

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 55
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.680
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12536-L81935-P38819

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 55
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.680
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12536-L81935-P38819

Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator ¹ | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Seite |
|---|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| 2012/17n5-KNIE-TEP/276 | | | | | |
| QI 1: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien | | | 95,8% | >= 90,0% | 1.1 |
| 2012/17n5-KNIE-TEP/277 | | | | | |
| QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe | | | 99,6% | >= 95,0% | 1.4 |
| QI 3: Postoperative Beweglichkeit | | | | | |
| 3a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2218 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt | | | 99,1% | >= 90,0% | 1.7 |
| 3b: 2012/17n5-KNIE-TEP/10953 von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode | | | 90,7% | >= 80,0% | 1.9 |
| QI 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung | | | | | |
| 4a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2288 bei allen Patienten | | | 0,1% | nicht definiert | 1.12 |
| 4b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51004 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate | | | 0,65 | <= 7,54 | 1.15 |
| QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden | | | | | |
| 5a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2219 bei allen Patienten | | | 0,1% | nicht definiert | 1.17 |
| 5b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51009 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate | | | 0,75 | <= 12,96 | 1.19 |
| QI 6: Fraktur | | | | | |
| 6a: 2012/17n5-KNIE-TEP/285 bei allen Patienten | | | 0,1% | nicht definiert | 1.21 |
| 6b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51014 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate | | | 0,53 | <= 14,88 | 1.23 |

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator ¹ | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Seite |
|---|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| QI 7: Allgemeine postoperative Komplikationen | | | | | |
| 7a: 2012/17n5-KNIE-TEP/289 bei allen Patienten | | | 1,7% | nicht definiert | 1.25 |
| 7b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51029 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate | | | 1,32 | <= 3,19 | 1.28 |
| QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus | | | | | |
| 8a: 2012/17n5-KNIE-TEP/472 bei allen Patienten | | | 10,0 Fälle | Sentinel Event | 1.30 |
| 8b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51039 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate | | | 1,24 | nicht definiert | 1.33 |

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

Qualitätsindikator 1: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/276
Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|----------|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Röntgenologische Kriterien | | | | |
| Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹ | | | | |
| Gruppe 1 | 0 Punkte | | 5 / 8.680 | 0,1% |
| Gruppe 2 | 1 - 2 Punkte | | 124 / 8.680 | 1,4% |
| Gruppe 3 | 3 - 4 Punkte | | 948 / 8.680 | 10,9% |
| Gruppe 4 | 5 - 6 Punkte | | 3.996 / 8.680 | 46,0% |
| Gruppe 5 | 7 - 8 Punkte | | 3.607 / 8.680 | 41,6% |
| Gruppe 6 | 4 - 8 Punkte | | 8.346 / 8.680 | 96,2% |
| Schmerzen | | | | |
| Patienten mit Belastungsschmerz | | | 2.481 / 8.680 | 28,6% |
| Patienten mit Ruheschmerz | | | 6.165 / 8.680 | 71,0% |
| Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score | | | 8.314 / 8.680 | 95,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 95,3% - 96,2% |
| Referenzbereich | | >= 90,0% | | >= 90,0% |

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 |

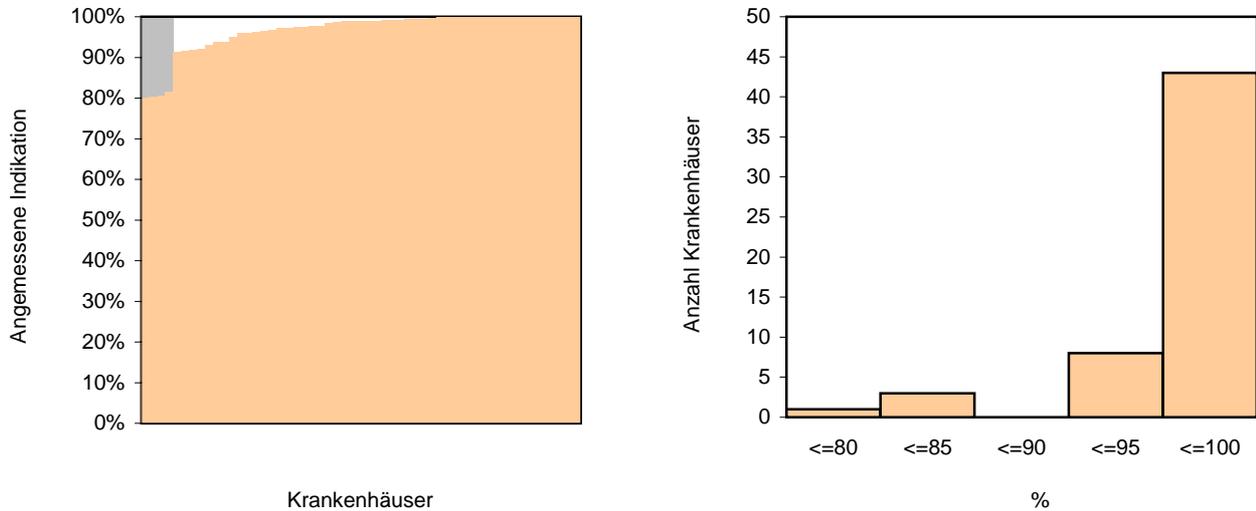
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|---------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerz Kriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich | | | 8.876 / 9.123 | 97,3% 96,9% - 97,6% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n5-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:

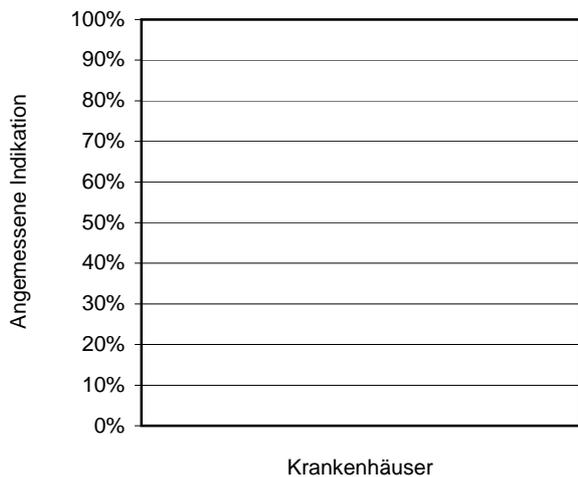
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 80,0 | 80,6 | 91,6 | 95,9 | 98,9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n5-KNIE-TEP/277

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)

| | Krankenhaus 2012 | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | Gruppe 1 Alle Patienten | Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min | Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min |
| Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe | | | |
| Vertrauensbereich | | | |
| Referenzbereich | >= 95,0% | | |
| davon single shot | | | |
| Zweitgabe oder öfter | | | |

