

Jahresauswertung 2010 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.770
Datensatzversion: 17/5 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10550-L71039-P33256

Jahresauswertung 2010 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.770
Datensatzversion: 17/5 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10550-L71039-P33256

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n5-KNIE-TEP/276 QI 1: Indikation			95,9%	>= 90%	1.1
2010/17n5-KNIE-TEP/277 QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,4%	>= 95%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit 2010/17n5-KNIE-TEP/2218 nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			98,0%	>= 80%	1.7
2010/17n5-KNIE-TEP/10953 von mindestens 0/0/90			90,8%	>= 80%	1.8
2010/17n5-KNIE-TEP/2288 QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung			0,3%	<= 1,4%	1.12
2010/17n5-KNIE-TEP/2219 QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,2%	<= 2%	1.15
2010/17n5-KNIE-TEP/285 QI 6: Fraktur			0,2%	<= 2%	1.17
2010/17n5-KNIE-TEP/286 QI 7: Postoperative Wundinfektion			0,3%	<= 2%	1.19
2010/17n5-KNIE-TEP/288 QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen			1,1%	<= 8%	1.28
2010/17n5-KNIE-TEP/289 QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen			1,6%	<= 4,4%	1.31
2010/17n5-KNIE-TEP/290 QI 10: Reoperationen wegen Komplikation			1,6%	<= 6%	1.34
2010/17n5-KNIE-TEP/472 QI 11: Letalität			0,1%	Sentinel Event	1.36

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

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/276
Referenzbereich: >= 90% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		7 / 9.770	0,1%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		109 / 9.770	1,1%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		1.094 / 9.770	11,2%
Gruppe 4	5 - 6 Punkte		4.871 / 9.770	49,9%
Gruppe 5	7 - 8 Punkte		3.689 / 9.770	37,8%
Gruppe 6	4 - 8 Punkte		9.421 / 9.770	96,4%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			2.763 / 9.770	28,3%
Patienten mit Ruheschmerz			6.954 / 9.770	71,2%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			9.371 / 9.770	95,9%
Vertrauensbereich				95,5% - 96,3%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

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 Femur, Tibia, Patella	Deformierung	0= keine Deformierung 1= Entrundung der Femurkondylen 2= ausgeprägte Destruktion, Deformierung

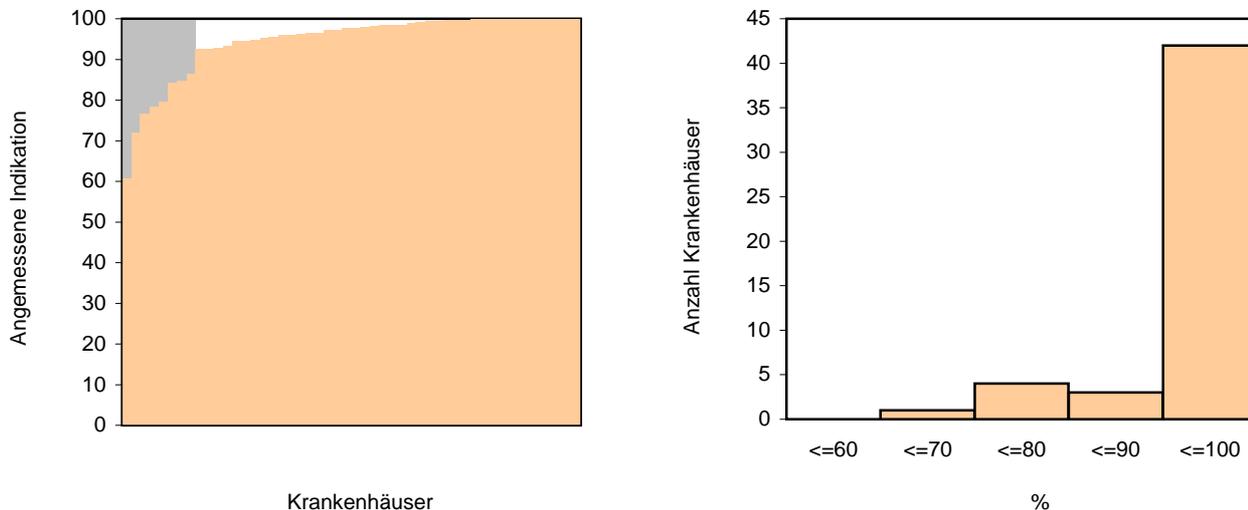
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerz Kriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			9.261 / 9.623	96,2% 95,8% - 96,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/276]:

Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence Score an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

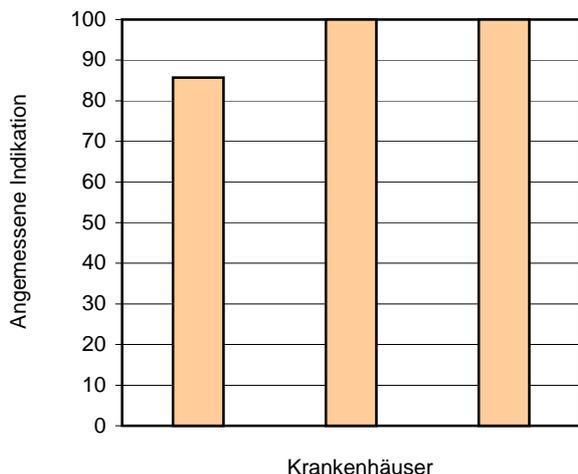
50 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,7	76,6	81,9	94,5	97,6	99,7	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7				100,0				100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2010/17n5-KNIE-TEP/277

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

	Krankenhaus 2010		
	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			

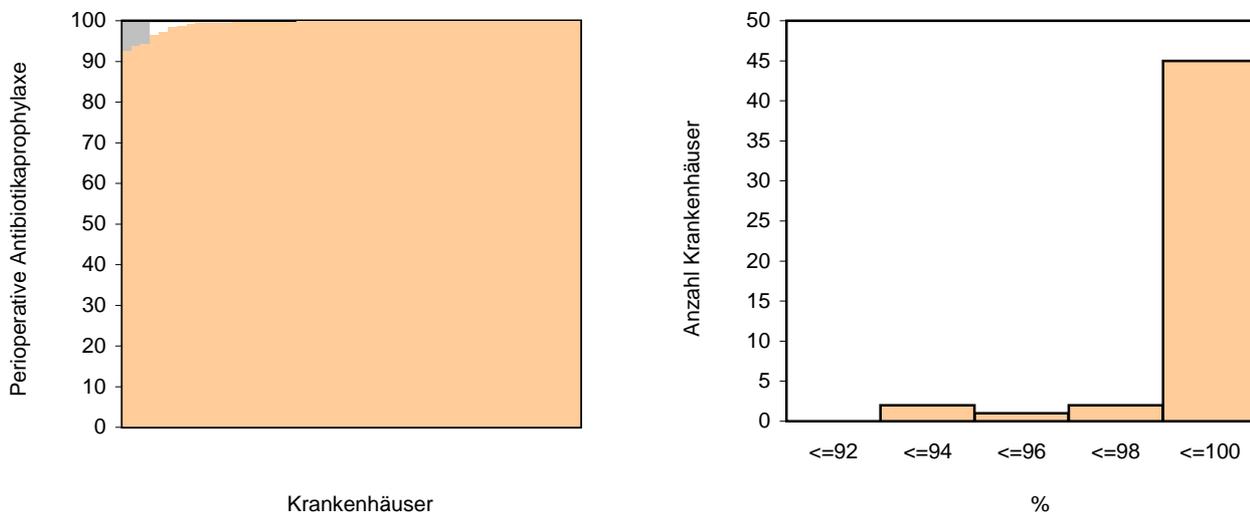
	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	9.709 / 9.770 99,4%	8.855 / 8.912 99,4%	854 / 858 99,5%
Vertrauensbereich	99,2% - 99,5%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	8.108 / 9.709 83,5%	7.506 / 8.855 84,8%	602 / 854 70,5%
Zweitgabe oder öfter	1.601 / 9.709 16,5%	1.349 / 8.855 15,2%	252 / 854 29,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	9.575 / 9.623 99,5% 99,3% - 99,6%	8.758 / 8.798 99,5%	817 / 825 99,0%

