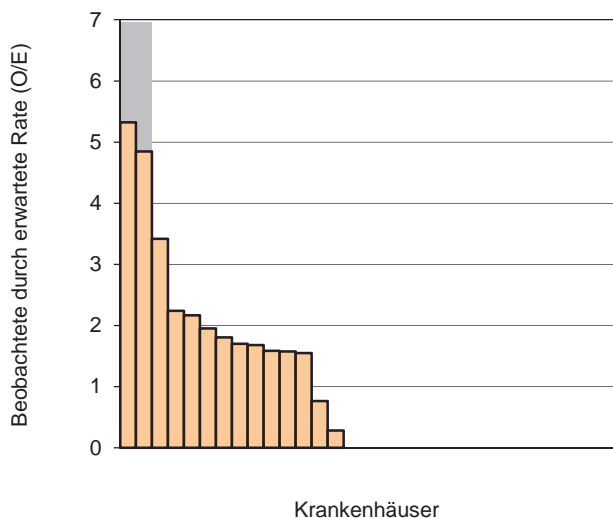
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/KEP/54028]:

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

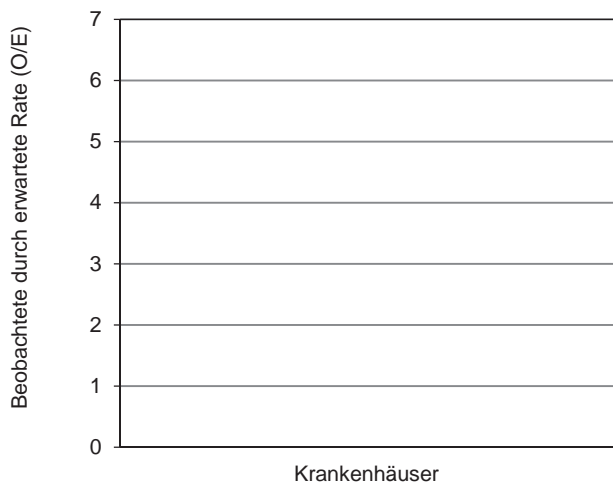
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,70	2,24	4,85	5,32

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: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel


Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus


Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten, die nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54127 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 30. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen)

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/KEP/54127

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patientinnen und Patienten			2 / 5.365	2,00 Fälle 0,04%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patientinnen und Patienten			2 / 5.282	2,00 Fälle 0,04%

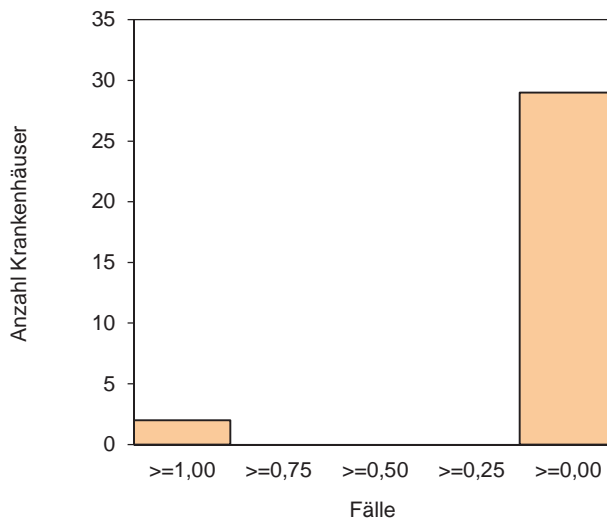
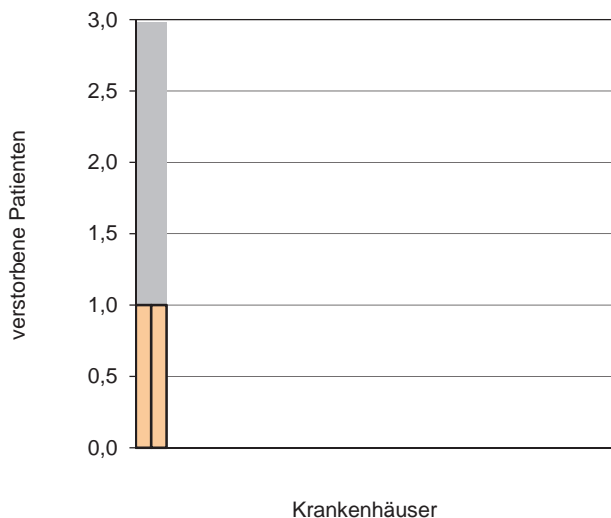
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/KEP/54127]:

Anzahl an verstorbenen Patientinnen und Patienten von allen Patientinnen und Patienten, die nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54127 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 30. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

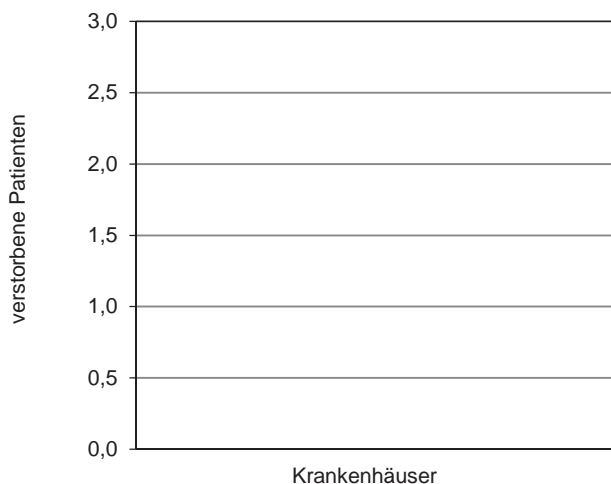
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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: Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten ohne Folgeeingriff (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 Patientinnen und Patienten, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator (Follow-up)

Indikator-ID: 2019/KEP/54128

Referenzbereich: >= 98,46% (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Auswertungszeitpunkt: 2019	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			4.852 / 4.862	99,79% 99,63 - 99,90 >= 98,46%

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			5.121 / 5.137	99,69% 99,51 - 99,82

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 Patientinnen und 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 2018. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.