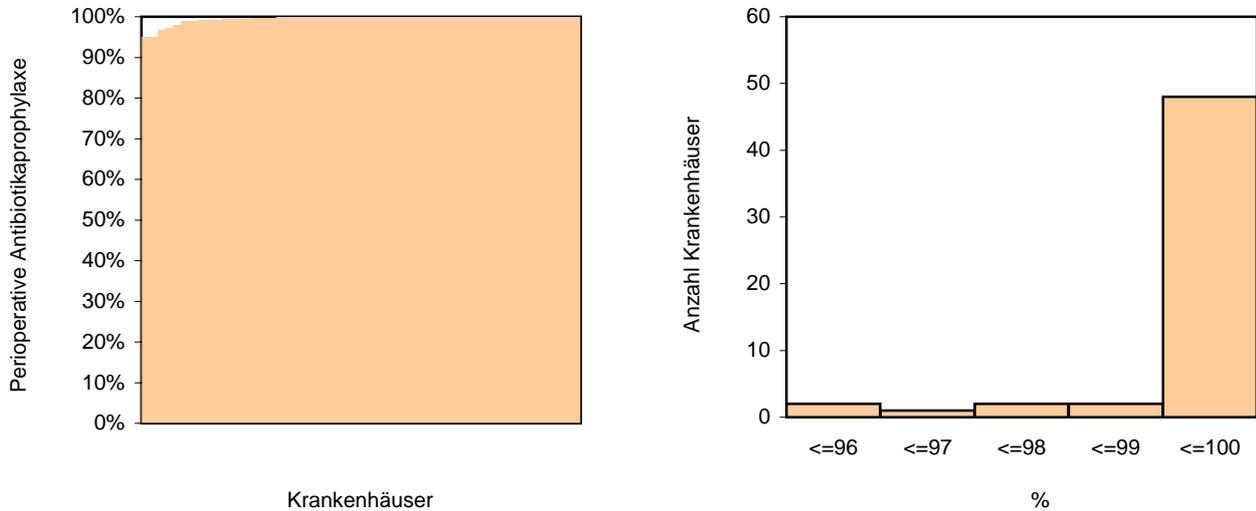
| | Gesamt 2012 | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | Gruppe 1 Alle Patienten | Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min | Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min |
| Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe | 8.643 / 8.680 99,6% | 7.815 / 7.852 99,5% | 828 / 828 100,0% |
| Vertrauensbereich | 99,4% - 99,7% | | |
| Referenzbereich | >= 95,0% | | |
| davon single shot | 7.649 / 8.643 88,5% | 6.996 / 7.815 89,5% | 653 / 828 78,9% |
| Zweitgabe oder öfter | 994 / 8.643 11,5% | 819 / 7.815 10,5% | 175 / 828 21,1% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Gruppe 1 Alle Patienten | Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min | Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min |
| Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich | | | |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2011 | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Gruppe 1 Alle Patienten | Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min | Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min |
| Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich | 9.085 / 9.123 99,6% 99,4% - 99,7% | 8.251 / 8.284 99,6% | 834 / 839 99,4% |

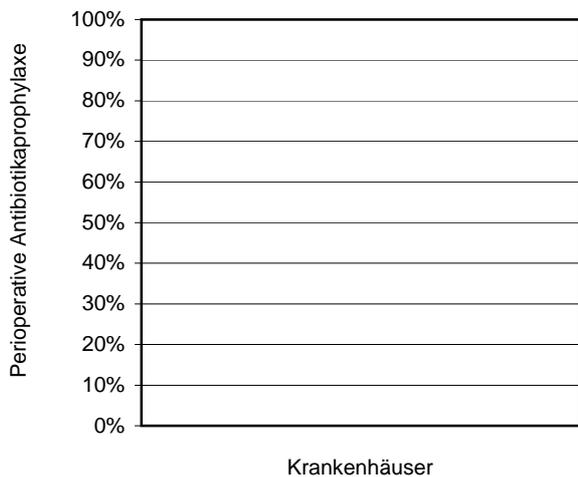
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/277]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 95,0 | 96,6 | 98,8 | 99,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Postoperative Beweglichkeit

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

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/2218

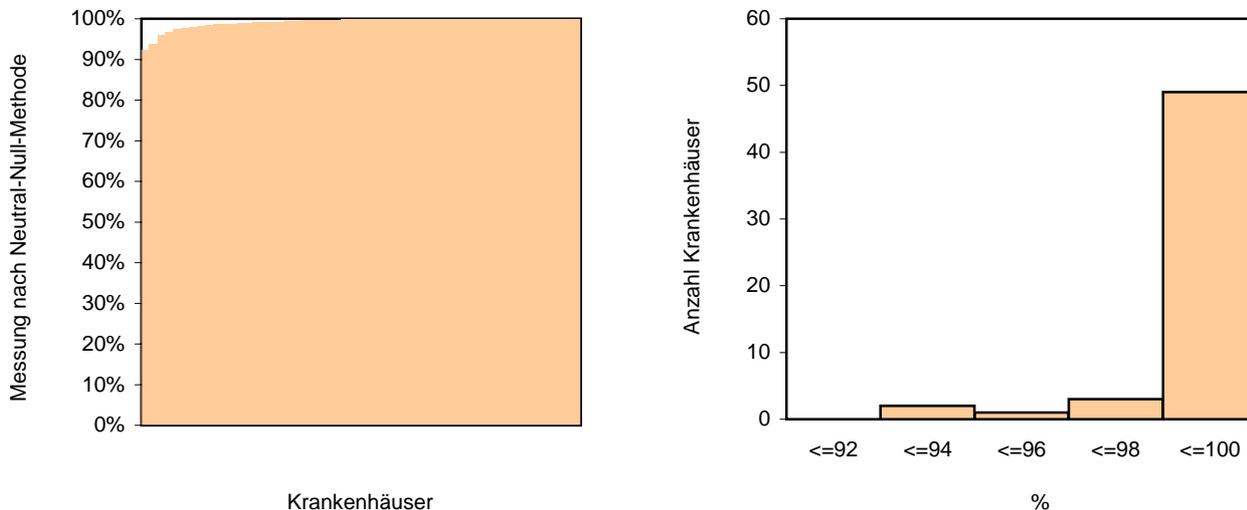
Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|--------------|---------------|------------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit Vertrauensbereich Referenzbereich | | >= 90,0% | 8.603 / 8.680 | 99,1% 98,9% - 99,3% >= 90,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|---------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit Vertrauensbereich | | | 9.057 / 9.123 | 99,3% 99,1% - 99,4% |

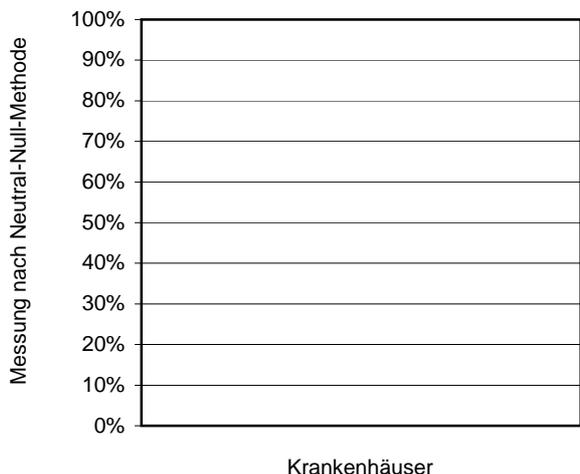
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/2218]:
Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 92,3 | 95,9 | 97,7 | 98,9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode

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

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/10953

Referenzbereich: >= 80,0% (Zielbereich)

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|---------------|------------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 7.806 / 8.603 | 90,7% 90,1% - 91,3% >= 80,0% |
| Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad) | | | 8.361 / 8.603 | 97,2% |
| Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad) | | | 7.987 / 8.603 | 92,8% |