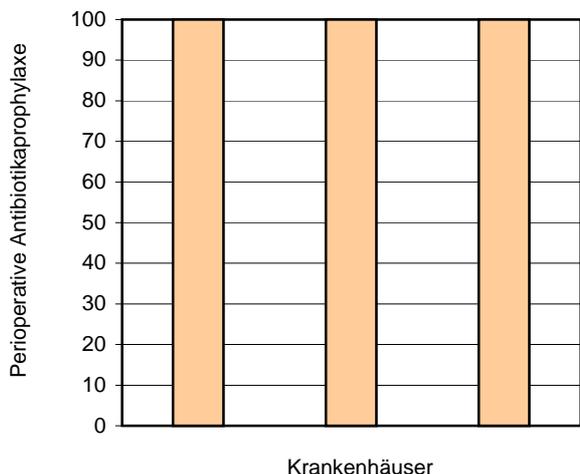
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/277]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,5	94,3	97,8	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

Qualitätsziel: Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/90

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/2218

Referenzbereich: >= 80% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit			9.571 / 9.770	98,0%
Vertrauensbereich				97,7% - 98,2%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit			9.572 / 9.623	99,5%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,6%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit

Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/10953

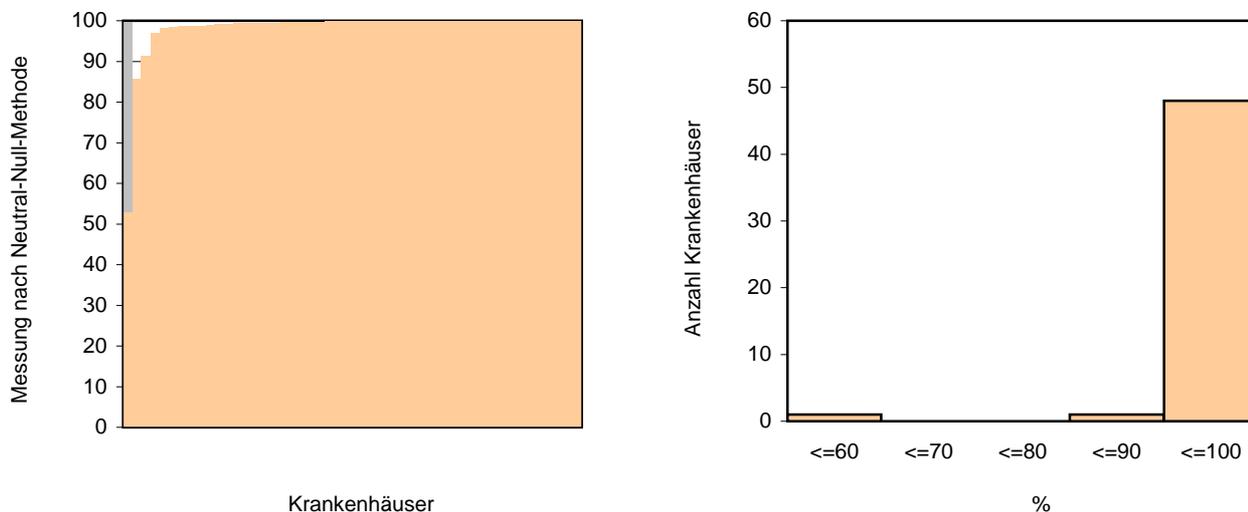
Referenzbereich: >= 80% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			8.687 / 9.571	90,8% 90,2% - 91,3% >= 80%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			9.358 / 9.571	97,8%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)			8.839 / 9.571	92,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			8.606 / 9.572	89,9% 89,3% - 90,5%

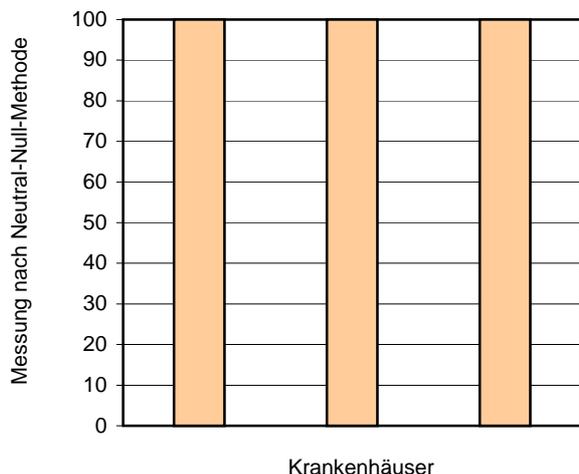
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/2218]:
Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,9	91,2	98,3	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

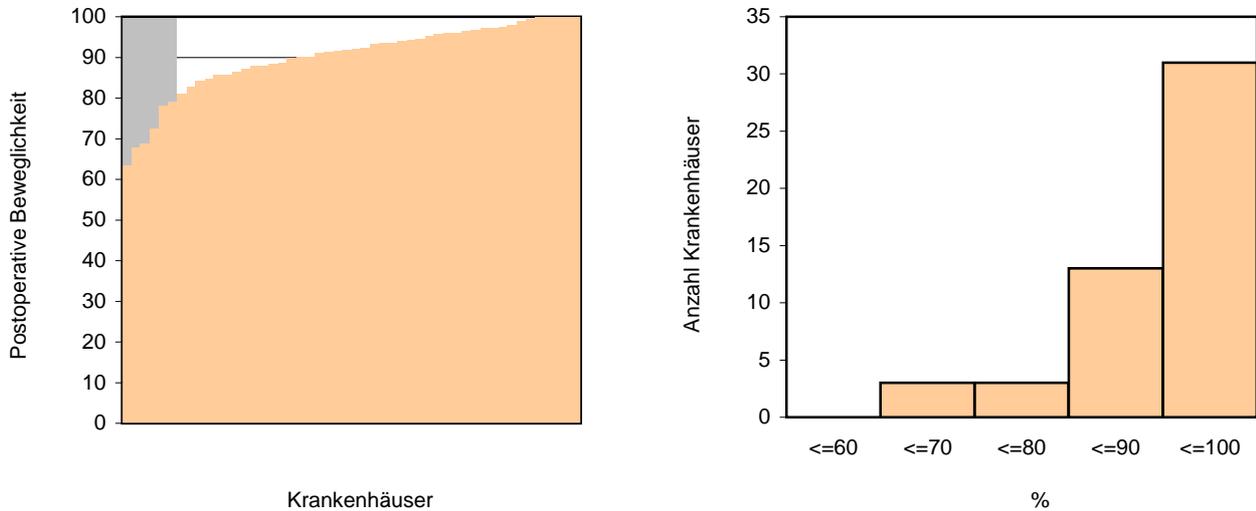
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/10953]:

Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mind. 0 Grad, Beugung mind. 90 Grad) an allen Patienten mit dokumentierter postoperativer Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

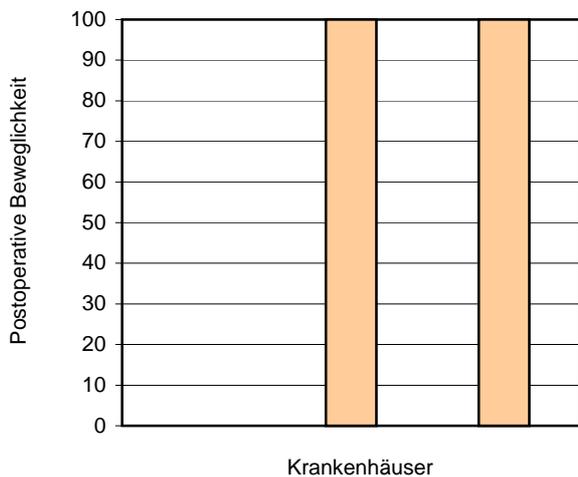
50 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,4	68,8	78,5	86,5	91,8	96,5	99,7	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit und postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: < 5 Tage¹
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage
 Gruppe 4: > 15 Tage¹

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)				
	Gesamt 2010			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)	27 / 32 84,4%	3.811 / 4.086 93,3%	4.476 / 4.989 89,7%	373 / 464 80,4%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: 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: 2010/17n5-KNIE-TEP/2288

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			9.694 / 9.732	99,6%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			27 / 9.732	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,4%
Referenzbereich		<= 1,4%		<= 1,4%
Gruppe 2 (< 5 Tage)			6 / 41	14,6%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			4 / 4.224	0,1%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			8 / 4.998	0,2%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			9 / 469	1,9%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

