

Jahresauswertung 2008
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 600
Datensatzversion: 17/7 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7651-L57230-P26341

Jahresauswertung 2008
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 600
Datensatzversion: 17/7 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7651-L57230-P26341

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation			88,3%	>= 68,3%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,7%	>= 95%	1.4
QI 3: Gehfähigkeit bei Entlassung			0,7%	<= 4,0%	1.7
QI 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,0%	<= 2%	1.10
QI 5: Fraktur			0,3%	<= 4%	1.12
QI 6: Postoperative Wundinfektion			1,2%	nicht definiert	1.14
QI 7: Wundhämatome/Nachblutungen			2,0%	<= 15%	1.22
QI 8: Allgemeine postoperative Komplikationen			0,8%	<= 5,0%	1.25
QI 9: Reoperationen wegen Komplikation			2,7%	<= 12%	1.28
QI 10: Letalität			0,0%	Sentinel Event	1.30

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet.

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/47863

Referenzbereich: >= 68,3% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			252 / 600	42,0%
Patienten mit Ruheschmerz			340 / 600	56,7%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung			154 / 600	25,7%
Patienten mit Lockerung Femur-Komponente			258 / 600	43,0%
Patienten mit Lockerung Tibia-Komponente			351 / 600	58,5%
Patienten mit Lockerung Patella-Komponente			20 / 600	3,3%
Patienten mit Substanzverlust Femur			174 / 600	29,0%
Patienten mit Substanzverlust Tibia			229 / 600	38,2%
Patienten mit Verschleiß der Gleitfläche			214 / 600	35,7%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			45 / 600	7,5%
Patienten mit Prothesen(sub)luxation			46 / 600	7,7%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			106 / 600	17,7%
Patienten mit Erregernachweis			232 / 600	38,7%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			530 / 600	88,3%
Vertrauensbereich				85,5% - 90,8%
Referenzbereich		>= 68,3%		>= 68,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			503 / 549	91,6% 89,0% - 93,8%

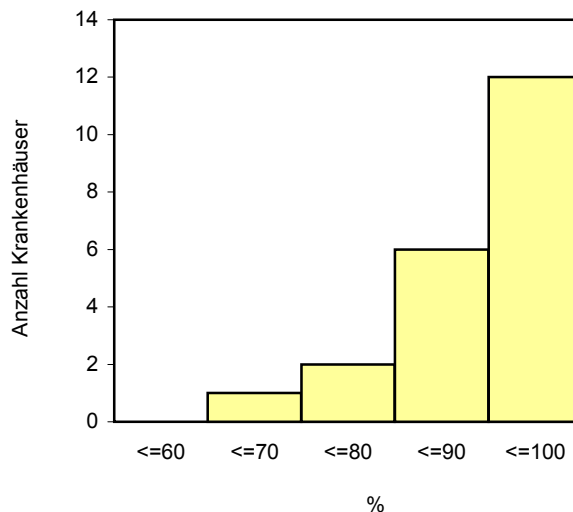
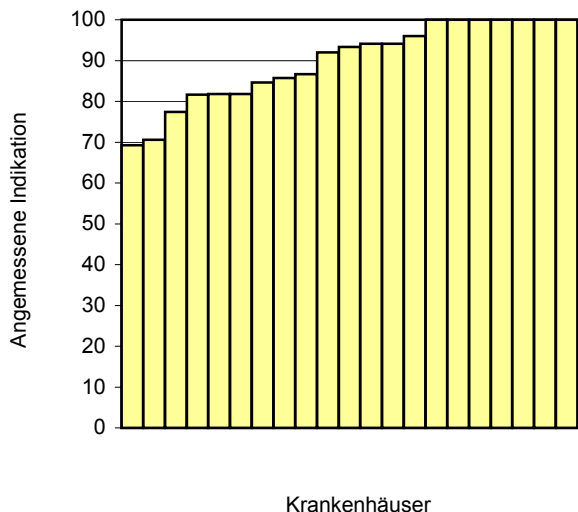
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/47863]:

Anteil von Patienten mit mindestens einem der genannten Schmerzriterien und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 69,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,3%

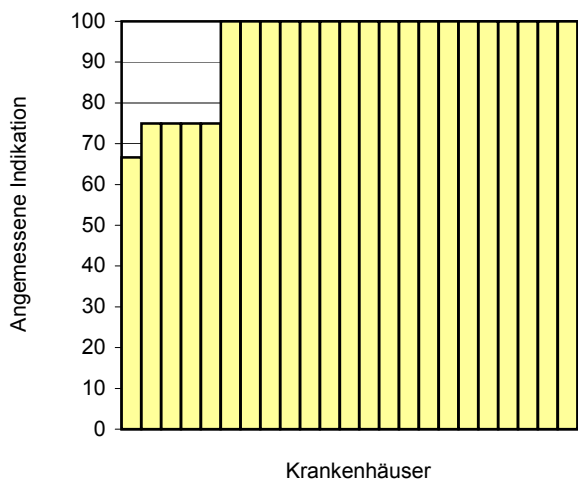


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten¹
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min¹
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2008/17n7-KNIE-WECH/47869

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	598 / 600 99,7%	285 / 286 99,7%	313 / 314 99,7%
Vertrauensbereich	98,8% - 100,0%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	294 / 598 49,2%	156 / 285 54,7%	138 / 313 44,1%
Zweitgabe oder öfter	304 / 598 50,8%	129 / 285 45,3%	175 / 313 55,9%

¹ eingeschränkt auf plausible Werte bei Angabe der OP-Dauer in min (>0 und <5000)