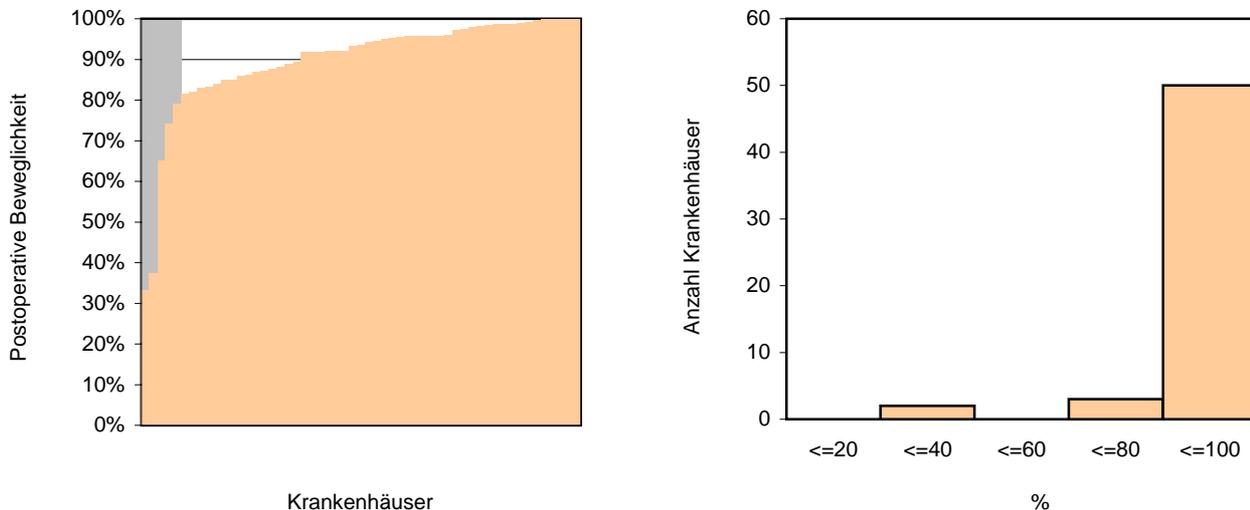
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|---------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich | | | 8.295 / 9.057 | 91,6% 91,0% - 92,1% |

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/10953]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

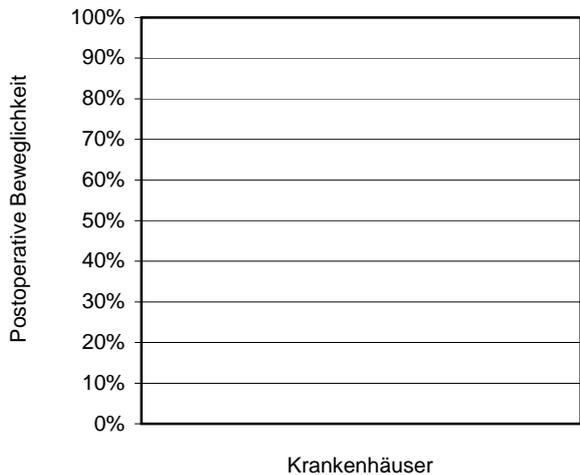
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|-------|-------|
| | 33,1 | 65,2 | 81,5 | 86,2 | 93,5 | 98,0 | 99,5 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter 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 2012 | | | |
|--|----------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | 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 2012 | | | |
| | 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) | 14 / 17 82,4% | 4.172 / 4.552 91,7% | 3.377 / 3.749 90,1% | 243 / 285 85,3% |

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - 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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n5-KNIE-TEP/2288

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich | | | 8.610 / 8.626 | 99,8% |
| Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ² | | | | |
| Gruppe 1 (alle Patienten) | | | 10 / 8.626 | 0,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,1% - 0,2% |
| Referenzbereich | | nicht definiert | | nicht definiert |
| Gruppe 2 (< 5 Tage) | | | 4 / 20 | 20,0% |
| Gruppe 3 (5 - 10 Tage) | | | 2 / 4.545 | 0,0% |
| Gruppe 4 (11 - 15 Tage) | | | 3 / 3.770 | 0,1% |
| Gruppe 5 (> 15 Tage) | | | 1 / 291 | 0,3% |

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|-------------|---------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ¹ | | | | |
| Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich | | | 17 / 9.062 | 0,2% 0,1% - 0,3% |

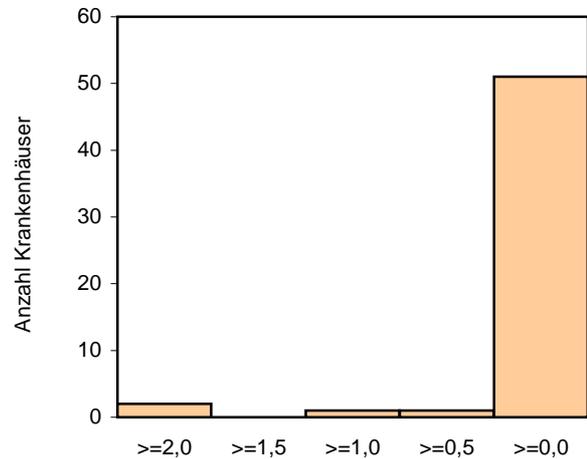
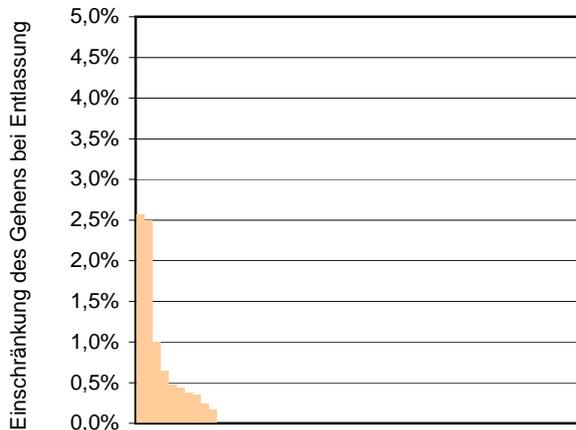
¹ d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/2288]:

Anteil von Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



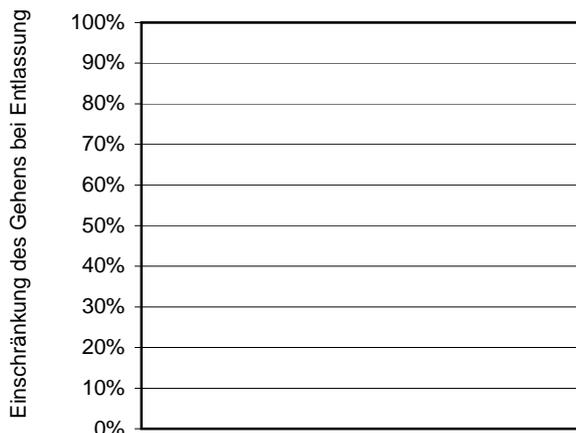
Krankenhäuser

%

| 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 | 0,4 | 1,0 | 2,6 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51004

Referenzbereich: <= 7,54 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|-------------------------------|------------------|------------------------|
| beobachtet (O) | | 10 / 8.626 0,12% |
| vorhergesagt (E) ¹ | | 15,33 / 8.626 0,18% |
| O - E | | -0,06% |

¹ Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score 4b.