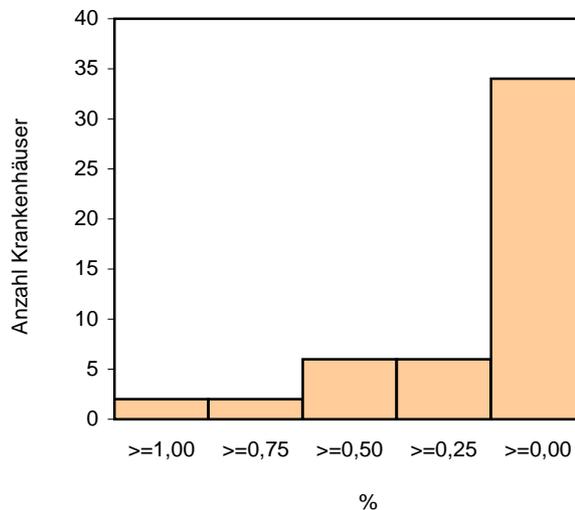
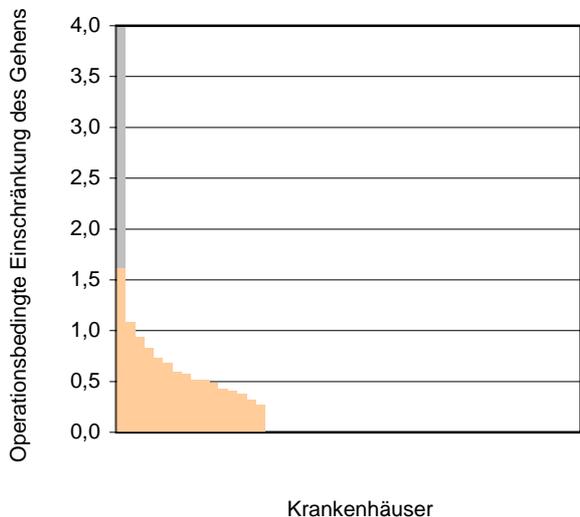
² d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ¹ Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			18 / 9.572	0,2% 0,1% - 0,3%

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

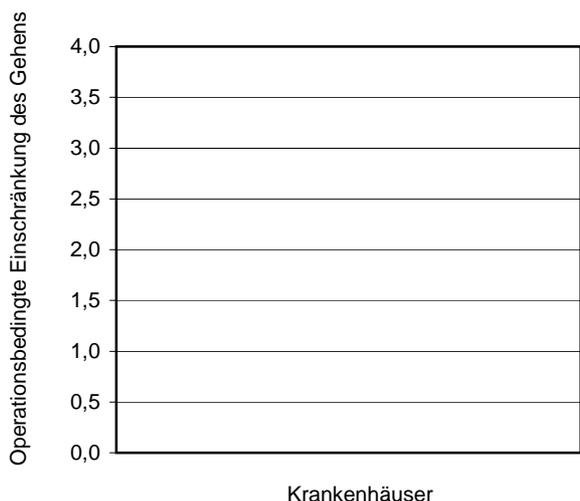
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/2288]:
 Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den
 Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,7	0,9	1,6

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/2219

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			2 / 9.770	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			15 / 9.770	0,2%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			17 / 9.770	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

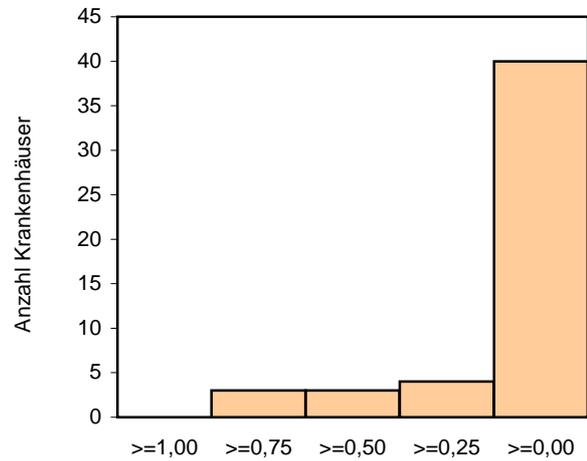
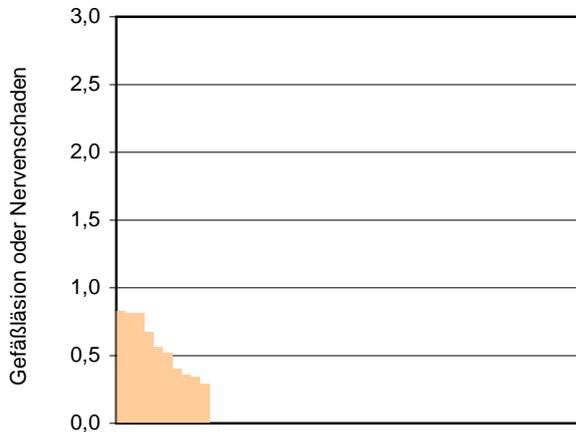
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			23 / 9.623	0,2%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/2219]:

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:

50 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



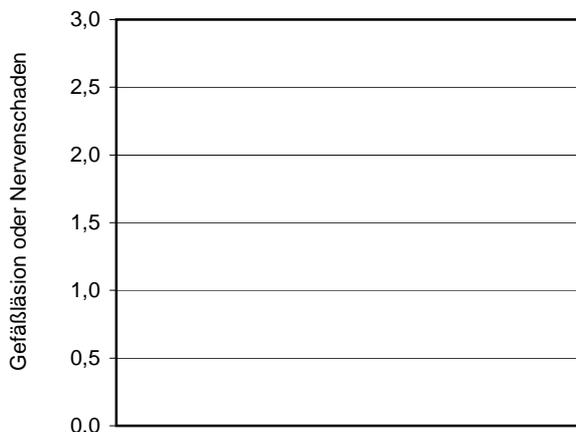
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,8

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/285

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			17 / 9.770	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

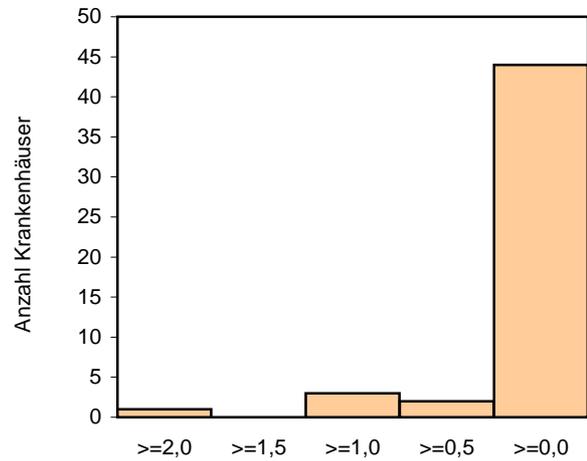
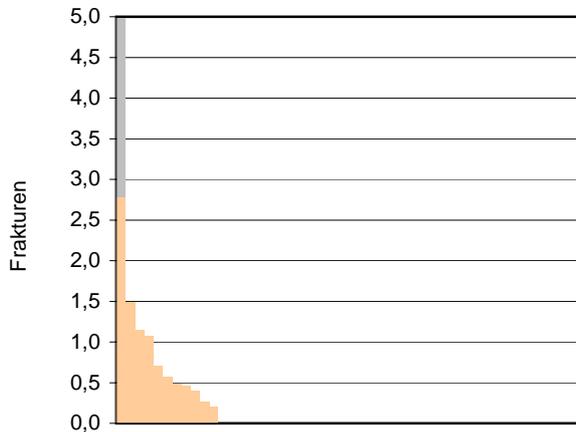
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			18 / 9.623	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/285]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

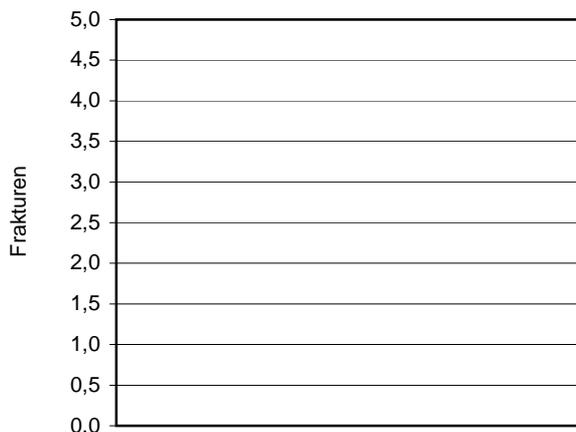
50 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,1	2,8

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel:	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/17n5-KNIE-TEP/286
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))		