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

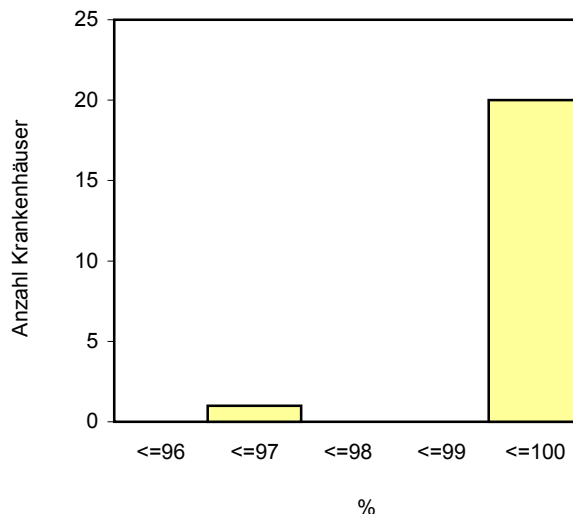
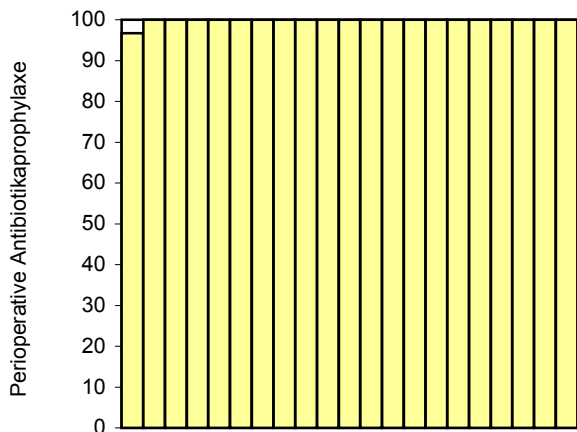
Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	548 / 549 99,8% 99,0% - 100,0%	268 / 268 100,0%	280 / 281 99,6%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/47869]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 96,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

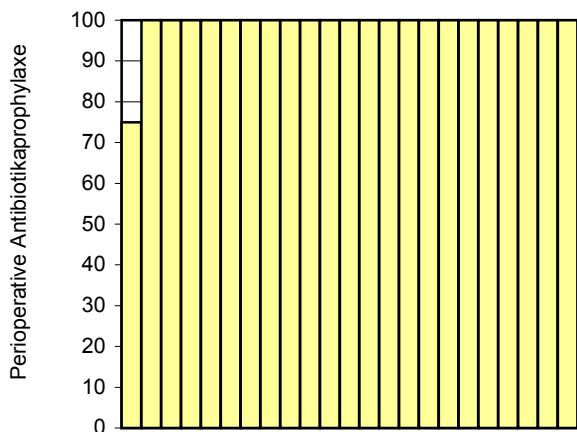


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 Gruppe 1: alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer < 5 Tage¹
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 5 bis 10 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 11 bis 15 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 15 Tage¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2008/17n7-KNIE-WECH/80686

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 4,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			585 / 591	99,0%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			4 / 591	0,7%
Vertrauensbereich				0,2% - 1,7%
Referenzbereich		<= 4,0%		<= 4,0%
Gruppe 2 (< 5 Tage)			0 / 2	0,0%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			0 / 127	0,0%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			1 / 329	0,3%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			3 / 133	2,3%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

² d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			3 / 543	0,6% 0,1% - 1,6%

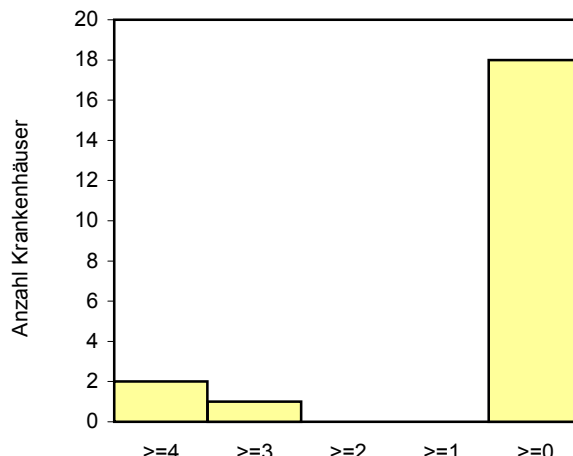
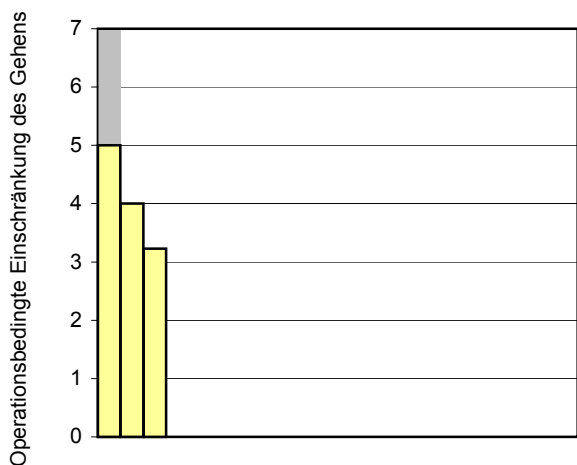
¹ d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/80686]:
Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

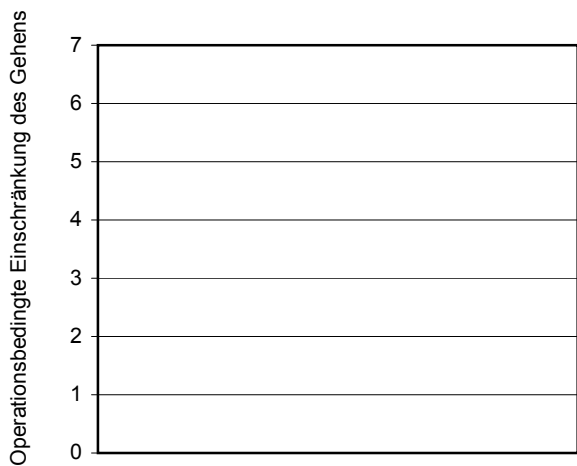
%

21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden

Qualitätsziel: Selten Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/73713

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 600	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			0 / 600	0,0%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			0 / 600	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,6%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			2 / 549	0,4%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,3%

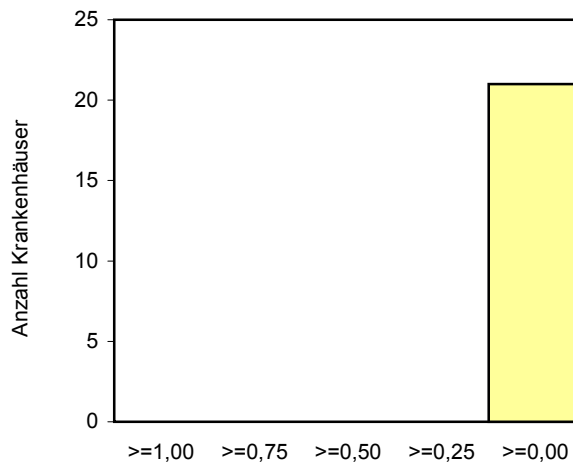
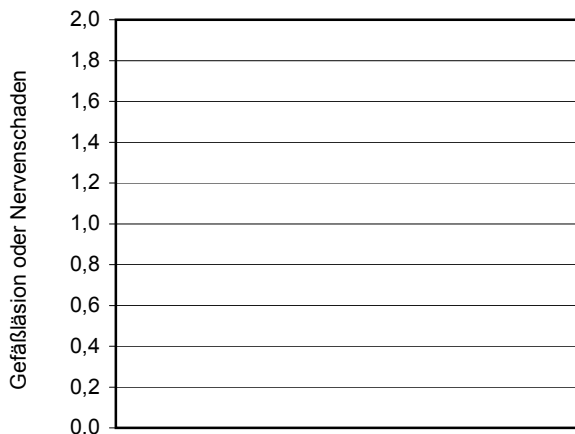
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/73713]:

Anteil von Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

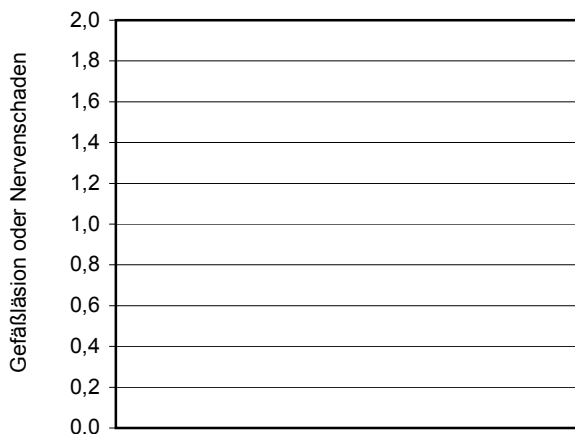
%

21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 5: Fraktur


Qualitätsziel: Selten Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/47388

Referenzbereich: <= 4% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			2 / 600	0,3%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,2%
Referenzbereich		<= 4%		<= 4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			2 / 549	0,4%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,3%

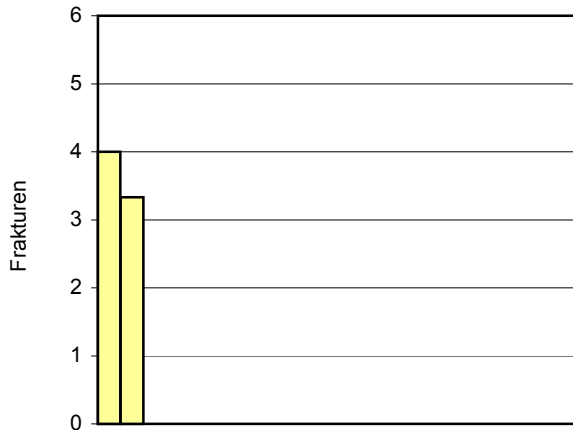
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/47388]:

Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

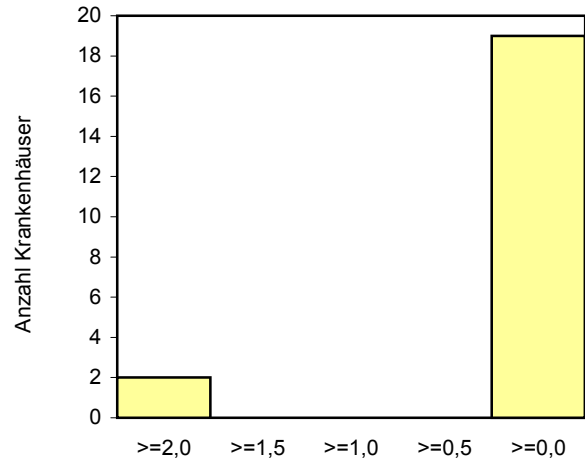
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



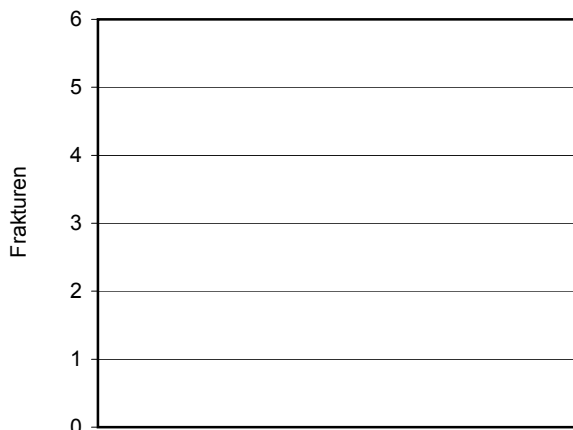
%

21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/47390
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			7 / 600	1,2%
Vertrauensbereich				0,5% - 2,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 600	0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			5 / 600	0,8%

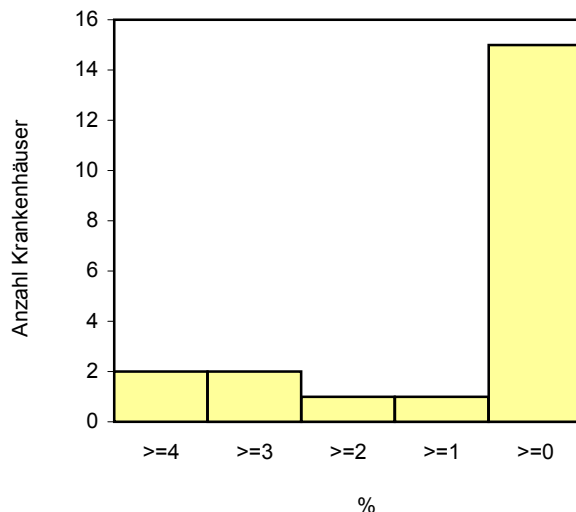
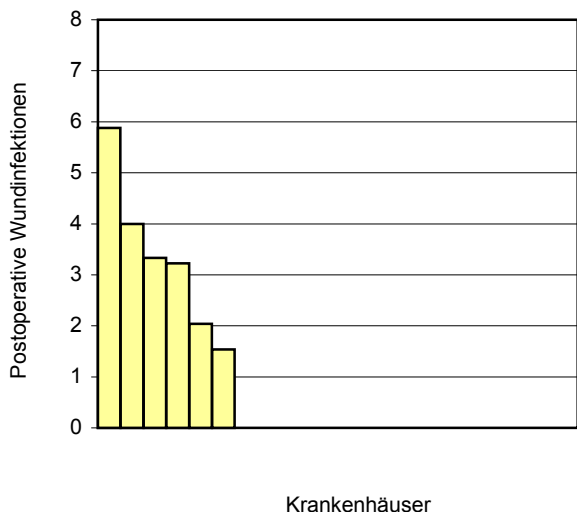
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			8 / 549	1,5%
Vertrauensbereich				0,6% - 2,9%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/47390]:
 Anteil von Patienten mit postoperativen Wundinfektionen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