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|--------------------|------------------|-------------|
| O / E ² | | 0,65 |
| Vertrauensbereich | | 0,35 - 1,20 |
| Referenzbereich | <= 7,54 | <= 7,54 |

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

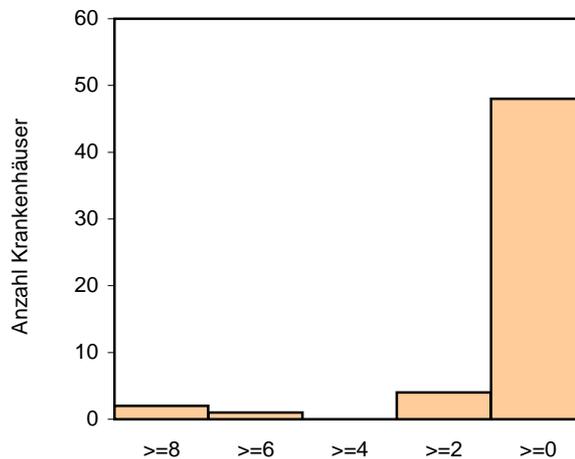
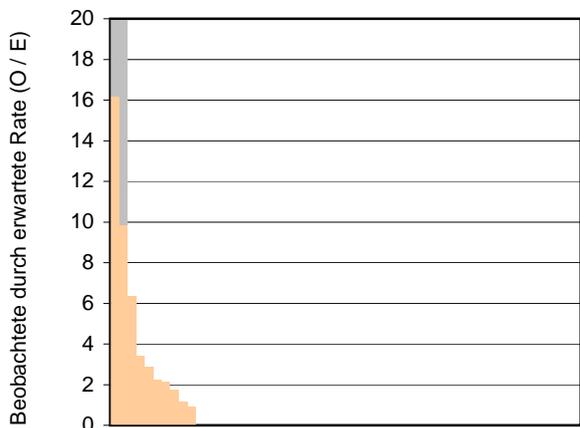
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | Gesamt 2011 |
|-------------------|------------------|------------------------|
| beobachtet (O) | | 17 / 9.062 0,19% |
| vorhergesagt (E) | | 16,59 / 9.062 0,18% |
| O - E | | 0,00% |
| O / E | | 1,02 |
| Vertrauensbereich | | 0,64 - 1,64 |

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51004]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



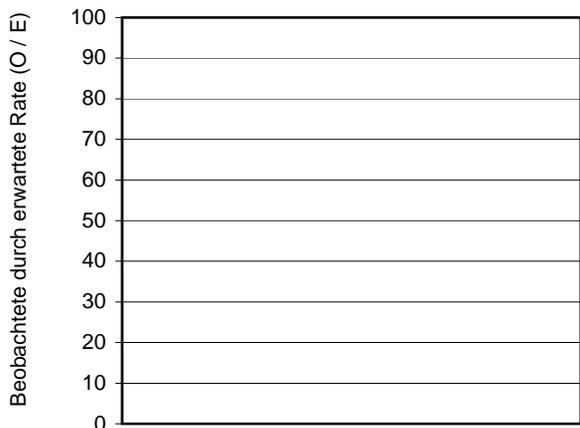
Krankenhäuser

O / E

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|-------|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,22 | 6,36 | 16,15 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Krankenhäuser

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/2219

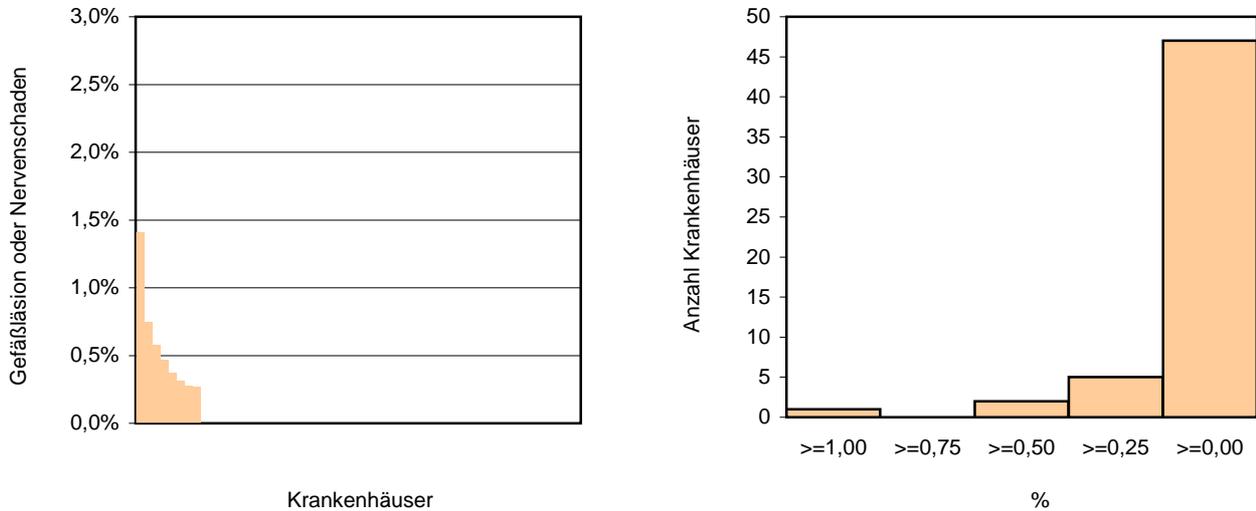
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|-----------------|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Gefäßläsion | | | 1 / 8.680 | 0,0% |
| Patienten mit Nervenschaden | | | 9 / 8.680 | 0,1% |
| Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen | | | 10 / 8.680 | 0,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,1% - 0,2% |
| Referenzbereich | | nicht definiert | | nicht definiert |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|-------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen | | | 12 / 9.123 | 0,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,1% - 0,2% |

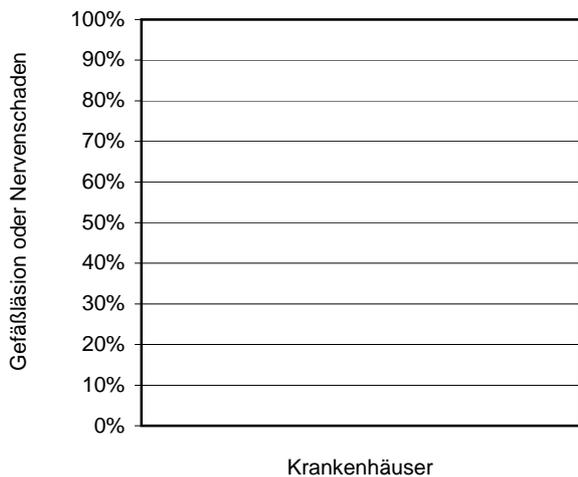
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/2219]:
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische
 Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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 | 1,4 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51009
Referenzbereich: <= 12,96 (Toleranzbereich)

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|-------------------------------|------------------|------------------------|
| beobachtet (O) | | 10 / 8.680 0,12% |
| vorhergesagt (E) ¹ | | 13,40 / 8.680 0,15% |
| O - E | | -0,04% |

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score 5b.

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|--------------------|------------------|-------------|
| O / E ² | | 0,75 |
| Vertrauensbereich | | 0,41 - 1,37 |
| Referenzbereich | <= 12,96 | <= 12,96 |

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 10% kleiner als erwartet.