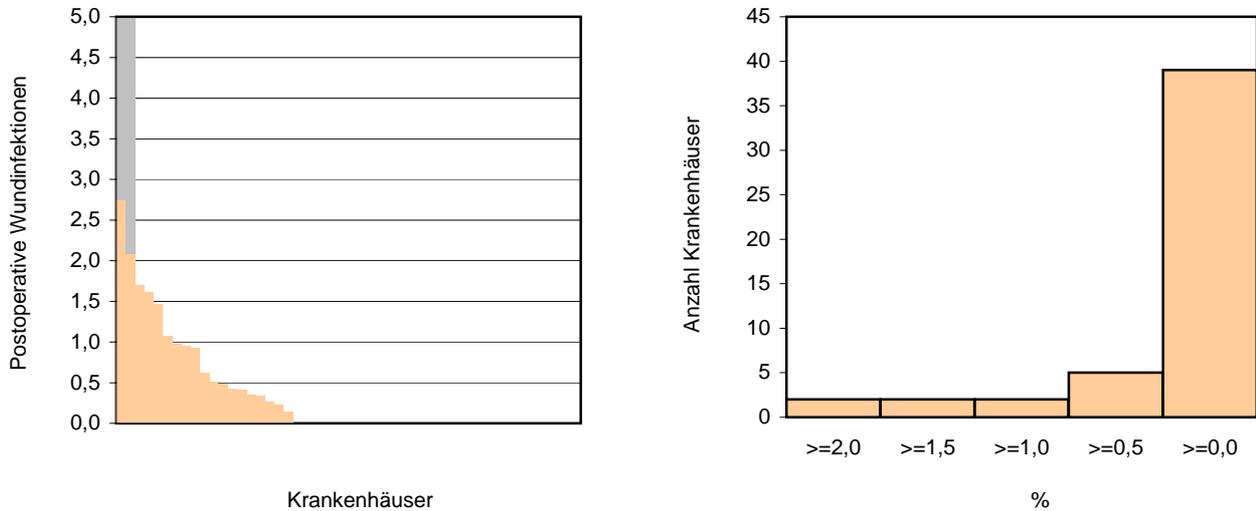
	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	32 / 9.770 0,3%	5 / 1.992 0,3%
Vertrauensbereich	0,2% - 0,5%	
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	25 / 9.770 0,3%	2 / 1.992 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	7 / 9.770 0,1%	3 / 1.992 0,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	44 / 9.623 0,5%	11 / 1.833 0,6%
Vertrauensbereich	0,3% - 0,6%	

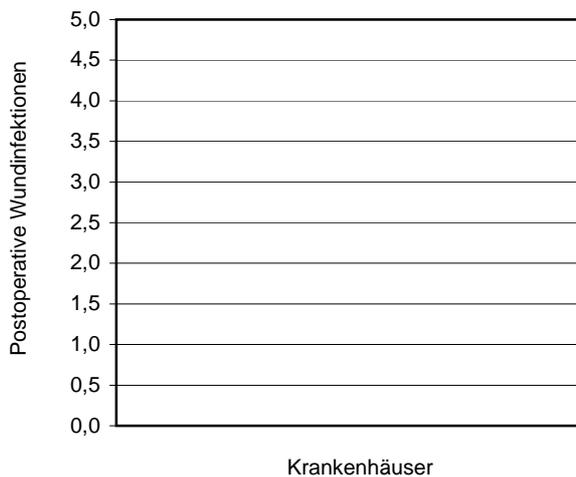
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/286]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,3	1,7	2,7

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



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

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: > 102 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: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0		
Risikoklasse 1		
Risikoklasse 2		
Risikoklasse 3		
	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0	4.940 / 9.770 50,6%	1.021 / 1.992 51,3%
Risikoklasse 1	4.005 / 9.770 41,0%	766 / 1.992 38,5%
Risikoklasse 2	824 / 9.770 8,4%	204 / 1.992 10,2%
Risikoklasse 3	1 / 9.770 0,0%	1 / 1.992 0,1%

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: Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 0
 Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 0 mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		
	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	10 / 4.940 0,2%	3 / 1.021 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	6 / 4.940 0,1%	1 / 1.021 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	4 / 4.940 0,1%	2 / 1.021 0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 4.940 0,0%	0 / 1.021 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: Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 1
 Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 1 mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	12 / 4.005 0,3%	0 / 766 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	10 / 4.005 0,2%	0 / 766 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	2 / 4.005 0,0%	0 / 766 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 4.005 0,0%	0 / 766 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 2

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 2
 Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 2 mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	10 / 824 1,2%	2 / 204 1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	9 / 824 1,1%	1 / 204 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	1 / 824 0,1%	1 / 204 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 824 0,0%	0 / 204 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: Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 3
 Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 3 mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 1 0,0%	0 / 1 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 8: Wundhämatome/Nachblutungen

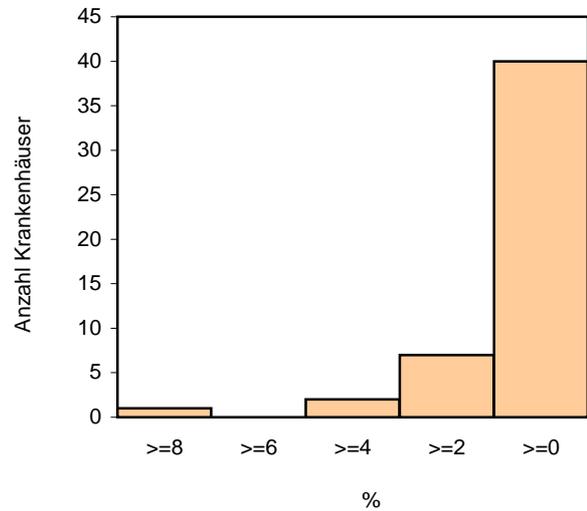
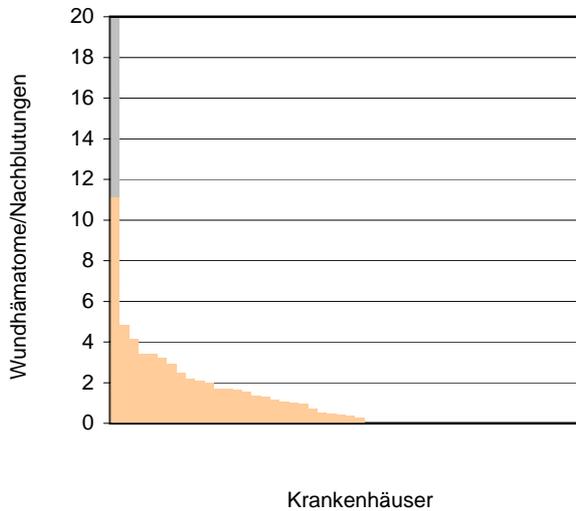
Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/288
Referenzbereich: <= 8% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			112 / 9.770	1,1%
Vertrauensbereich				0,9% - 1,4%
Referenzbereich		<= 8%		<= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			110 / 9.623	1,1%
Vertrauensbereich				0,9% - 1,4%

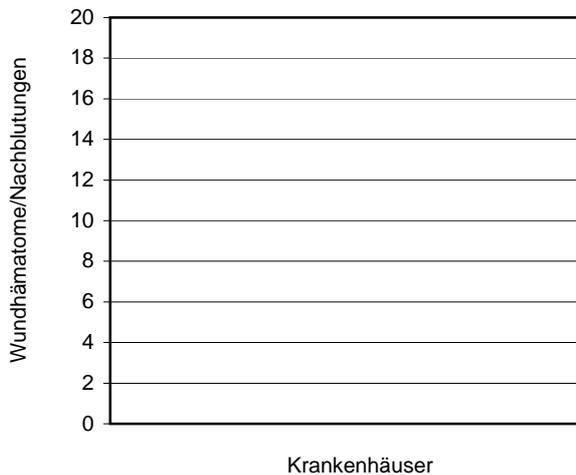
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/288]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,7	3,3	4,1	11,1

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 20 - 60 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min¹

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 20 - 60 min	OP-Dauer 61 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
	Gesamt 2010			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 20 - 60 min	OP-Dauer 61 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	14 / 1.677 0,8%	83 / 7.235 1,1%	10 / 781 1,3%	5 / 77 6,5%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 9: 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: 2010/17n5-KNIE-TEP/289