Auffälligkeitskriterium: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren¹

AK-ID: 2019/KEP/850305

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54028

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	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 = 0,00 Fälle	0 / 5.920	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten²	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)		0	0 / 5.795	0,00 Fälle

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

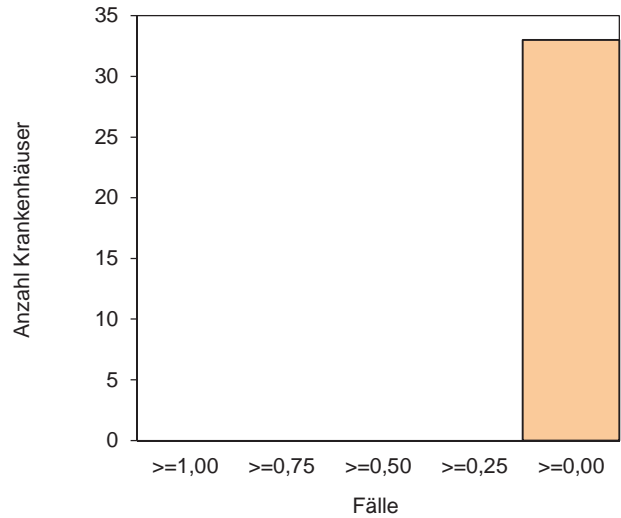
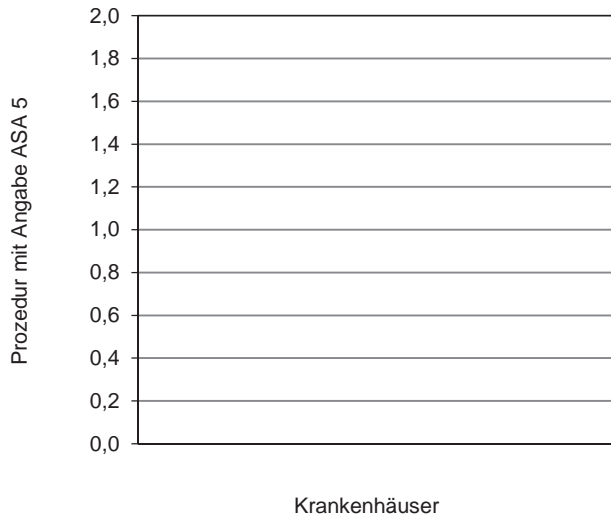
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850305, AK-ID 2019/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 Erstimplantationen

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation¹

AK-ID: 2019/KEP/850306

Referenzbereich: <= 3,33% (98%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54028

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Prozeduren ¹ mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) ² Vertrauensbereich Referenzbereich			15 / 5.389	0,28% 0,17% - 0,46% <= 3,33%

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Prozeduren ¹ mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) Vertrauensbereich			17 / 5.312	0,32% 0,20% - 0,51%

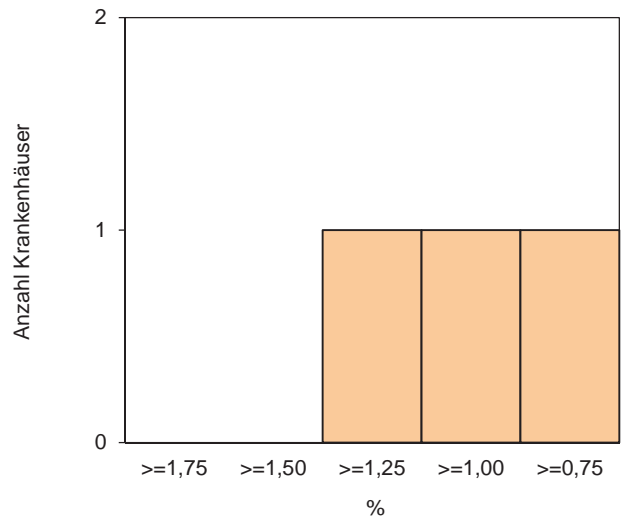
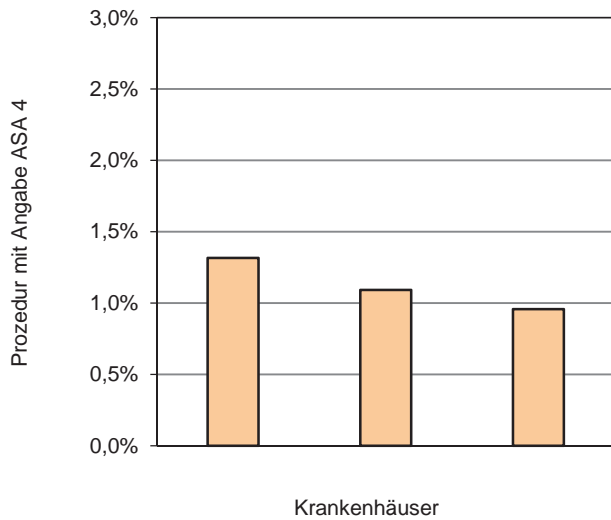
¹ Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird er mehrfach gezählt.

² Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

³ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850306, AK-ID 2019/KEP/850306]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet) an allen Prozeduren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,96				1,09				1,32

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, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

AK-ID: 2019/KEP/850307

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	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			14 / 43	32,56%
Vertrauensbereich				20,49% - 47,48%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	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			15 / 44	34,09%
Vertrauensbereich				21,88% - 48,86%

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

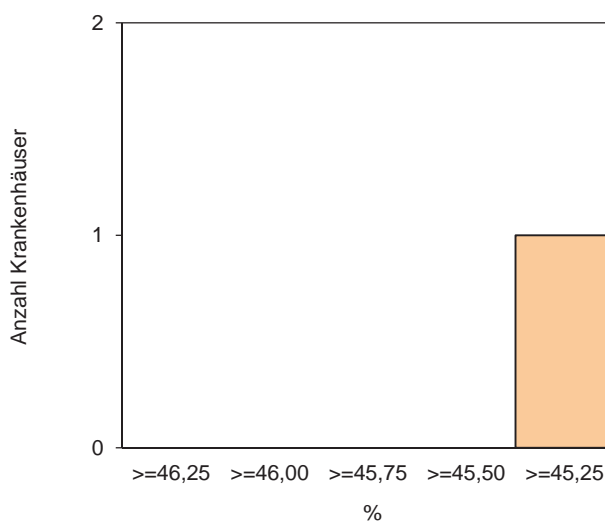
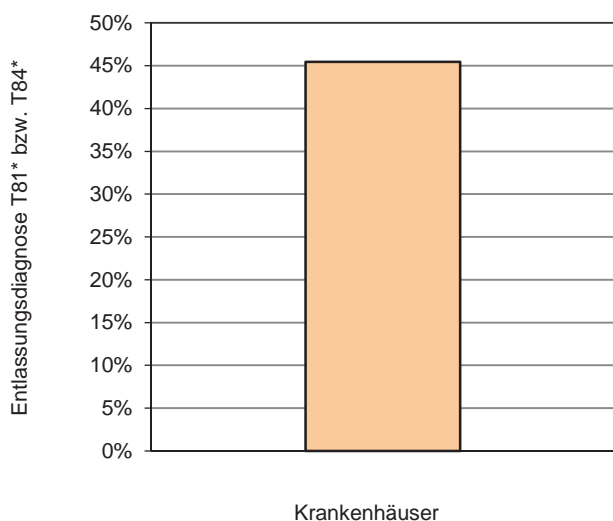
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850307, AK-ID 2019/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, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

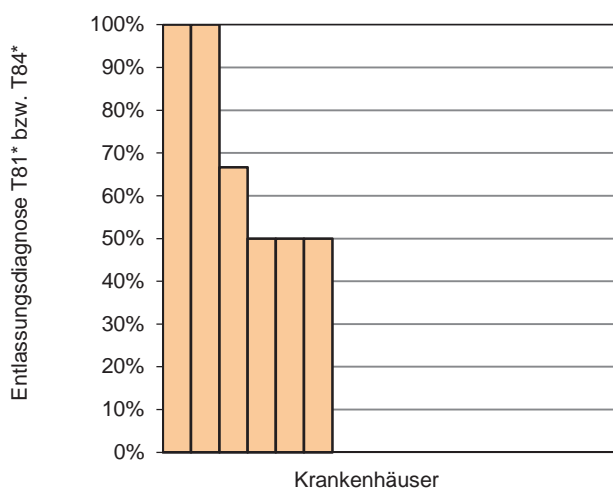
1 Krankenhaus hat mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,45				45,45				45,45

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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


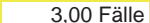
Grundgesamtheit: Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 ("Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte")

AK-ID: 2019/KEP/850336

Referenzbereich: < 2,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹ Referenzbereich		 < 2,00 Fälle	5 / 21	 5,00 Fälle < 2,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation ¹			3 / 13	 3,00 Fälle

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

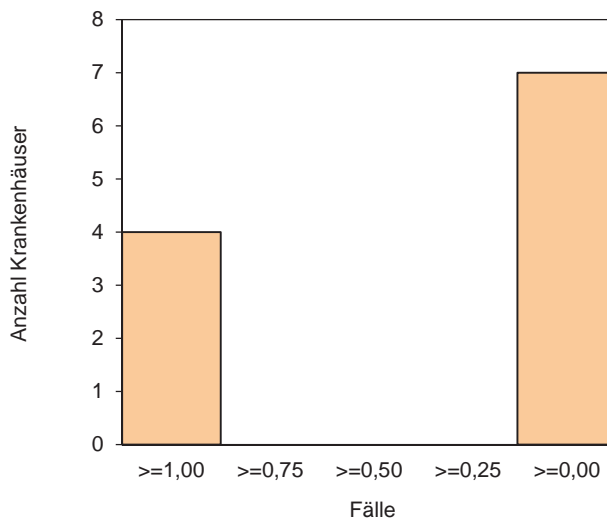
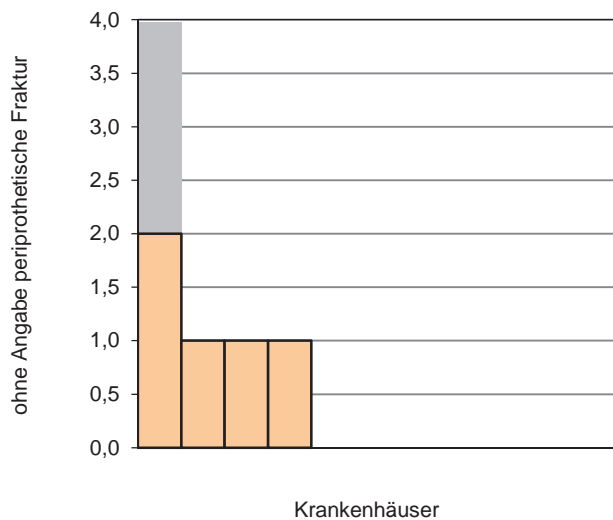
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850336, AK-ID 2019/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:

11 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	1,00	1,00		2,00

Auffälligkeitskriterium: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postoperativer Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer

AK-ID: 2019/KEP/851908

Referenzbereich: < 100,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54121, 54122

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			148 / 231	64,07%
			57,70% - 69,98%	
		< 100,00%		< 100,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen Vertrauensbereich			201 / 312	64,42%
			58,96% - 69,53%	