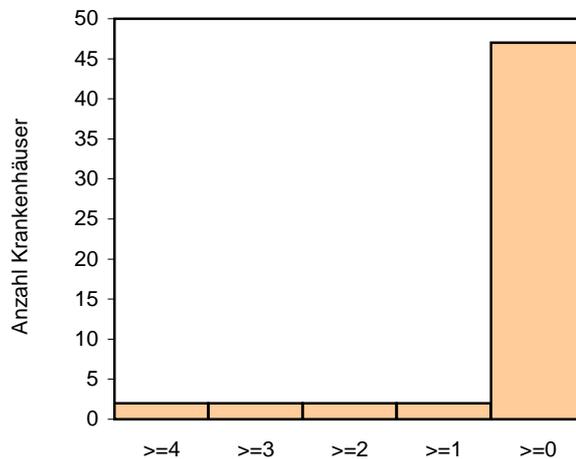
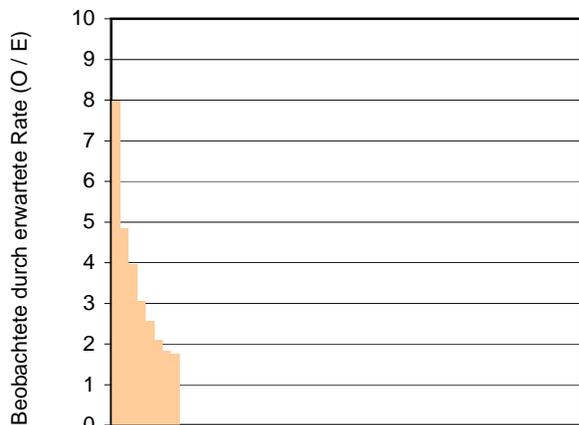
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | Gesamt 2011 |
|-------------------|------------------|------------------------|
| beobachtet (O) | | 12 / 9.123 0,13% |
| vorhergesagt (E) | | 13,98 / 9.123 0,15% |
| O - E | | -0,02% |
| O / E | | 0,86 |
| Vertrauensbereich | | 0,49 - 1,50 |

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51009]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

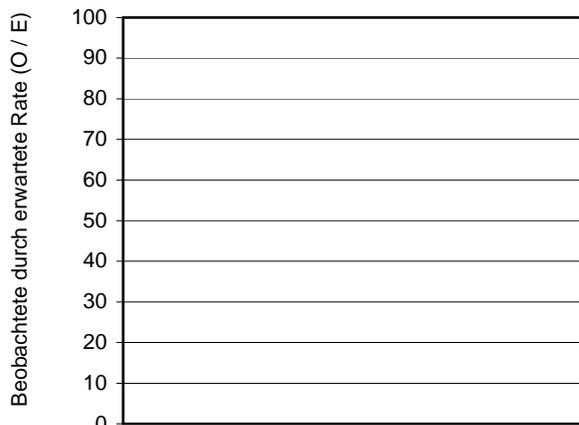
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,10 | 3,95 | 7,97 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Fraktur

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

Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/285

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|-------------|--|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Fraktur Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 6 / 8.680 | 0,1% 0,0% - 0,2% nicht definiert |

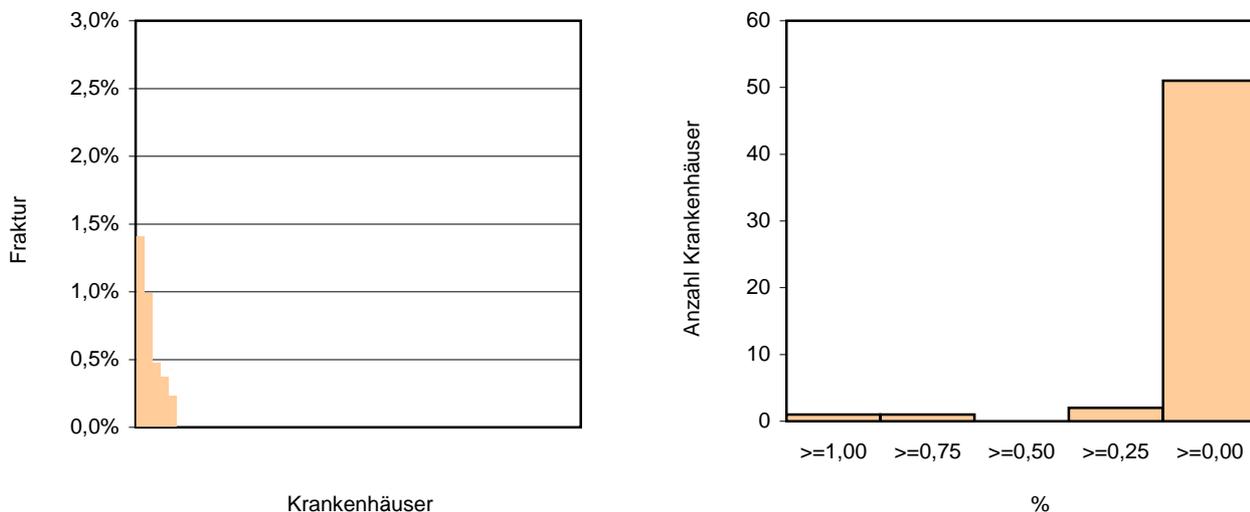
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|-------------|---------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Fraktur Vertrauensbereich | | | 12 / 9.123 | 0,1% 0,1% - 0,2% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n5-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:

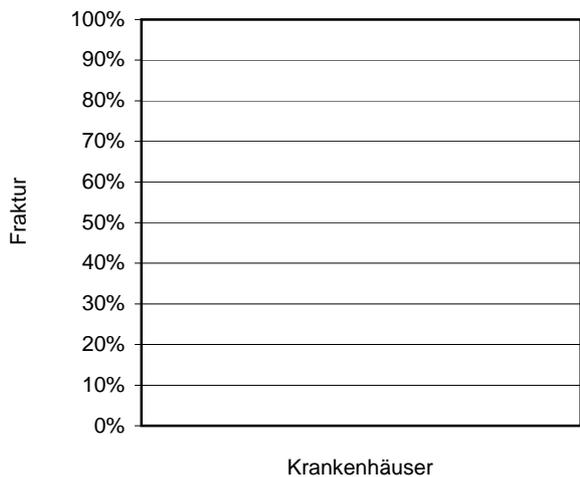
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| 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 | 0,0 | 0,5 | 1,4 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51014
Referenzbereich: <= 14,88 (Toleranzbereich)

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|-------------------------------|------------------|------------------------|
| beobachtet (O) | | 6 / 8.680 0,07% |
| vorhergesagt (E) ¹ | | 11,34 / 8.680 0,13% |
| O - E | | -0,06% |

¹ Erwartete Rate an Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score 6b.

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|--------------------|------------------|-------------|
| O / E ² | | 0,53 |
| Vertrauensbereich | | 0,24 - 1,15 |
| Referenzbereich | <= 14,88 | <= 14,88 |

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Fraktur
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur ist 10% kleiner als erwartet.

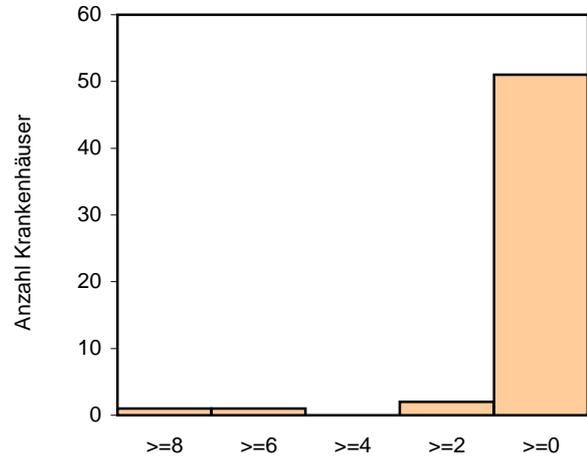
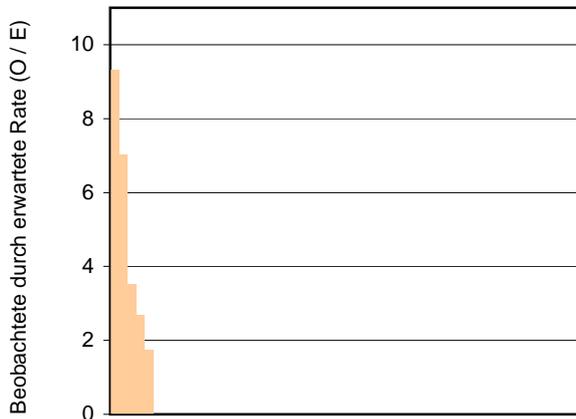
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | Gesamt 2011 |
|-------------------|------------------|------------------------|
| beobachtet (O) | | 12 / 9.123 0,13% |
| vorhergesagt (E) | | 12,05 / 9.123 0,13% |
| O - E | | 0,00% |
| O / E | | 1,00 |
| Vertrauensbereich | | 0,57 - 1,74 |