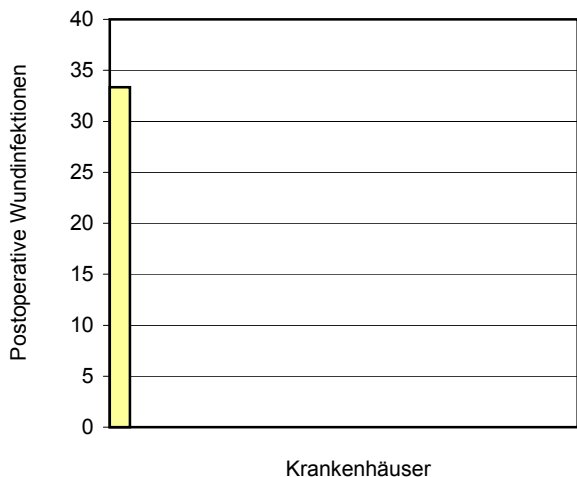


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA \geq 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier > 155 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

Risikoklassen	
0	Patienten mit 0 Risikopunkten
1	Patienten mit 1 Risikopunkt
2	Patienten mit 2 Risikopunkten
3	Patienten mit 3 Risikopunkten

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			237 / 600	39,5%
Risikoklasse 1			273 / 600	45,5%
Risikoklasse 2			88 / 600	14,7%
Risikoklasse 3			2 / 600	0,3%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 237	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 237	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			1 / 237	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 237	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			4 / 273	1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 273	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			2 / 273	0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			2 / 273	0,7%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			2 / 88	2,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 88	2,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 88	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 88	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 2	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Qualitätsindikator 7: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/45036
Referenzbereich: <= 15% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			12 / 600	2,0%
Vertrauensbereich				1,0% - 3,5%
Referenzbereich		<= 15%		<= 15%

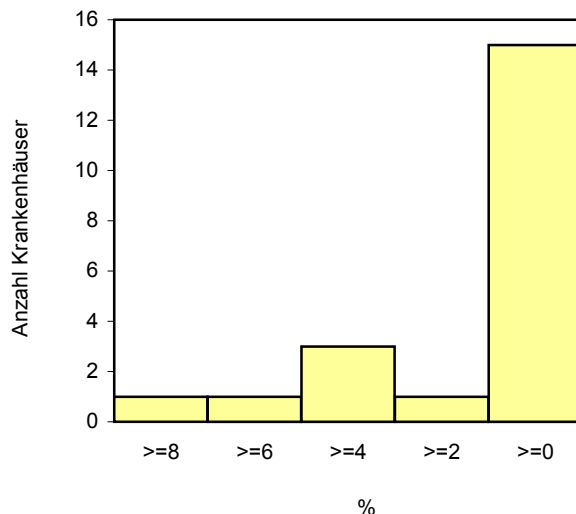
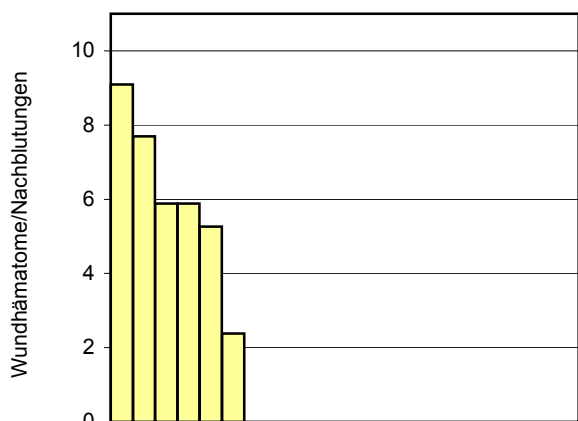
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			16 / 549	2,9%
Vertrauensbereich				1,7% - 4,7%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/45036]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

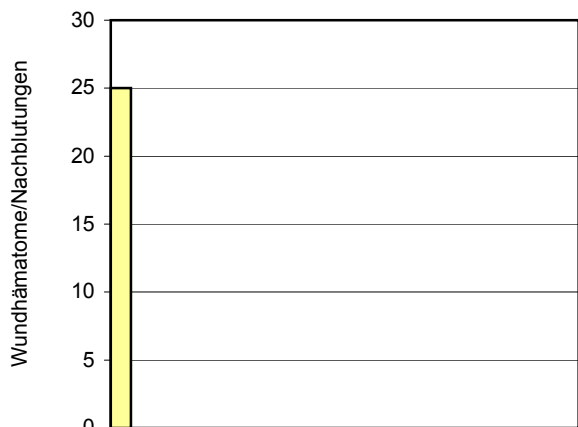


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 25,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 120 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min¹

	Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
	Gesamt 2008			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	3 / 286 1,0%	7 / 246 2,8%	2 / 58 3,4%	0 / 10 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 8: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Selten allgemeine postoperative Komplikationen		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 bis 2	
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 bis 4	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2008/17n7-KNIE-WECH/45138	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich			
			<= 5,0%

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	1 / 600 0,2%	0 / 315 0,0%	1 / 285 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	3 / 600 0,5%	0 / 315 0,0%	3 / 285 1,1%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	1 / 600 0,2%	1 / 315 0,3%	0 / 285 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	1 / 600 0,2%	1 / 315 0,3%	0 / 285 0,0%
Patienten mit sonstiger Komplikation	19 / 600 3,2%	3 / 315 1,0%	16 / 285 5,6%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	5 / 600 0,8% 0,3% - 1,9% <= 5,0%	2 / 315 0,6%	3 / 285 1,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	14 / 549 2,6% 1,4% - 4,3%	4 / 288 1,4%	10 / 261 3,8%