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

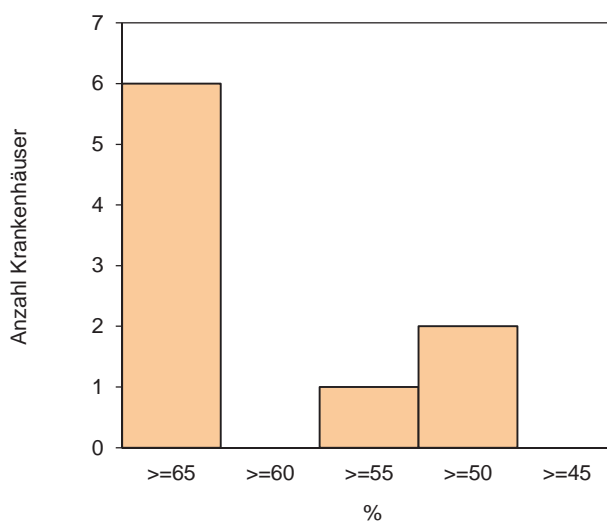
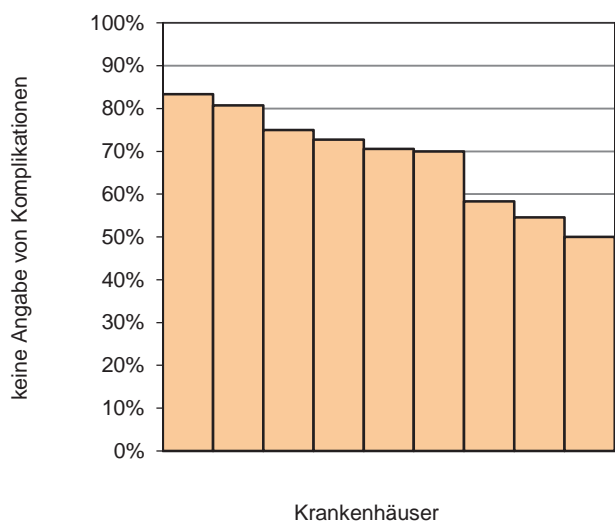
² AK im Vorjahr nicht berechnet

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851908, AK-ID 2019/KEP/851908]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

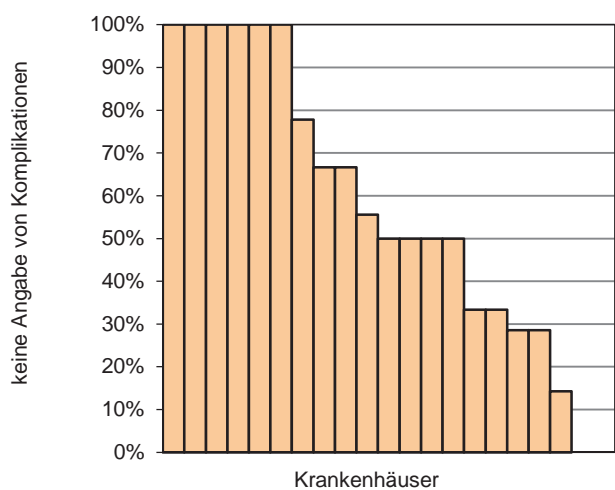
9 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00			58,33	70,59	75,00			83,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	14,29	33,33	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

Grundgesamtheit: Alle Knie-Endoprothetischen Eingriffe mit übermittelter OPS-Seitenlokalisierung, die nicht die OPS-Seitenlokalisationsangabe „beidseitig“ (B) tragen

AK-ID: 2019/KEP/851909

Referenzbereich: <= 3,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54128

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung ¹			62 / 5.911	1,05%
Vertrauensbereich				0,82% - 1,34%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung			52 / 5.782	0,90%
Vertrauensbereich				0,69% - 1,18%

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 50 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

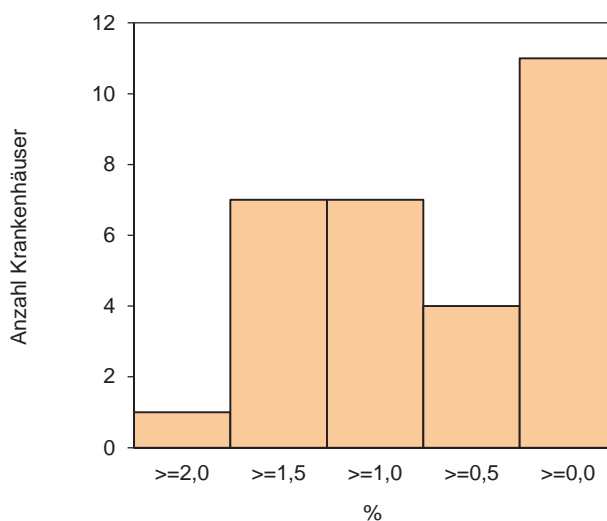
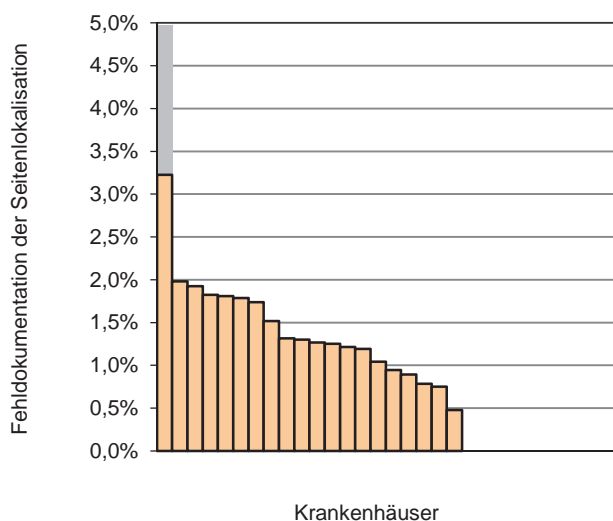
² AK im Vorjahr nicht berechnet

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_851909, AK-ID 2019/KEP/851909]:

Anteil von Eingriffen mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung an allen Knie-Endoprothetischen Eingriffen mit übermittelter OPS-Seitenlokalisierung, die nicht die OPS-Seitenlokalisationsangabe „beidseitig“ (B) tragen

Krankenhäuser mit mindestens 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

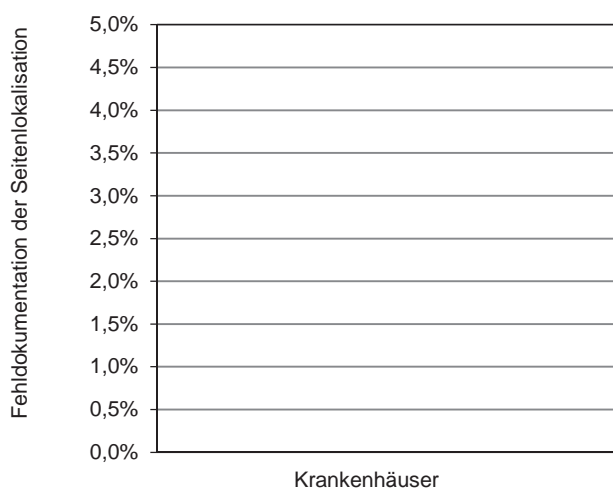
30 Krankenhäuser haben mindestens 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	1,52	1,87	1,98	3,23

Krankenhäuser mit weniger als 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Knie-Endoprothesen-Erstimplantation und:
 - anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz)
 - innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

AK-ID: 2019/KEP/851910

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54124

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Eingriffe ohne Angaben zu: ¹ - spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen - postoperativen Wundinfektionen Referenzbereich			3 / 4	3,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Eingriffe ohne Angaben zu: - spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen - postoperativen Wundinfektionen			1 / 4	1,00 Fälle

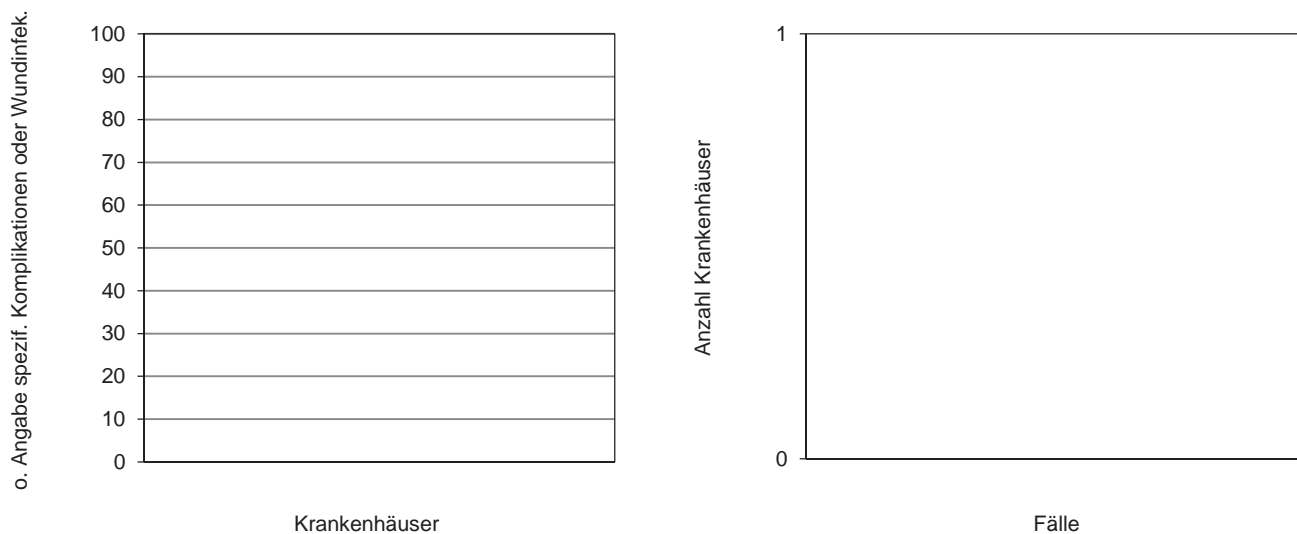
¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² AK im Vorjahr nicht berechnet

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851910, AK-ID 2019/KEP/851910]:

Anzahl an Eingriffen ohne Angaben zu spezifischen post- oder intraoperativen Komplikationen und/oder postoperativen Wundinfektionen von allen Patientinnen und Patienten mit Knie-Endoprothesen-Erstimplantation und anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz) innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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

Jahresauswertung 2019 Knieendoprothesenversorgung

KEP

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.909
Datensatzversion: KEP 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18318-L117340-P55105

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.823	30,85	1.641	28,39
2. Quartal			1.426	24,13	1.455	25,17
3. Quartal			1.225	20,73	1.253	21,67
4. Quartal			1.435	24,28	1.432	24,77
Gesamt			5.909		5.781	
Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.389		5.312	
Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			531		483	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.909		5.781	
Median				8,00		9,00
Mittelwert				9,22		9,74
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.920		5.795	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,20		1,23
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.920		5.795	
Median				7,00		8,00
Mittelwert				8,05		8,55

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege
7	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
8	Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				M17.1	4.736	80,15	M17.1	4.568	79,02
2				I10.00	2.400	40,62	I10.00	2.534	43,83
3				I10.90	1.406	23,79	I10.90	1.355	23,44
4				Z96.65	1.100	18,62	Z96.65	1.132	19,58
5				E11.90	941	15,92	E11.90	857	14,82
6				Z74.1	661	11,19	U50.10	795	13,75
7				Z92.2	648	10,97	Z92.2	687	11,88
8				Z74.0	616	10,42	D62	643	11,12

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

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 2019¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
4	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella
5	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert

OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-822.g1	3.498	59,09	5-822.g1	3.343	57,69
2				5-822.j1	756	12,77	8-915	845	14,58
3				8-915	694	11,72	5-822.j1	707	12,20
4				5-804.5	673	11,37	5-822.01	682	11,77
5				5-822.01	638	10,78	5-804.5	603	10,41