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51014]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



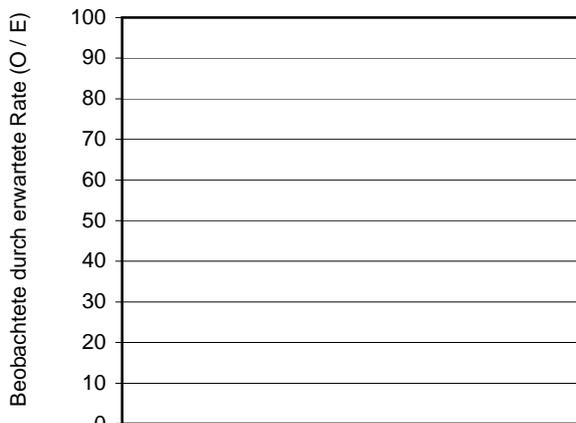
Krankenhäuser

O / E

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,51 | 9,33 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Krankenhäuser

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n5-KNIE-TEP/289

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

| | Krankenhaus 2012 | | |
|--|-------------------------------|--|--|
| | 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 | | | nicht definiert |

| | Gesamt 2012 | | |
|--|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| | Alle Patienten | Patienten mit ASA 1 - 2 | Patienten mit ASA 3 - 4 |
| Patienten mit Pneumonie | 11 / 8.680 0,1% | 6 / 5.882 0,1% | 5 / 2.798 0,2% |
| Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen | 69 / 8.680 0,8% | 30 / 5.882 0,5% | 39 / 2.798 1,4% |
| Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose | 63 / 8.680 0,7% | 36 / 5.882 0,6% | 27 / 2.798 1,0% |
| Patienten mit Lungenembolie | 14 / 8.680 0,2% | 4 / 5.882 0,1% | 10 / 2.798 0,4% |
| Patienten mit sonstiger Komplikation | 182 / 8.680 2,1% | 93 / 5.882 1,6% | 89 / 2.798 3,2% |
| Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) | 150 / 8.680 1,7% | 70 / 5.882 1,2% | 80 / 2.798 2,9% |
| Vertrauensbereich | 1,5% - 2,0% | | |
| Referenzbereich | nicht definiert | | |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | |
|--|------------------|-------------------------|-------------------------|
| | 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 | | | |

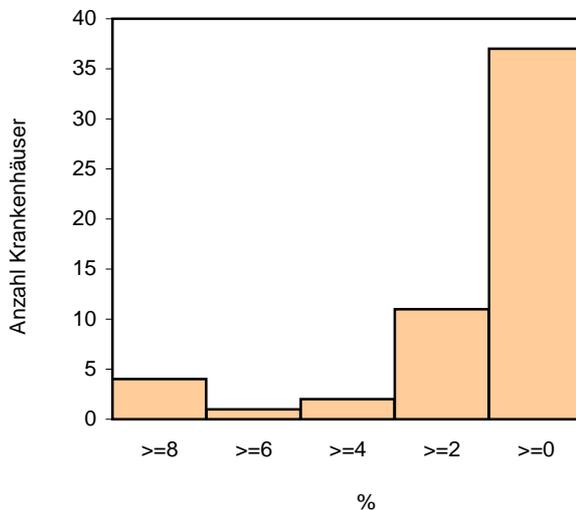
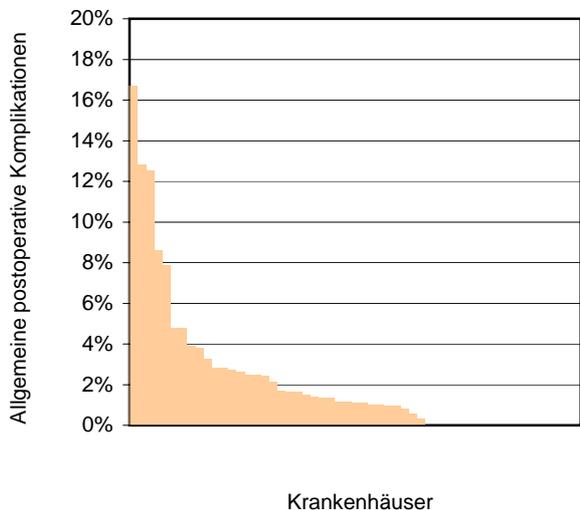
| Vorjahresdaten | Gesamt 2011 | | |
|--|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| | Alle Patienten | Patienten mit ASA 1 - 2 | Patienten mit ASA 3 - 4 |
| Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) | 122 / 9.123 1,3% | 55 / 6.021 0,9% | 67 / 3.101 2,2% |
| Vertrauensbereich | 1,1% - 1,6% | | |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/289]:

Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

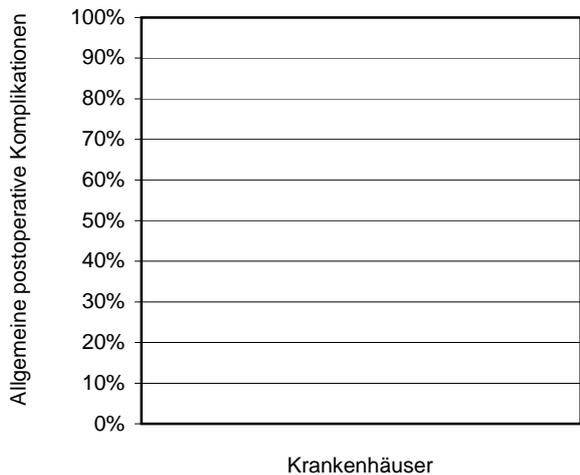
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|------|------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 2,6 | 4,8 | 12,5 | 16,7 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen

Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51029

Referenzbereich: <= 3,19 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|-------------------------------|------------------|-------------------------|
| beobachtet (O) | | 150 / 8.680 1,73% |
| vorhergesagt (E) ¹ | | 113,59 / 8.680 1,31% |
| O - E | | 0,42% |

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score 7b.