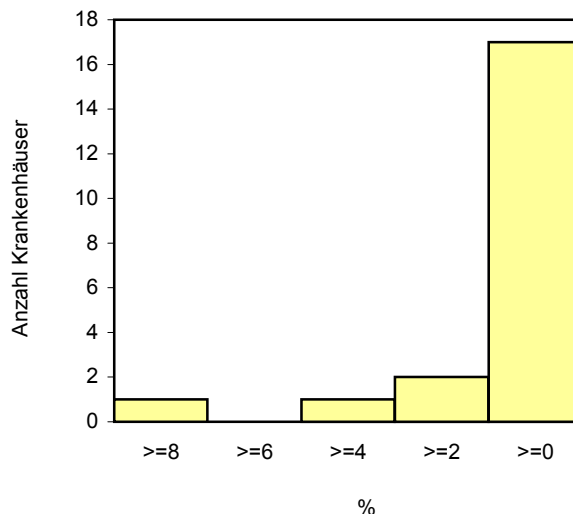
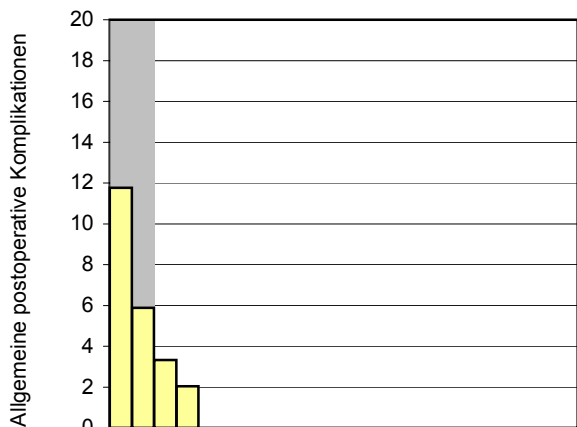
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/45138]:

Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

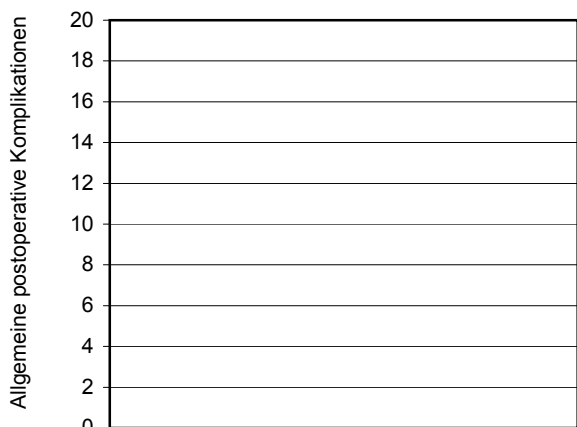


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 9: Reoperationen wegen Komplikation


Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/45059

Referenzbereich: <= 12% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			16 / 600	2,7%
Vertrauensbereich				1,5% - 4,3%
Referenzbereich		<= 12%		<= 12%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			21 / 549	3,8%
Vertrauensbereich				2,4% - 5,8%

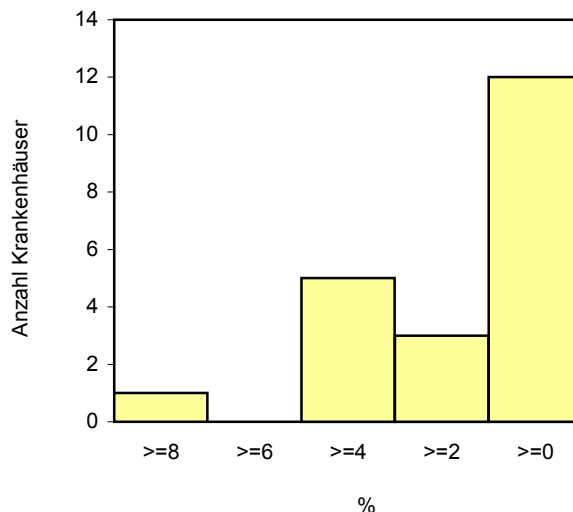
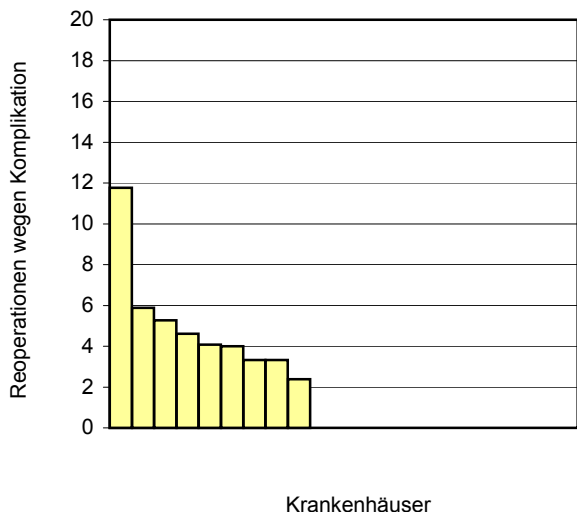
¹ Die Ergebnisse sind aufgrund der geänderten Datenfeldbezeichnung nur eingeschränkt vergleichbar (2007: „Reintervention“, 2008: „Reoperation“).

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/45059]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

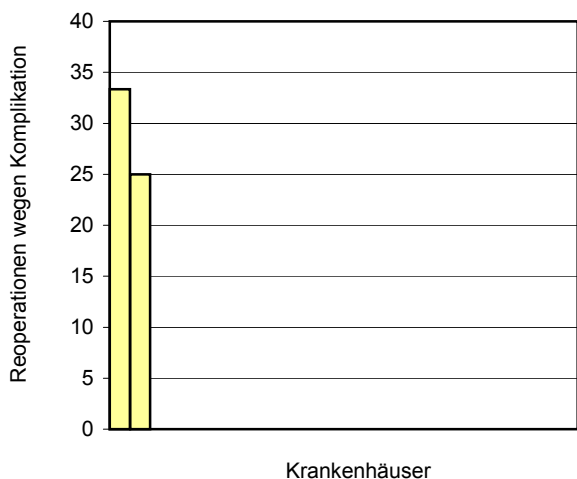


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n7-KNIE-WECH/45060
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			0 / 600	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,6%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

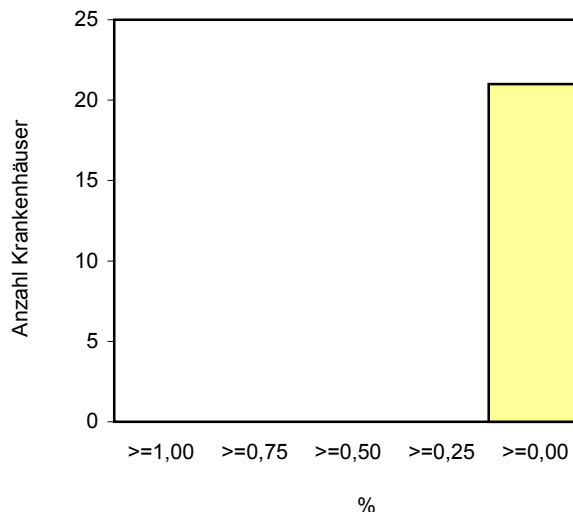
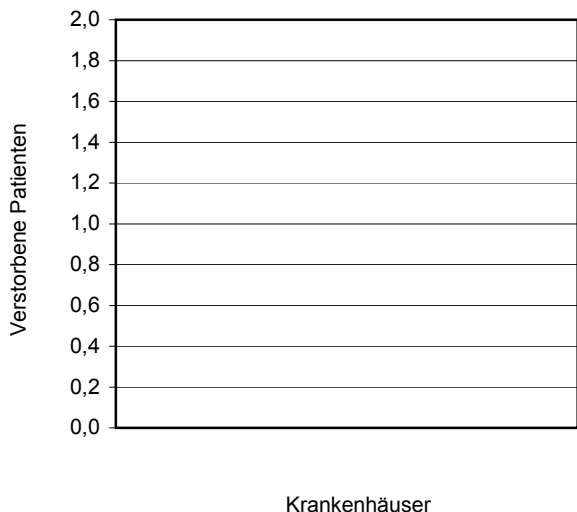
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1 / 549	0,2%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2008/17n7-KNIE-WECH/45060]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