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

	Krankenhaus 2010		
	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			

<= 4,4%

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	14 / 9.770 0,1%	6 / 6.296 0,1%	8 / 3.473 0,2%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	61 / 9.770 0,6%	24 / 6.296 0,4%	37 / 3.473 1,1%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	69 / 9.770 0,7%	39 / 6.296 0,6%	30 / 3.473 0,9%
Patienten mit Lungenembolie	18 / 9.770 0,2%	9 / 6.296 0,1%	9 / 3.473 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	170 / 9.770 1,7%	77 / 6.296 1,2%	93 / 3.473 2,7%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	152 / 9.770 1,6%	76 / 6.296 1,2%	76 / 3.473 2,2%
Vertrauensbereich	1,3% - 1,8%		
Referenzbereich	<= 4,4%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

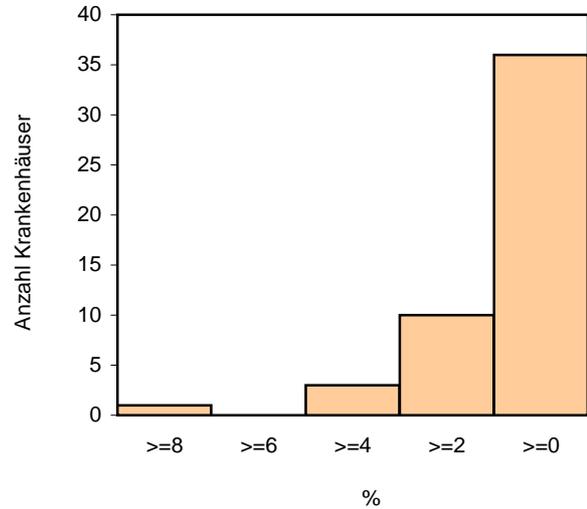
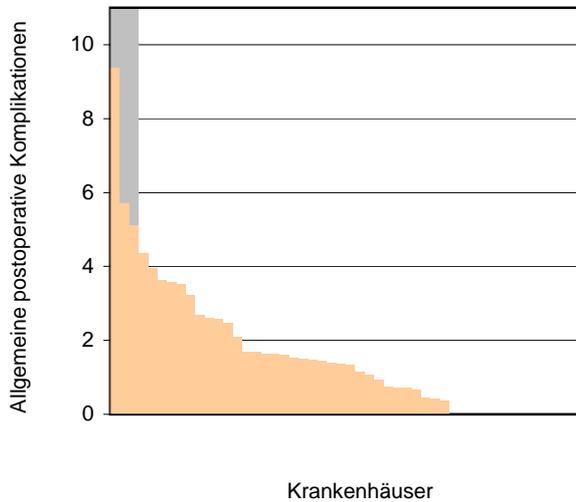
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	156 / 9.623 1,6%	66 / 6.321 1,0%	90 / 3.301 2,7%
Vertrauensbereich	1,4% - 1,9%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/289]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

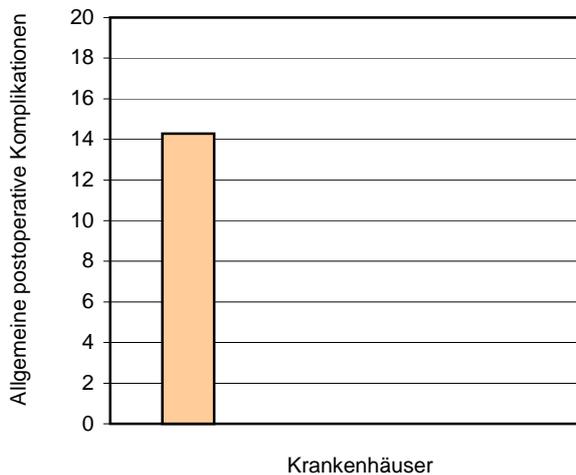
50 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,5	3,8	5,1	9,4

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				14,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Reoperationen wegen Komplikation

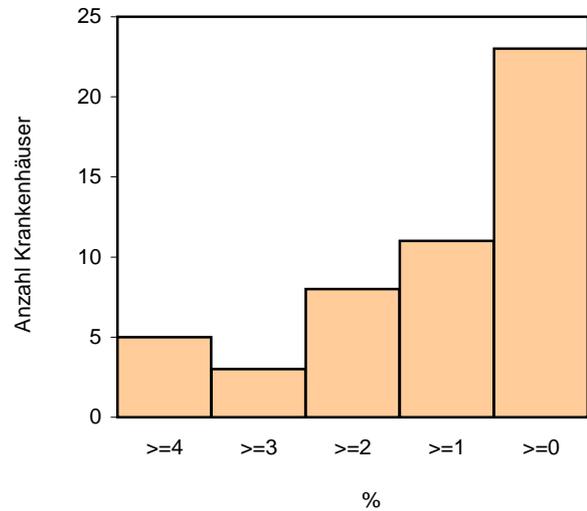
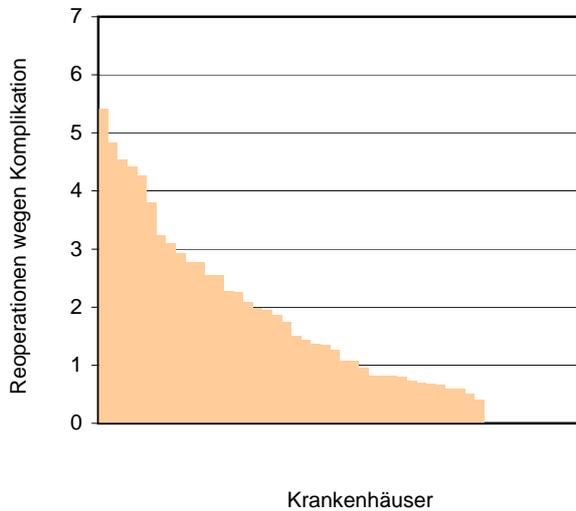
Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/290
Referenzbereich: <= 6% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			157 / 9.770	1,6% 1,4% - 1,9% <= 6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation Vertrauensbereich			148 / 9.623	1,5% 1,3% - 1,8%

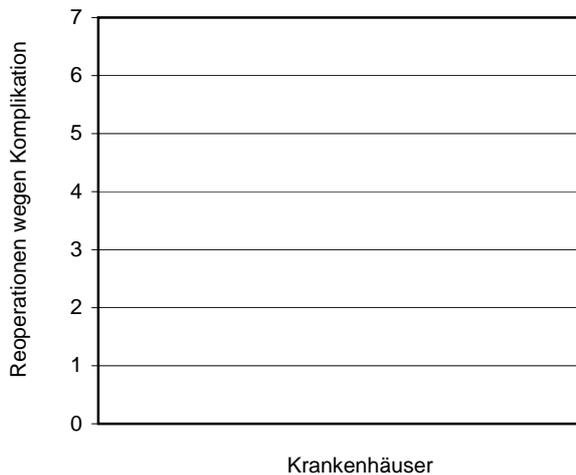
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/290]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,6	1,2	2,5	4,0	4,5	5,4

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Letalität

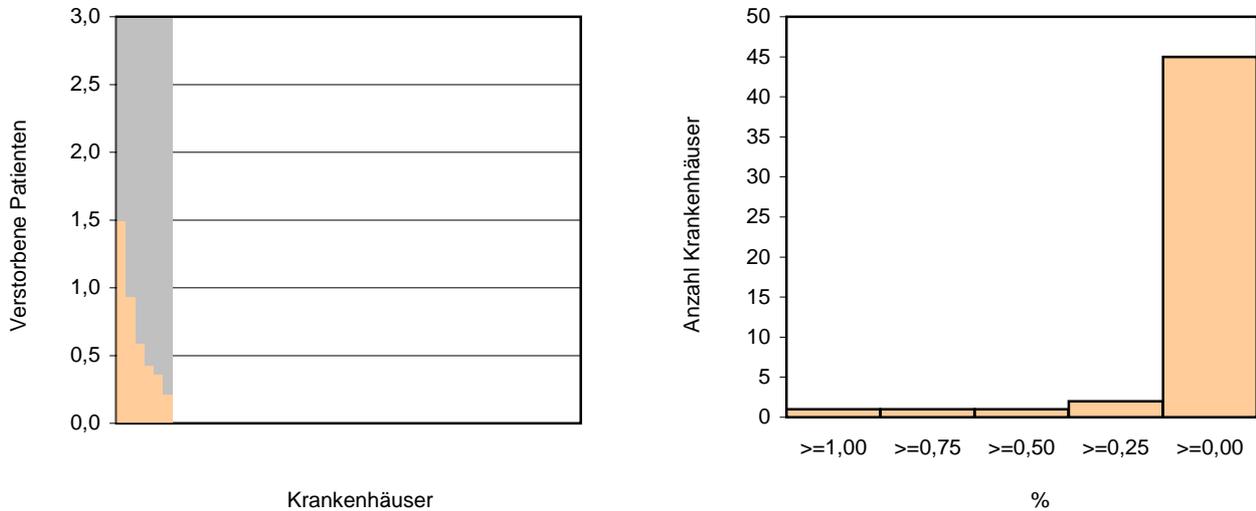
Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/472
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			7 / 9.770	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,1%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			5 / 9.623	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,1%