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

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Aufnahmegrund						
Krankenhausbehandlung vollstationär			2.133	36,10	2.275	39,35
Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			3.776	63,90	3.506	60,65
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			0	0,00	0	0,00
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.909		5.781	
< 50 Jahre			131	2,22	143	2,47
50 - 59 Jahre			1.002	16,96	955	16,52
60 - 69 Jahre			2.071	35,05	1.964	33,97
70 - 79 Jahre			2.026	34,29	2.065	35,72
80 - 89 Jahre			664	11,24	642	11,11
>= 90 Jahre			15	0,25	12	0,21
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.909		5.781	
Median				68,00		69,00
Mittelwert				68,17		68,33
Geschlecht						
männlich			2.521	42,66	2.397	41,46
weiblich			3.388	57,34	3.384	58,54
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Gehstrecke						
unbegrenzt (> 500 m)			474	8,02	566	9,79
Gehen am Stück bis 500 m möglich			3.742	63,33	3.582	61,96
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			1.332	22,54	1.256	21,73
im Zimmer mobil			313	5,30	323	5,59
immobil			48	0,81	54	0,93
Gehhilfen						
keine			3.812	64,51	3.789	65,54
Unterarmgehstützen/Gehstock			1.853	31,36	1.757	30,39
Rollator/Gehbock			176	2,98	166	2,87
Rollstuhl			56	0,95	50	0,86
bettlägerig			12	0,20	19	0,33

Auslösende OPS-Kodes

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-822.g1	3.229	54,65	5-822.g1	3.218	55,67
2				5-822.j1	1.017	17,21	5-822.j1	821	14,20
3				5-822.01	639	10,81	5-822.01	684	11,83
4				5-822.h1	204	3,45	5-822.h1	222	3,84
5				5-822.g2	172	2,91	5-822.g2	212	3,67

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Prozedurdaten

Eingriff

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
Betroffenes Kniegelenk						
rechts			3.034	51,25	2.973	51,30
links			2.886	48,75	2.822	48,70

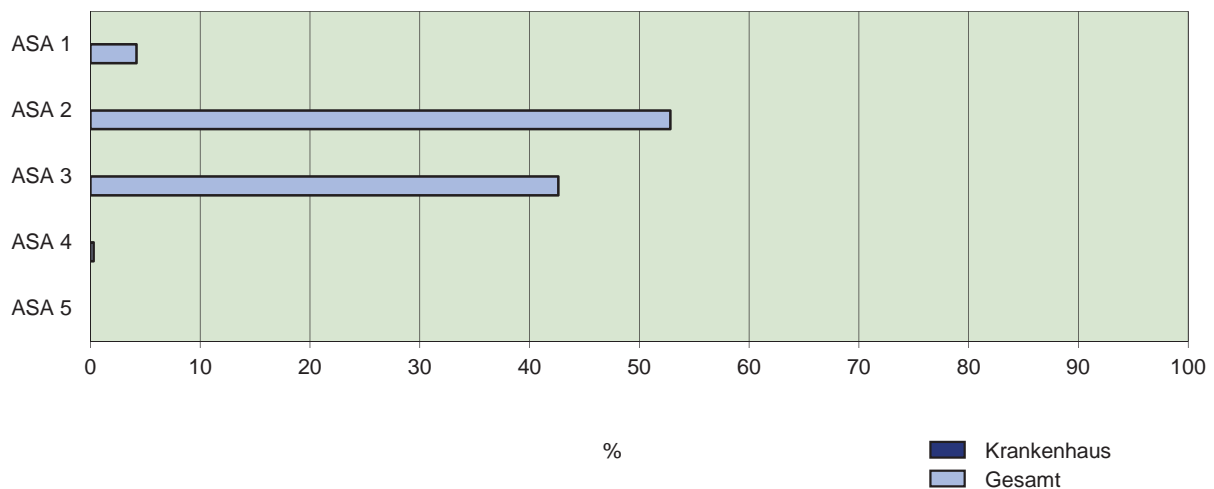
Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
Gonarthrose						
keine			332	5,61	301	5,19
primäre Gonarthrose			5.210	88,01	5.167	89,16
sekundäre Gonarthrose			378	6,39	327	5,64
Fehlstellung des Knies						
keine			3.407	57,55	3.292	56,81
schweres Valgusknie			543	9,17	573	9,89
schweres Varusknie			1.970	33,28	1.930	33,30

Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			249	4,21	235	4,06
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.129	52,85	3.087	53,27
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			2.524	42,64	2.443	42,16
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			18	0,30	30	0,52
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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			5.860	98,99	5.700	98,36
bedingt aseptische Eingriffe			38	0,64	71	1,23
kontaminierte Eingriffe			11	0,19	12	0,21
septische Eingriffe			11	0,19	12	0,21

Operation

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
Art des Eingriffs						
elektive Knieendoprothesen- Erstimplantation			5.389	91,03	5.312	91,67
einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel			432	7,30	374	6,45
Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels			99	1,67	109	1,88
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit (Minuten))						
Anzahl gültiger Angaben			5.920		5.795	
Median				77,00		78,00
Mittelwert				82,85		83,69

Knieendoprothesen-Erstimplantation

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.389		5.312	
Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah			1.270	23,57	1.336	25,15
Schmerzen						
Ruhschmerz			4.515	83,78	4.342	81,74
Belastungsschmerz			858	15,92	955	17,98
keine Schmerzen			16	0,30	15	0,28