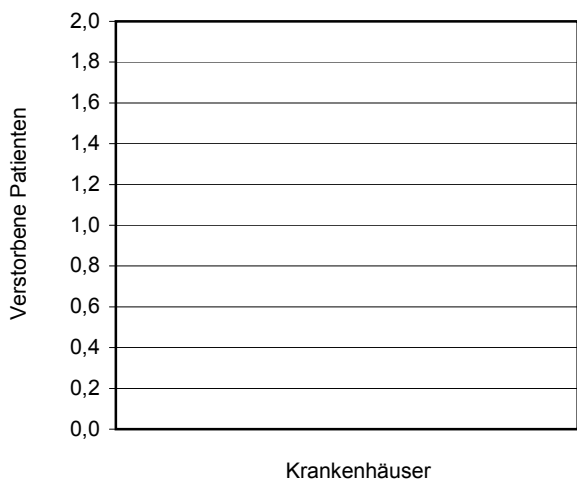


21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit ASA 1 - 2
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 3
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 4
 Gruppe 4: Patienten mit ASA 5

	Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				

	Gesamt 2008			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 315 0,0%	0 / 277 0,0%	0 / 8 0,0%	0 / 0

Jahresauswertung 2008
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 600
Datensatzversion: 17/7 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7651-L57230-P26341

Basisdaten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			141	23,5	141	25,7
2. Quartal			158	26,3	151	27,5
3. Quartal			161	26,8	138	25,1
4. Quartal			140	23,3	119	21,7
Gesamt			600		549	

¹ Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			600		549	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				14,5		14,7
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			600		549	
Median				14,0		15,0
Mittelwert				17,1		18,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2008

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	473	78,8	T84.0	442	80,5
2				Z96.6	199	33,2	Z96.6	153	27,9
3				D62	163	27,2	D62	133	24,2
4				I10.00	159	26,5	I10.00	125	22,8
5				I10.90	98	16,3	I10.90	106	19,3
6				T84.5	92	15,3	E66.0	76	13,8
7				E11.90	84	14,0	E11.90	71	12,9
8				M17.1	42	7,0	T84.5	69	12,6

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2007 und ICD-10-GM 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OPS 2008¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2008

1	5-823.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert
2	5-823.26	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
3	5-829.d	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel von modularen Endoprothesen bei knöcherner Defektsituation mit Gelenk- und/oder Knochen(teil)ersatz oder individuell angefertigten Implantaten
4	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
5	5-800.5h	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk

OPS 2008

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

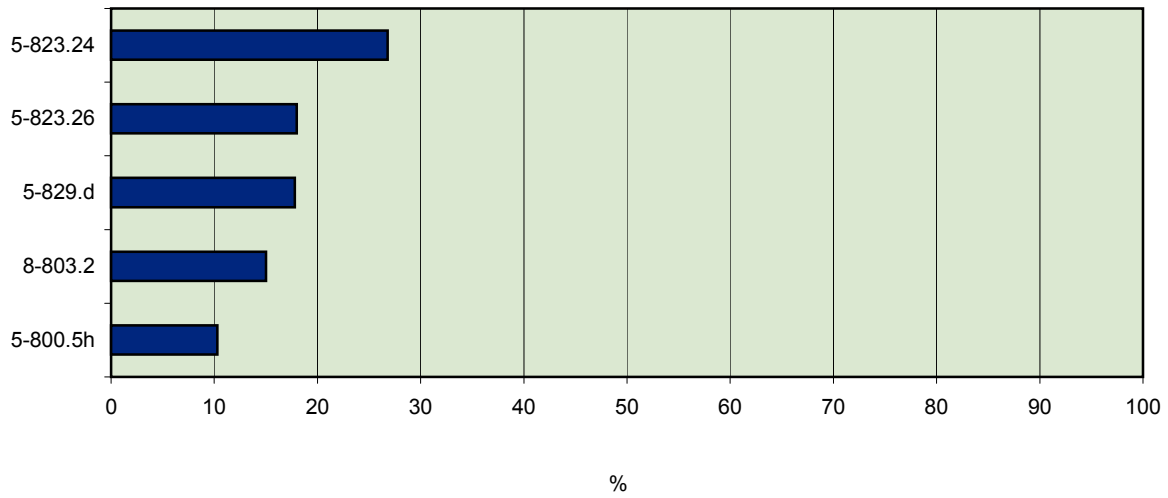
	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-823.24	161	26,8	5-823.24	134	24,4
2				5-823.26	108	18,0	8-803.2	91	16,6
3				5-829.d	107	17,8	5-823.26	79	14,4
4				8-803.2	90	15,0	5-829.d	76	13,8
5				5-800.5h	62	10,3	5-823.22	61	11,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2007 und OPS 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2008 (Gesamt 2008)