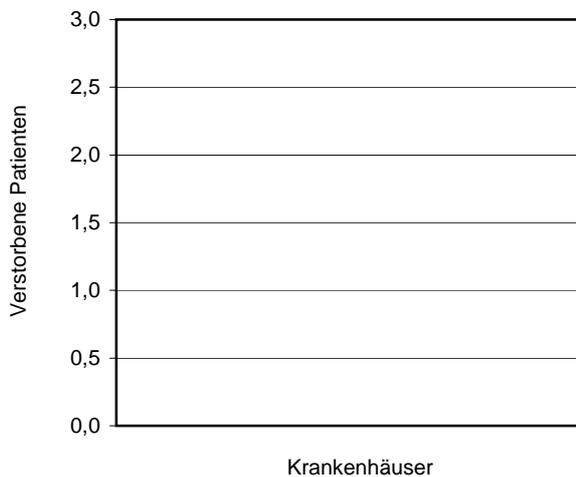
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/472]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	1,5

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



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

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 2010				
	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 2010				
	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	1 / 6.296 0,0%	4 / 3.445 0,1%	2 / 28 7,1%	0 / 1 0,0%

Jahresauswertung 2010 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.770
Datensatzversion: 17/5 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10550-L71039-P33256

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.801	28,7	2.690	28,0
2. Quartal			2.374	24,3	2.303	23,9
3. Quartal			2.352	24,1	2.339	24,3
4. Quartal			2.243	23,0	2.291	23,8
Gesamt			9.770		9.623	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.770		9.623	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,3		1,2
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.770		9.623	
Median				11,0		11,0
Mittelwert				11,1		11,5
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.770		9.623	
Median				12,0		13,0
Mittelwert				12,4		12,7

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
7	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
8	E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M17.1	8.218	84,1	M17.1	7.564	78,6
2				I10.00	3.406	34,9	I10.00	2.898	30,1
3				D62	2.027	20,7	D62	2.192	22,8
4				I10.90	1.595	16,3	I10.90	1.799	18,7
5				E11.90	1.471	15,1	Z96.6	1.539	16,0
6				Z96.6	1.429	14,6	E11.90	1.368	14,2
7				E66.00	626	6,4	M17.9	753	7,8
8				E79.0	593	6,1	E66.00	664	6,9

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2009 und ICD-10-GM 2010 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 2010¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert
2	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
4	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung

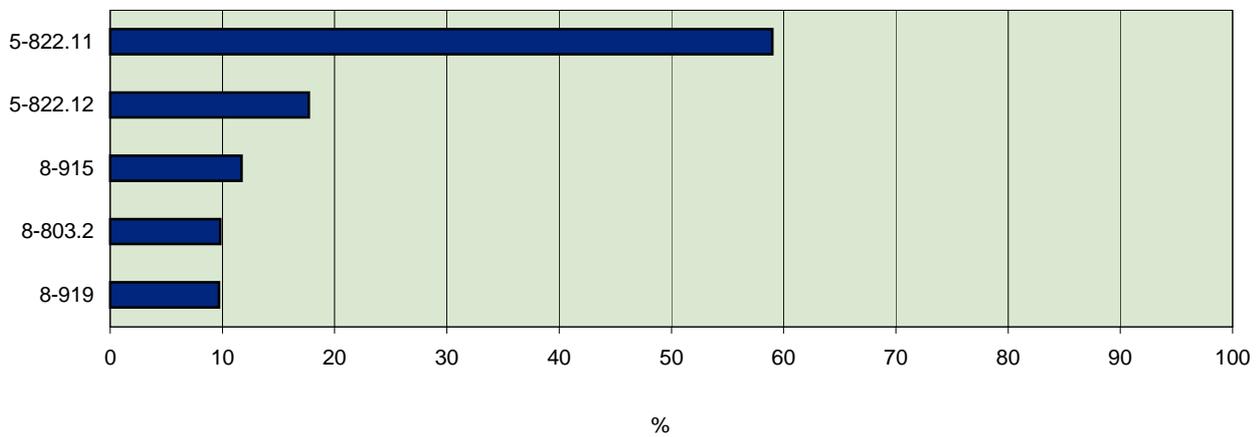
OPS 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-822.11	5.761	59,0	5-822.11	5.753	59,8
2				5-822.12	1.727	17,7	5-822.12	1.545	16,1
3				8-915	1.147	11,7	8-915	1.035	10,8
4				8-803.2	953	9,8	8-803.2	1.030	10,7
5				8-919	952	9,7	5-988	858	8,9

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 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 2010 (Gesamt 2010)



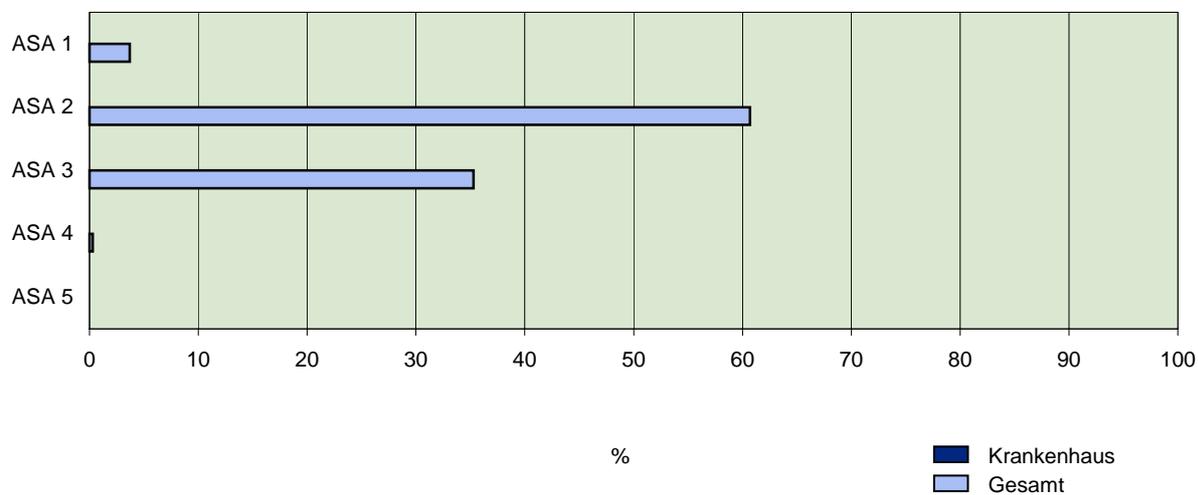
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			14 / 9.770	0,1	18 / 9.623	0,2
5-986 Minimalinvasive Technik			104 / 9.770	1,1	116 / 9.623	1,2
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			880 / 9.770	9,0	858 / 9.623	8,9

Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.770 / 9.770		9.623 / 9.623	
< 50 Jahre			155 / 9.770	1,6	143 / 9.623	1,5
50 - 59 Jahre			1.175 / 9.770	12,0	1.077 / 9.623	11,2
60 - 69 Jahre			2.737 / 9.770	28,0	2.743 / 9.623	28,5
70 - 79 Jahre			4.442 / 9.770	45,5	4.471 / 9.623	46,5
80 - 89 Jahre			1.244 / 9.770	12,7	1.177 / 9.623	12,2
>= 90 Jahre			17 / 9.770	0,2	12 / 9.623	0,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.770		9.623	
Median				71,0		71,0
Mittelwert				70,1		70,3
Geschlecht						
männlich			3.485	35,7	3.190	33,1
weiblich			6.285	64,3	6.433	66,9
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			123	1,3	98	1,0
nicht dokumentiert			25	0,3	28	0,3
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			364	3,7	295	3,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.932	60,7	6.026	62,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			3.445	35,3	3.246	33,7
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			28	0,3	55	0,6
5: moribunder Patient			1	0,0	1	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			6.954	71,2	6.542	68,0
Belastungsschmerz			2.763	28,3	3.035	31,5
keine Schmerzen			53	0,5	46	0,5
Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah			1.992	20,4	1.833	19,0