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.389		5.312	
Osteophyten						
keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			188	3,49	158	2,97
			5.201	96,51	5.154	97,03
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			23	0,43	35	0,66
häufig verschmälert			1.048	19,45	1.171	22,04
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			4.318	80,13	4.106	77,30
Sklerose						
keine Sklerose			13	0,24	5	0,09
mäßige subchondrale Sklerose			669	12,41	701	13,20
ausgeprägte subchondrale Sklerose			3.405	63,18	3.484	65,59
Sklerose mit Zysten Femur Tibia, Patella			1.302	24,16	1.122	21,12
Deformierung						
keine Deformierung			344	6,38	428	8,06
Entrundung der Femurkondylen			3.064	56,86	3.019	56,83
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			1.981	36,76	1.865	35,11

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.389		5.312	
Röntgenologische Kriterien Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence ¹						
0 Punkte			0	0,00	2	0,04
1 - 2 Punkte			23	0,43	20	0,38
3 - 4 Punkte			407	7,55	527	9,92
5 - 6 Punkte			2.879	53,42	2.822	53,13
7 - 8 Punkte			2.080	38,60	1.941	36,54
4 - 8 Punkte			5.300	98,35	5.212	98,12

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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.389		5.312	
Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?						
ja			698	12,95	755	14,21
nein			4.691	87,05	4.557	85,79
wenn ja: Übrige Gelenkkompartimente intakt			693 / 698	99,28	749 / 755	99,21

Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Knieendoprothesen-Erstimplantationen			5.389		5.312	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk						
ja			110	2,04	91	1,71
nein			5.279	97,96	5.221	98,29
wenn ja: erosive Gelenkerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)						
Grad 0: normal			9 / 110	8,18	2 / 91	2,20
Grad 1: geringe Veränderung			7 / 110	6,36	7 / 91	7,69
Grad 2: definitive Veränderung			15 / 110	13,64	14 / 91	15,38
Grad 3: deutliche Veränderung			40 / 110	36,36	27 / 91	29,67
Grad 4: schwere Veränderung			36 / 110	32,73	40 / 91	43,96
Grad 5: mutilierende Veränderung			3 / 110	2,73	1 / 91	1,10

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			531		483	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation						
Ruhschmerz			369	69,49	371	76,81
Belastungsschmerz			146	27,50	101	20,91
keine Schmerzen			16	3,01	11	2,28

Erreger-/Infektionsnachweis

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			531		483	
Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)						
ja			129	24,29	122	25,26
nein			402	75,71	361	74,74
Mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation						
nicht durchgeführt			129	24,29	154	31,88
durchgeführt, negativ			325	61,21	244	50,52
durchgeführt, positiv			77	14,50	85	17,60

Röntgendiagnostik/Klinische Befunde

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Wechsel bzw. Komponentenwechsel			531		483	
Spezifische röntgenologische/ klinische Befunde vor der Prothesenexplantation Anzahl Patienten mit mindestens einem Befund (Mehrfachnennungen möglich)			470	88,51	408	84,47
Implantatbruch			12 / 470	2,55	10 / 408	2,45
Implantatfehl- lage/Malrotation			43 / 470	9,15	46 / 408	11,27
Implantatwanderung			34 / 470	7,23	33 / 408	8,09
Lockerung der Femur-Komponente						
septisch			27 / 470	5,74	29 / 408	7,11
aseptisch			138 / 470	29,36	114 / 408	27,94
Lockerung der Tibia-Komponente						
septisch			30 / 470	6,38	37 / 408	9,07
aseptisch			163 / 470	34,68	149 / 408	36,52
Lockerung der Patella-Komponente						
septisch			3 / 470	0,64	1 / 408	0,25
aseptisch			12 / 470	2,55	5 / 408	1,23
Knochendefekt Femur			59 / 470	12,55	75 / 408	18,38
Knochendefekt Tibia			63 / 470	13,40	79 / 408	19,36
periprothetische Fraktur			49 / 470	10,43	43 / 408	10,54
Endoprothesen(sub)luxation			14 / 470	2,98	14 / 408	3,43
Instabilität des Gelenks			154 / 470	32,77	121 / 408	29,66
bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose			65 / 470	13,83	53 / 408	12,99
Patellanekrose			3 / 470	0,64	1 / 408	0,25
Patellaluxation			5 / 470	1,06	7 / 408	1,72
Patellaschmerz			46 / 470	9,79	30 / 408	7,35

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			117	1,98	122	2,11
primäre Implantatfehl- lage						
Femur-Komponente			2 / 117	1,71	0 / 122	0,00
Tibia-Komponente			0 / 117	0,00	0 / 122	0,00
sekundäre Implantatdis- lokation			1 / 117	0,85	0 / 122	0,00
postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes			1 / 117	0,85	0 / 122	0,00
Patellafehlstellung			1 / 117	0,85	1 / 122	0,82
OP- oder interventions- bedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			48 / 117	41,03	46 / 122	37,70
OP- oder interventions- bedürftige Gefäßläsion ¹			2 / 117	1,71	4 / 122	3,28
bei Entlassung persistieren- der, motorischer Nerven- schaden ¹			10 / 117	8,55	7 / 122	5,74
periprothetische Fraktur			14 / 117	11,97	11 / 122	9,02
reoperationspflichtige Wund- dehiszenz			15 / 117	12,82	18 / 122	14,75

¹ Aufgrund der geänderten Spezifikation in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			5.920		5.795	
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			0 / 117	0,00	6 / 122	4,92
postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes			2 / 117	1,71	2 / 122	1,64
Ruptur der Quadrizepssehne/ Ligamentum patellae			5 / 117	4,27	7 / 122	5,74
Fraktur der Patella			0 / 117	0,00	0 / 122	0,00
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			23 / 117	19,66	36 / 122	29,51
Postoperative Wundinfektion (nach den KiSS-Definitionen)						
ja			11	0,19	22	0,38
nein			5.909	99,81	5.773	99,62
wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
Wundinfektionstiefe (nach den KiSS-Definitionen)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			6 / 11	54,55	9 / 22	40,91
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			1 / 11	9,09	6 / 22	27,27
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			4 / 11	36,36	7 / 22	31,82
wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen = ja oder wenn postoperative Wundinfektion = ja,						
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen						
ja			89 / 123	72,36	93 / 134	69,40
nein			34 / 123	27,64	41 / 134	30,60