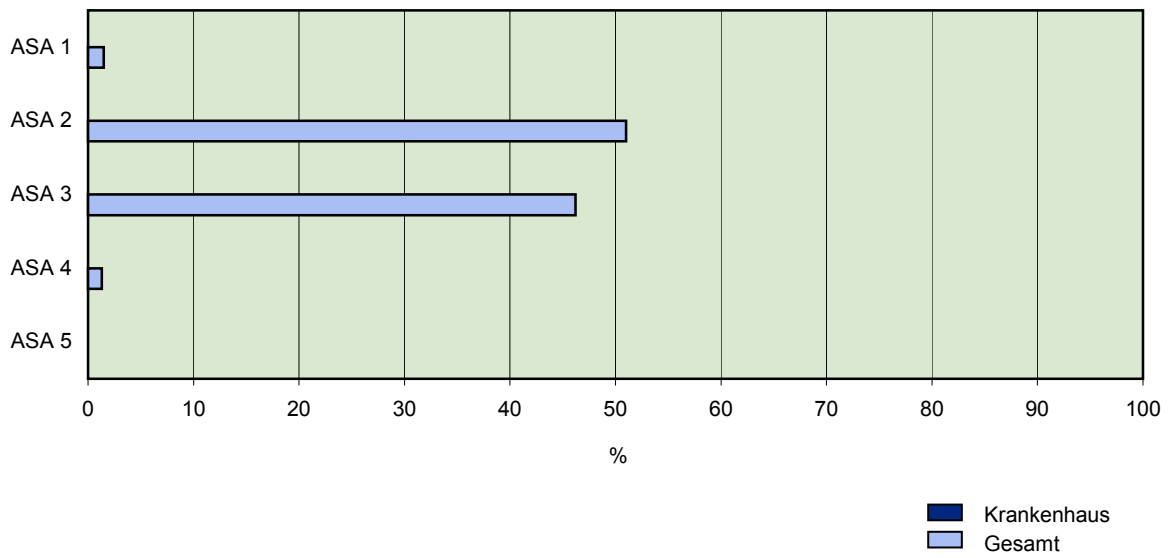
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			10	1,7	6	1,1
5-986 Minimalinvasive Technik			1	0,2	0	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0	0,0	0	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			2	0,3	3	0,5

Patienten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			600 / 600		549 / 549	
< 40 Jahre			1 / 600	0,2	0 / 549	0,0
40 - 59 Jahre			76 / 600	12,7	84 / 549	15,3
60 - 79 Jahre			432 / 600	72,0	385 / 549	70,1
80 - 89 Jahre			89 / 600	14,8	78 / 549	14,2
>= 90 Jahre			2 / 600	0,3	2 / 549	0,4
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			600		549	
Median				72,0		71,0
Mittelwert				70,9		70,3
Geschlecht						
männlich			207	34,5	161	29,3
weiblich			393	65,5	388	70,7
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			0	0,0	6	1,1
nicht dokumentiert			1	0,2	0	0,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			9	1,5	15	2,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			306	51,0	273	49,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			277	46,2	256	46,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			8	1,3	5	0,9
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen¹						
Ruhschmerz			340	56,7	-	-
Belastungsschmerz			252	42,0	-	-

Labor

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor			106	17,7	119	21,7
Gelenkpunktion			269	44,8	222	40,4
Erregernachweis						
nicht durchgeführt ²			232	38,7	-	-
durchgeführt, negativ ²			322	53,7	-	-
durchgeführt, positiv			46	7,7	54	9,8

¹ Datenfeld in dieser Form erstmals 2008 im Datensatz

² erstmals 2008 im Datensatz

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung/ -versagen			154	25,7	131	23,9
Lockerung der Femur-Komponente			258	43,0	256	46,6
Lockerung der Tibia-Komponente			351	58,5	340	61,9
Lockerung der Patella-Komponente			20	3,3	32	5,8
Substanzverlust Femur			174	29,0	166	30,2
Substanzverlust Tibia			229	38,2	225	41,0
Verschleiß der Gleitfläche			214	35,7	217	39,5
periprothetische Fraktur			46	7,7	36	6,6
Prothesen(sub)luxation			45	7,5	55	10,0
Instabilität im Kniegelenk			289	48,2	300	54,6
Zunahme der Arthrose (bei Schlittenprothesen)¹			52	8,7	-	-
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			548	91,3	475	86,5
bedingt aseptische Eingriffe			30	5,0	51	9,3
kontaminierte Eingriffe			7	1,2	9	1,6
septische Eingriffe			15	2,5	14	2,6

¹ erstmals 2008 im Datensatz

Operation

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs (Minuten) (Schnitt-Nahtzeit)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			600		549	
Median				125,0		123,0
Mittelwert				129,1		130,0
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			2	0,3	1	0,2
mit Prophylaxe			598	99,7	548	99,8
davon						
single shot			294 / 598	49,2	291 / 548	53,1
Zweitgabe			44 / 598	7,4	38 / 548	6,9
öfter			260 / 598	43,5	219 / 548	40,0

Verlauf

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			596	99,3	543	98,9
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			19	3,2	30	5,5
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			0	0,0	1	0,2
Tibia-Komponente			0	0,0	0	0,0
Implantatdislokation			0	0,0	1	0,2
Patellafehlstellung			0	0,0	2	0,4
Wundhämatom/ Nachblutung			12	2,0	16	2,9
Gefäßläsion			0	0,0	0	0,0
Nervenschaden			0	0,0	2	0,4
Fraktur			2	0,3	2	0,4
Sonstige			5	0,8	7	1,3
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten davon			7	1,2	8	1,5
A1 (oberflächliche Infektion)			2 / 7	28,6	3 / 8	37,5
A2 (tiefe Infektion)			3 / 7	42,9	4 / 8	50,0
A3 (Räume/Organe)			2 / 7	28,6	1 / 8	12,5
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			16	2,7	21	3,8

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			23	3,8	29	5,3
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			1	0,2	3	0,5
kardiovaskuläre Komplikation(en)			3	0,5	10	1,8
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			1	0,2	2	0,4
Lungenembolie			1	0,2	0	0,0
Sonstige			19	3,2	19	3,5

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen) wenn nein:						
selbständiges Gehen präoperativ			591	98,5	543	98,9
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen) wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene präoperativ			4	44,4	4	66,7
			592	98,7	541	98,5
			4	50,0	5	62,5

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			308	51,3	279	50,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			9	1,5	13	2,4
03: aus sonstigen Gründen			1	0,2	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,2	1	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			4	0,7	6	1,1
07: Tod			0	0,0	1	0,2
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	7	1,3
09: in Rehabilitationseinrichtung			270	45,0	238	43,4
10: in Pflegeeinrichtung			5	0,8	3	0,5
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			2	0,3	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	1	0,2
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss ²			0	0,0	-	-

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	16	Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt- bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	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
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus	20	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)	21	Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung		
11	Entlassung in ein Hospiz		
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen		

² Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.