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|--------------------|------------------|-------------|
| O / E ² | | 1,32 |
| Vertrauensbereich | | 1,13 - 1,55 |
| Referenzbereich | <= 3,19 | <= 3,19 |

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

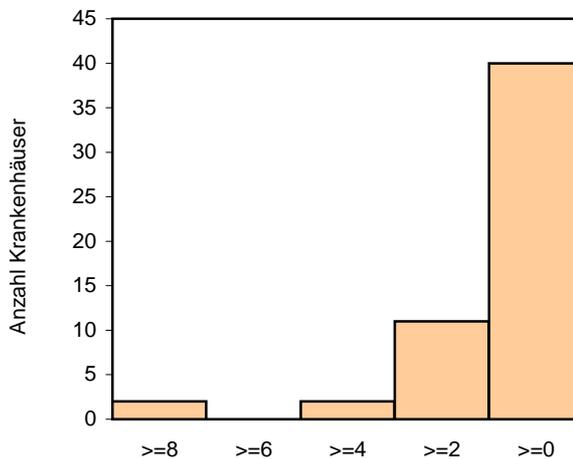
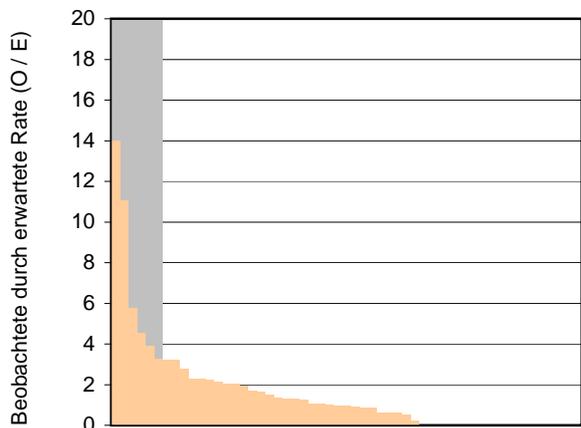
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | Gesamt 2011 |
|-----------------------|------------------|-------------------------|
| beobachtet (O) | | 122 / 9.123 1,34% |
| vorhergesagt (E) | | 121,27 / 9.123 1,33% |
| O - E | | 0,01% |
| O / E | | 1,01 |
| Vertrauensbereich | | 0,84 - 1,20 |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51029]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



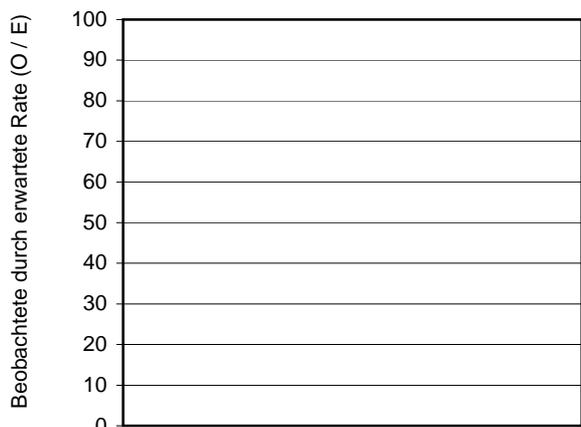
Krankenhäuser

O / E

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|-------|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,94 | 2,05 | 3,28 | 5,75 | 13,99 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Krankenhäuser

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/472

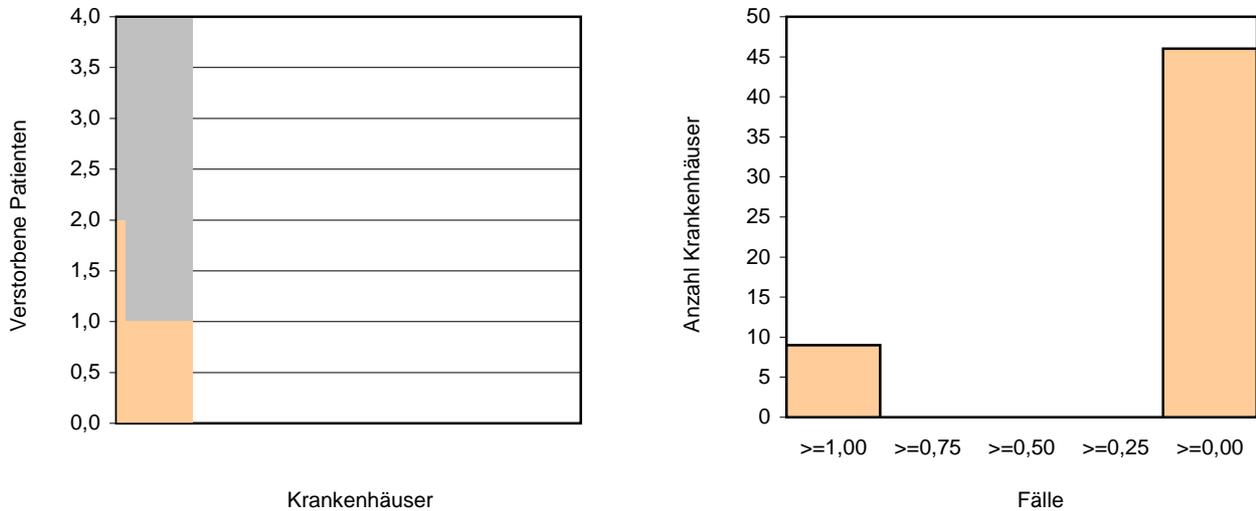
Referenzbereich: Sentinel Event

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| | Anzahl | Fälle | Anzahl | Fälle |
| Verstorbene Patienten Referenzbereich | | 10,0 Fälle Sentinel Event | 10 / 8.680 | 10,0 Fälle Sentinel Event |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|-----------------------|------------------|-----------|-------------|-----------|
| | Anzahl | Fälle | Anzahl | Fälle |
| Verstorbene Patienten | | 6,0 Fälle | 6 / 9.123 | 6,0 Fälle |

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/472]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

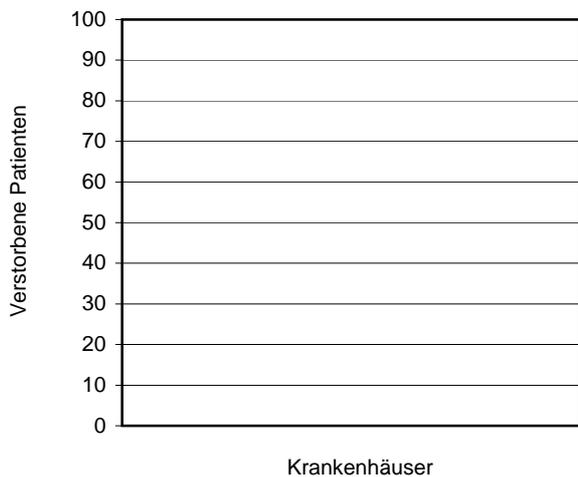
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 1,0 | 2,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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 2012 | | | |
|-----------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | 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 2012 | | | |
| | 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 | 5 / 5.882 0,1% | 5 / 2.771 0,2% | 0 / 27 0,0% | 0 / 0 |

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51039

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|-------------------------------|------------------|-----------------------|
| beobachtet (O) | | 10 / 8.680 0,12% |
| vorhergesagt (E) ¹ | | 8,07 / 8.680 0,09% |
| O - E | | 0,02% |

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score 8b.