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			155	2,62	161	2,78
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)			7 / 155	4,52	5 / 161	3,11
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			34 / 155	21,94	31 / 161	19,25
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			24 / 155	15,48	33 / 161	20,50
Lungenembolie			12 / 155	7,74	11 / 161	6,83
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)			13 / 155	8,39	8 / 161	4,97
Schlaganfall			10 / 155	6,45	3 / 161	1,86
akute gastrointestinale Blutung			1 / 155	0,65	1 / 161	0,62
akute Niereninsuffizienz			21 / 155	13,55	21 / 161	13,04
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			61 / 155	39,35	75 / 161	46,58

Postoperativer Bewegungsumfang

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Bestimmung des aktiven Bewegungsausmaßes mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung			5.820	98,49	5.671	98,10
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			5.313 / 5.820	91,29	5.215 / 5.671	91,96
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,01		0,01
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,08		0,09
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				90,18		90,37

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			285	4,82	273	4,72
Gehen am Stück bis 500 m möglich auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			2.699	45,68	2.913	50,39
im Zimmer mobil			2.865	48,49	2.529	43,75
immobil			45	0,76	50	0,86
			8	0,14	12	0,21
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			59	1,00	68	1,18
Unterarmgehstützen/Gehstock			5.690	96,29	5.557	96,13
Rollator/Gehbock			144	2,44	137	2,37
Rollstuhl			5	0,08	11	0,19
bettlägerig			4	0,07	4	0,07

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
01: regulär beendet			3.905	66,09	3.647	63,09
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			216	3,66	201	3,48
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	0,02
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,12	7	0,12
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			114	1,93	106	1,83
07: Tod			9	0,15	6	0,10
08: Verlegung nach § 14			1	0,02	2	0,03
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.639	27,74	1.780	30,79
10: in Pflegeeinrichtung			15	0,25	27	0,47
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,02	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,02
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			2	0,03	3	0,05
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 | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär 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 |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke
der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 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 | |

Entlassung (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			5.909		5.781	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550.-)¹			12	0,20	-	-
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.045	17,68	934	16,16
Dienstag			1.040	17,60	933	16,14
Mittwoch			1.118	18,92	1.043	18,04
Donnerstag			959	16,23	984	17,02
Freitag			927	15,69	1.126	19,48
Samstag			430	7,28	440	7,61
Sonntag			390	6,60	321	5,55

¹ neues Datenfeld in 2019

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

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

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

2. Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

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

3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

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

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

4. Vorjahresdaten

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

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

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

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

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

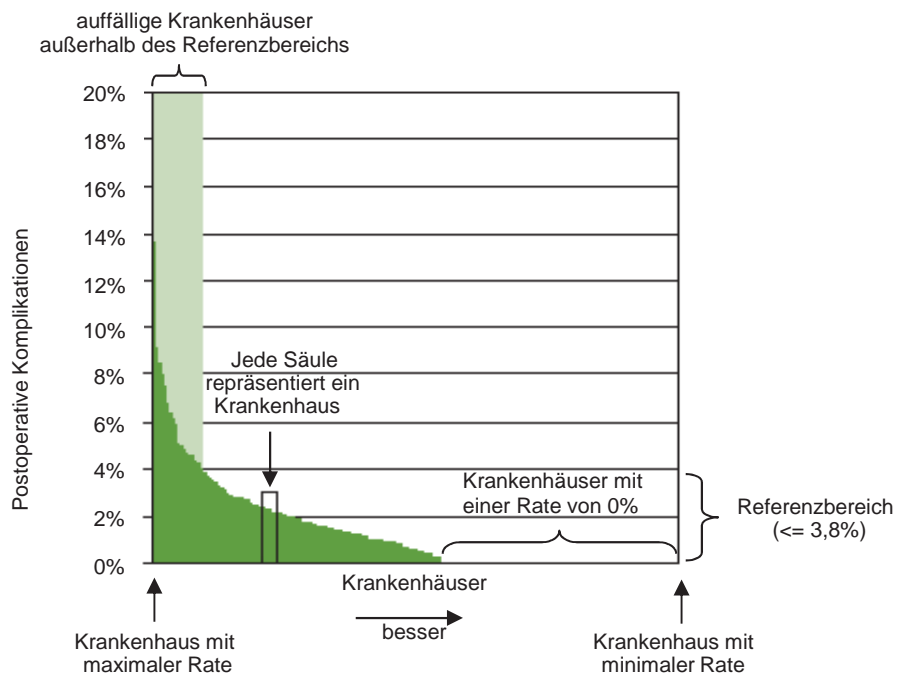
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

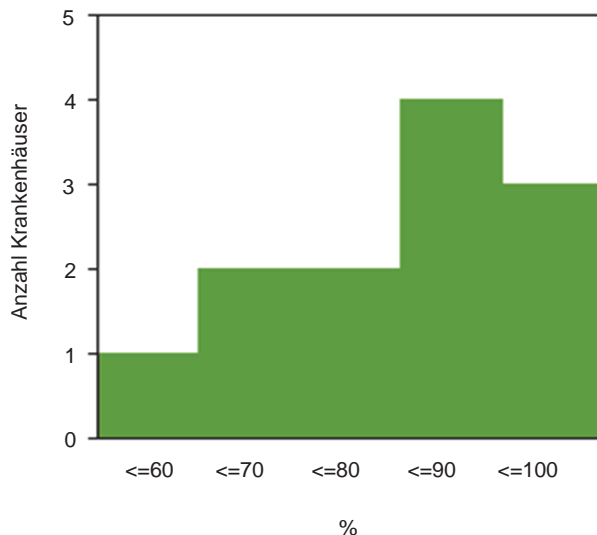
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

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

Auffälligkeitskriterium

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

Kennzahl-ID

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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