Anhang: OPS 2008

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese ohne Patellaersatz, nicht zementiert			4 / 600	0,7	9 / 549	1,6
5-823.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese mit Patellaersatz, nicht zementiert			0 / 600	0,0	2 / 549	0,4
5-823.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese ohne Patellaersatz, zementiert			52 / 600	8,7	59 / 549	10,7
5-823.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese mit Patellaersatz, zementiert			4 / 600	0,7	2 / 549	0,4
5-823.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese, nicht zementiert			0 / 600	0,0	0 / 549	0,0

Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)
 Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.17 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese zementiert			7 / 600	1,2	1 / 549	0,2
5-823.18 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese, Hybrid (teilyementiert)			0 / 600	0,0	1 / 549	0,2
5-823.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Sonstige			3 / 600	0,5	2 / 549	0,4
5-823.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Typgleich			31 / 600	5,2	22 / 549	4,0
5-823.21 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert			3 / 600	0,5	0 / 549	0,0
5-823.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert			55 / 600	9,2	61 / 549	11,1

Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.23 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, nicht zementiert			1 / 600	0,2	2 / 549	0,4
5-823.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert			161 / 600	26,8	134 / 549	24,4
5-823.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert			6 / 600	1,0	2 / 549	0,4
5-823.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			108 / 600	18,0	79 / 549	14,4
5-823.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil			15 / 600	2,5	19 / 549	3,5
5-823.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil			40 / 600	6,7	45 / 549	8,2

Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Sonstige			7 / 600	1,2	10 / 549	1,8
5-823.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Typgleich			6 / 600	1,0	8 / 549	1,5
5-823.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine andere Scharnierendoprothese, nicht zementiert			0 / 600	0,0	0 / 549	0,0
5-823.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine andere Scharnierendoprothese, (teil-)zementiert			13 / 600	2,2	17 / 549	3,1
5-823.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert			3 / 600	0,5	2 / 549	0,4
5-823.34 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			16 / 600	2,7	17 / 549	3,1
5-823.35 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Teilwechsel Femurteil			9 / 600	1,5	10 / 549	1,8

Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.36 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Teilwechsel Tibiateil			6 / 600	1,0	8 / 549	1,5
5-823.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Sonstige			5 / 600	0,8	6 / 549	1,1
5-823.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typpgleich			5 / 600	0,8	4 / 549	0,7
5-823.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil			11 / 600	1,8	4 / 549	0,7
5-823.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil			4 / 600	0,7	0 / 549	0,0
5-823.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Sonstige			7 / 600	1,2	3 / 549	0,5
5-823.b1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit ohne Patellaersatz, (teil-)zementiert			2 / 600	0,3	5 / 549	0,9

Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)
 Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.b2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit mit Patellaersatz, (teil-)zementiert			2 / 600	0,3	3 / 549	0,5
5-823.b3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Scharnierprothese ohne Patellaersatz, nicht zementiert			0 / 600	0,0	0 / 549	0,0
5-823.b4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Scharnierprothese mit Patellaersatz, nicht zementiert			0 / 600	0,0	0 / 549	0,0
5-823.b5 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Scharnierprothese ohne Patellaersatz, (teil-)zementiert			2 / 600	0,3	4 / 549	0,7
5-823.b6 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Scharnierprothese mit Patellaersatz (teil-)zementiert			2 / 600	0,3	1 / 549	0,2
5-823.b7 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, nicht zementiert			1 / 600	0,2	0 / 549	0,0

Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.b8 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			6 / 600	1,0	8 / 549	1,5
5-823.bx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Sonstige			1 / 600	0,2	0 / 549	0,0

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (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. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

2.1 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. 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:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z. B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl 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".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet. Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 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% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ 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 BQS-Bundesdatenpools 2007.

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.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$
5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)
5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$
ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).
Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$
ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).
Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 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 der BQS-Bundesauswertung 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser 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 Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

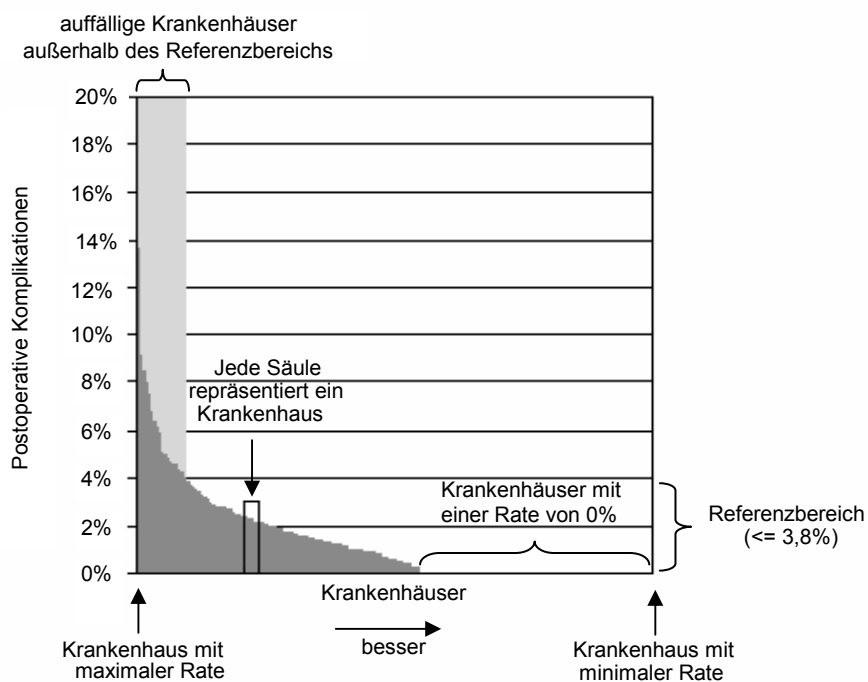
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators 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



2.4.2 Histogramm

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

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

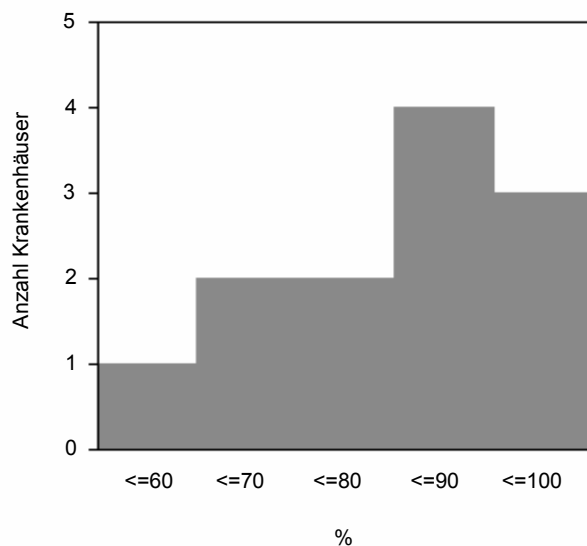
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators 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)

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

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 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

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 der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.