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder beginnend						
Eminentia oder						
gelenkseitige Patellapole			424	4,3	316	3,3
eindeutig			9.346	95,7	9.307	96,7
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			119	1,2	112	1,2
häufig verschmälert			2.663	27,3	2.705	28,1
ausgeprägt verschmälert						
oder aufgehoben			6.988	71,5	6.806	70,7
Sklerose						
keine Sklerose			27	0,3	36	0,4
mäßig subchondrale Sklerose			1.586	16,2	1.558	16,2
ausgeprägte						
subchondrale Sklerose			6.212	63,6	5.834	60,6
Sklerose mit Zysten an						
Femur, Tibia, Patella			1.945	19,9	2.195	22,8
Deformierung						
keine Deformierung			522	5,3	520	5,4
Entrundung						
der Femurkondylen			5.485	56,1	5.430	56,4
ausgeprägte Destruktion,						
Deformierung			3.763	38,5	3.673	38,2
Wundkontaminations-						
klassifikation						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			9.724	99,5	9.586	99,6
bedingt aseptische Eingriffe			39	0,4	33	0,3
kontaminierte Eingriffe			3	0,0	1	0,0
septische Eingriffe			4	0,0	3	0,0

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert) (Fortsetzung)

		Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien							
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹							
Gruppe 1	0 Punkte			7 / 9.770	0,1	8 / 9.623	0,1
Gruppe 2	1 - 2 Punkte			109 / 9.770	1,1	103 / 9.623	1,1
Gruppe 3	3 - 4 Punkte			1.094 / 9.770	11,2	1.123 / 9.623	11,7
Gruppe 4	5 - 6 Punkte			4.871 / 9.770	49,9	4.648 / 9.623	48,3
Gruppe 5	7 - 8 Punkte			3.689 / 9.770	37,8	3.741 / 9.623	38,9
Gruppe 6	4 - 8 Punkte			9.421 / 9.770	96,4	9.302 / 9.623	96,7

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 Femur, Tibia, Patella	Deformierung	0= keine Deformierung 1= Entrundung der Femurkondylen 2= ausgeprägte Destruktion, Deformierung

Operation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			9.770		9.623	
Median				82,0		82,0
Mittelwert				86,1		86,1
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			61	0,6	48	0,5
mit Prophylaxe			9.709	99,4	9.575	99,5
davon						
single shot			8.108 / 9.709	83,5	8.179 / 9.575	85,4
Zweitgabe			835 / 9.709	8,6	659 / 9.575	6,9
öfter			766 / 9.709	7,9	737 / 9.575	7,7

Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			9.729	99,6	9.576	99,5
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			233	2,4	242	2,5
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			1	0,0	2	0,0
Tibia-Komponente			3	0,0	2	0,0
Implantatdislokation			2	0,0	4	0,0
Patellafehlstellung			5	0,1	4	0,0
Wundhämatom/ Nachblutung			112	1,1	110	1,1
Gefäßläsion			2	0,0	6	0,1
Nervenschaden			15	0,2	17	0,2
Fraktur			17	0,2	18	0,2
Sonstige			87	0,9	93	1,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			32	0,3	44	0,5
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			25 / 32	78,1	24 / 44	54,5
A2 (tiefe Infektion)			7 / 32	21,9	17 / 44	38,6
A3 (Räume/Organe)			0 / 32	0,0	3 / 44	6,8
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			157	1,6	148	1,5
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			317	3,2	379	3,9
Pneumonie			14	0,1	7	0,1
kardiovaskuläre Komplikation(en)			61	0,6	75	0,8
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			69	0,7	74	0,8
Lungenembolie			18	0,2	13	0,1
Sonstige			170	1,7	238	2,5

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			9.571	98,0	9.572	99,5
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			9.571	100,0	9.572	100,0
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				90,4		90,7

Entlassung I (Fortsetzung)

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			9.723	99,6	9.582	99,6
Nein			40	0,4	36	0,4
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			27	67,5	21	58,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			9.720	99,6	9.571	99,5
Nein			43	0,4	47	0,5
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			24	55,8	25	53,2

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.647	47,6	4.529	47,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			132	1,4	112	1,2
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	2	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	5	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	0	0,0
06: Verlegung			56	0,6	52	0,5
07: Tod			7	0,1	5	0,1
08: Verlegung nach § 14			7	0,1	7	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.890	50,1	4.872	50,6
10: in Pflegeeinrichtung			15	0,2	26	0,3
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			8	0,1	9	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			5	0,1	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	2	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	1	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			0	0,0	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		

Entlassung III

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.906	19,5	1.851	19,2
Dienstag			1.616	16,5	1.660	17,3
Mittwoch			1.520	15,6	1.501	15,6
Donnerstag			1.429	14,6	1.297	13,5
Freitag			1.584	16,2	1.505	15,6
Samstag			1.013	10,4	1.059	11,0
Sonntag			702	7,2	750	7,8

Anhang: OPS 2010

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.10 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			181 / 9.770	1,9	268 / 9.623	2,8
5-822.11 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			5.761 / 9.770	59,0	5.753 / 9.623	59,8
5-822.12 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			1.727 / 9.770	17,7	1.545 / 9.623	16,1
5-822.20 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			4 / 9.770	0,0	6 / 9.623	0,1
5-822.21 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			497 / 9.770	5,1	571 / 9.623	5,9
5-822.22 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			48 / 9.770	0,5	56 / 9.623	0,6
5-822.30 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			5 / 9.770	0,1	11 / 9.623	0,1

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.31 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			219 / 9.770	2,2	239 / 9.623	2,5
5-822.32 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			20 / 9.770	0,2	28 / 9.623	0,3
5-822.40 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			3 / 9.770	0,0	2 / 9.623	0,0
5-822.41 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			16 / 9.770	0,2	27 / 9.623	0,3
5-822.42 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			1 / 9.770	0,0	8 / 9.623	0,1
5-822.60 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			5 / 9.770	0,1	8 / 9.623	0,1

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.61 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Zementiert			225 / 9.770	2,3	211 / 9.623	2,2
5-822.62 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			27 / 9.770	0,3	7 / 9.623	0,1
5-822.70 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Nicht zementiert			0 / 9.770	0,0	2 / 9.623	0,0
5-822.71 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Zementiert			36 / 9.770	0,4	34 / 9.623	0,4
5-822.72 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0
5-822.90 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert			6 / 9.770	0,1	5 / 9.623	0,1
5-822.91 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert			227 / 9.770	2,3	152 / 9.623	1,6
5-822.92 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			18 / 9.770	0,2	16 / 9.623	0,2
5-822.a1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, ohne Patellaersatz: Zementiert			698 / 9.770	7,1	602 / 9.623	6,3

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.a2 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			18 / 9.770	0,2	27 / 9.623	0,3
5-822.b1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, mit Patellaersatz: Zementiert			29 / 9.770	0,3	57 / 9.623	0,6
5-822.b2 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0
5-822.d0 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			0 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0
5-822.d1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, ohne Patellaersatz: Zementiert			5 / 9.770	0,1	3 / 9.623	0,0
5-822.d2 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0
5-822.e0 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			1 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.e1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, mit Patellaersatz: Zementiert			17 / 9.770	0,2	0 / 9.623	0,0
5-822.e2 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.770	0,0	0 / 9.623	0,0

Jahresauswertung 2010 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.770
Datensatzversion: 17/5 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10550-L71039-P33256

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	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n5-KNIE-TEP/813130 AK 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			38,6%	> 0%	AK.1
2010/17n5-KNIE-TEP/813128 AK 7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen			0,0%	Sentinel Event	AK.3

Auffälligkeitskriterium 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 15 Tage
 (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/813130

Referenzbereich: > 0%

ID-Bezugskennzahl(en): 286, 288, 289

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /post- operativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			186 / 482	38,6% 34,2% - 43,1% > 0%

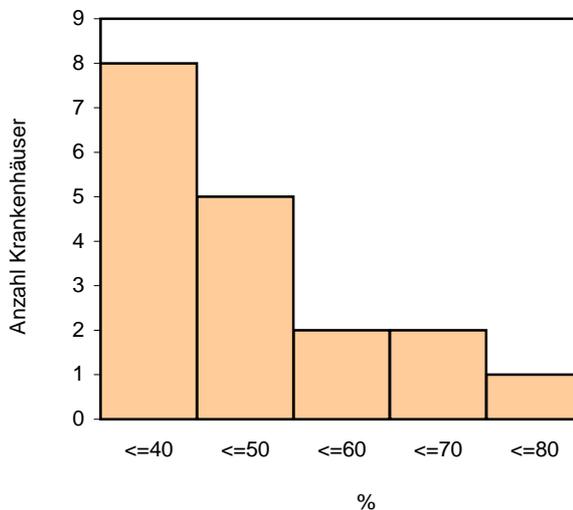
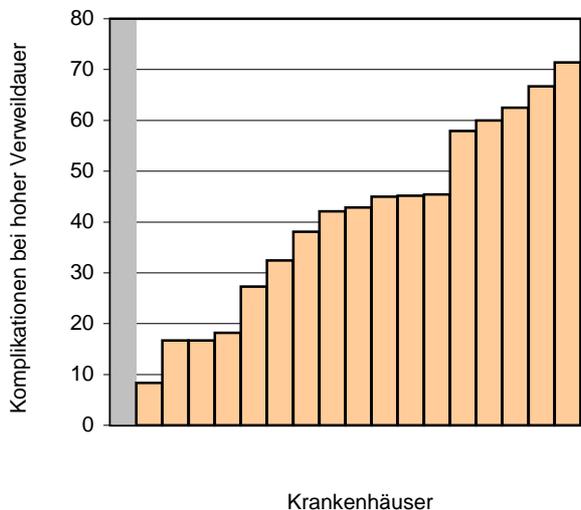
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /post- operativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation Vertrauensbereich			236 / 537	43,9% 39,7% - 48,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4a, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/813130]:

Anteil von Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /postoperativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 15 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

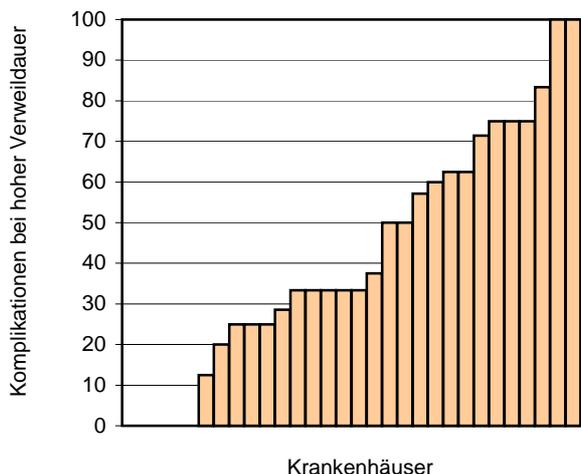
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		8,3	18,2	42,5	57,9	66,7		71,4

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	33,3	62,5	79,2	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

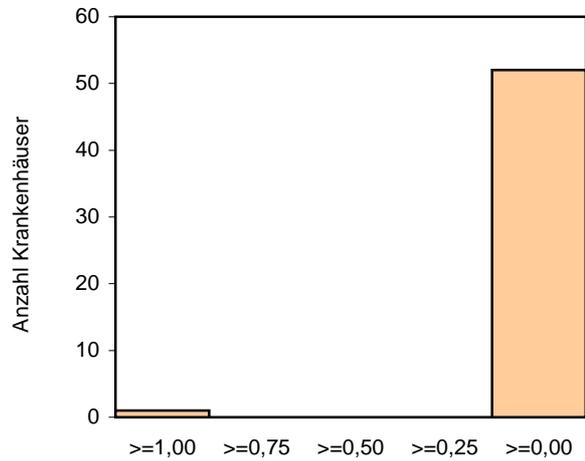
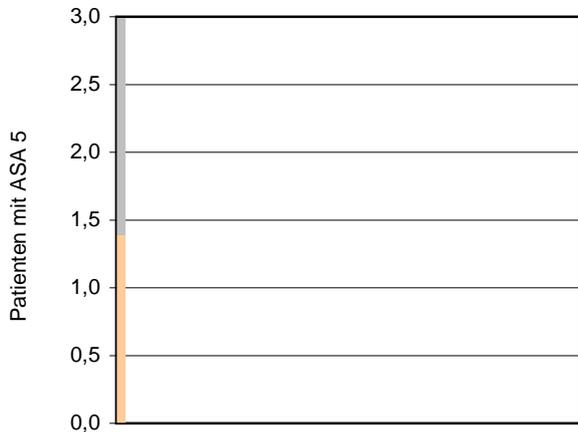
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n5-KNIE-TEP/813128
Referenzbereich: Sentinel Event
ID-Bezugskennzahl(en): -

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich Referenzbereich			1 / 9.770	0,0%
		Sentinel Event		0,0% - 0,1% Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich			1 / 9.623	0,0%
				0,0% - 0,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK7, Kennzahl-ID 2010/17n5-KNIE-TEP/813128]:
 Anteil von Patienten mit ASA 5 bei elektiven Eingriffen**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 53 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4

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 Bundesdatenpools 2010.

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 scheinbar 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 scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 AQUA-Instituts © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2010 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

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.

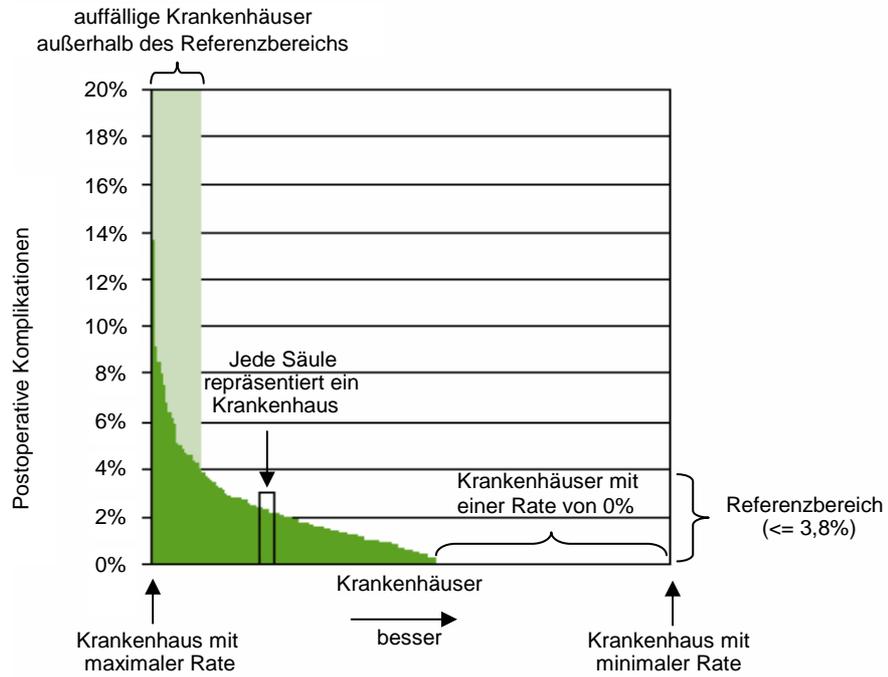
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

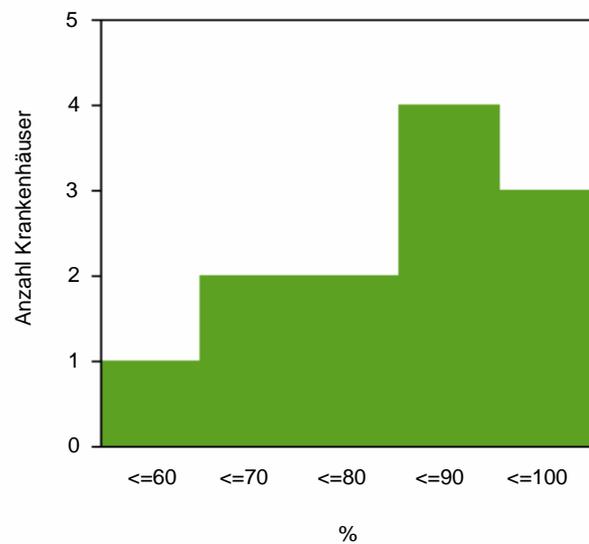
Beispiel:

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 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

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.