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|--------------------|------------------|-----------------|
| O / E ² | | 1,24 |
| Vertrauensbereich | | 0,67 - 2,28 |
| Referenzbereich | nicht definiert | nicht definiert |

² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

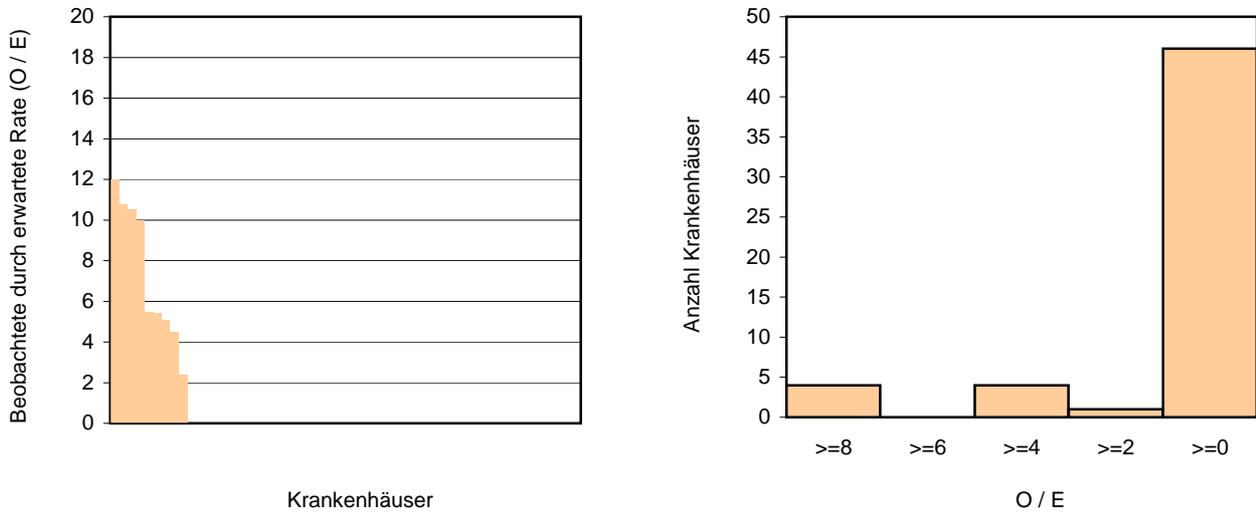
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | Gesamt 2011 |
|-----------------------|------------------|-----------------------|
| beobachtet (O) | | 6 / 9.123 0,07% |
| vorhergesagt (E) | | 8,53 / 9.123 0,09% |
| O - E | | -0,03% |
| O / E | | 0,70 |
| Vertrauensbereich | | 0,32 - 1,53 |

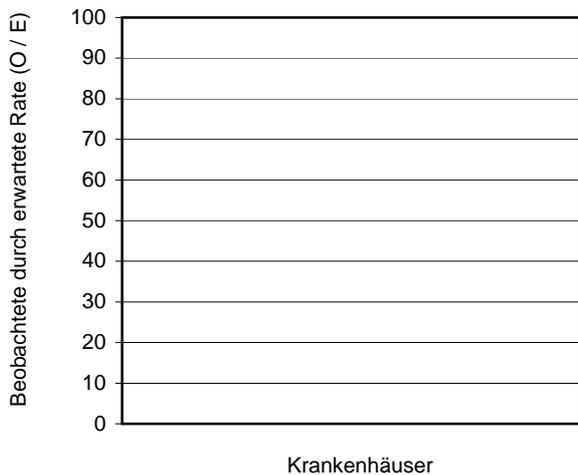
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51039]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|-------|-------|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5,40 | 10,50 | 11,99 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 55
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.680
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12536-L81935-P38819

Basisdaten

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | | | |
| 1. Quartal | | | 2.647 | 30,5 | 2.697 | 29,6 |
| 2. Quartal | | | 2.159 | 24,9 | 2.226 | 24,4 |
| 3. Quartal | | | 1.928 | 22,2 | 2.139 | 23,4 |
| 4. Quartal | | | 1.946 | 22,4 | 2.061 | 22,6 |
| Gesamt | | | 8.680 | | 9.123 | |

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

Behandlungszeiten

| | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | Anzahl | | Anzahl | |
| Präoperative Verweildauer (Tage) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 8.680 | | 9.123 | |
| Median | | | 1,0 | | 1,0 |
| Mittelwert | | | 1,2 | | 1,2 |
| Postoperative Verweildauer (Tage) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 8.680 | | 9.123 | |
| Median | | | 10,0 | | 11,0 |
| Mittelwert | | | 10,6 | | 10,9 |
| Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 8.680 | | 9.123 | |
| Median | | | 11,0 | | 12,0 |
| Mittelwert | | | 11,8 | | 12,1 |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

| | | |
|---|--------|--|
| 1 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose |
| 2 | I10.00 | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| 3 | D62 | Akute Blutungsanämie |
| 4 | E11.90 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| 5 | I10.90 | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| 6 | Z96.6 | Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten |
| 7 | E79.0 | Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht |
| 8 | E78.5 | Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2012 | | | Gesamt 2012 | | | Gesamt 2011 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | ICD | Anzahl | % ² | ICD | Anzahl | % ² | ICD | Anzahl | % ² |
| 1 | | | | M17.1 | 7.538 | 86,8 | M17.1 | 7.651 | 83,9 |
| 2 | | | | I10.00 | 3.377 | 38,9 | I10.00 | 3.722 | 40,8 |
| 3 | | | | D62 | 2.043 | 23,5 | D62 | 2.157 | 23,6 |
| 4 | | | | E11.90 | 1.327 | 15,3 | E11.90 | 1.399 | 15,3 |
| 5 | | | | I10.90 | 1.270 | 14,6 | I10.90 | 1.276 | 14,0 |
| 6 | | | | Z96.6 | 1.238 | 14,3 | Z96.6 | 1.251 | 13,7 |
| 7 | | | | E79.0 | 566 | 6,5 | E79.0 | 664 | 7,3 |
| 8 | | | | E78.5 | 541 | 6,2 | E78.5 | 608 | 6,7 |

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 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 2012¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

| | | |
|---|----------|--|
| 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 | 5-988 | Anwendung eines Navigationssystems |
| 4 | 8-803.2 | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung |
| 5 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |

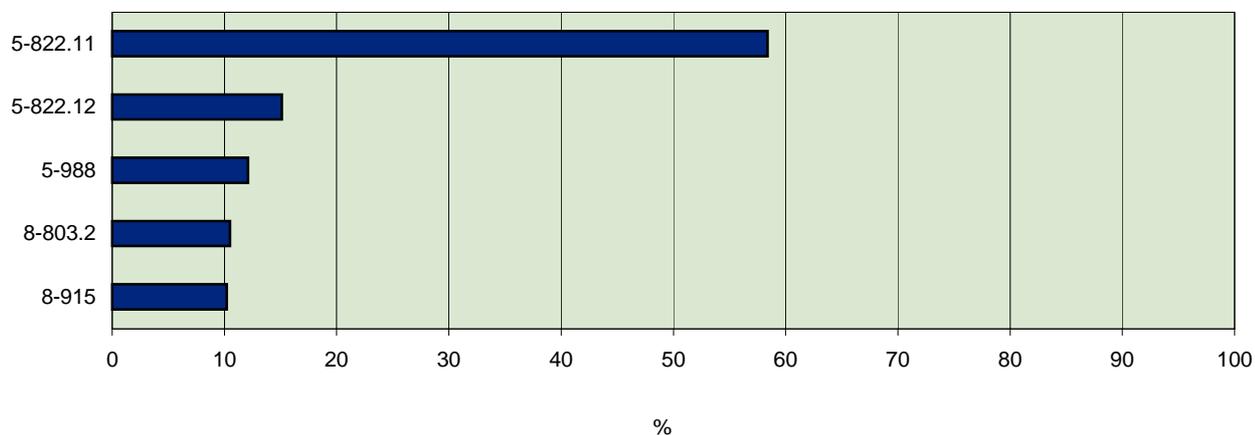
OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2012 | | | Gesamt 2012 | | | Gesamt 2011 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | OPS | Anzahl | % ³ | OPS | Anzahl | % ³ | OPS | Anzahl | % ³ |
| 1 | | | | 5-822.11 | 5.072 | 58,4 | 5-822.11 | 5.298 | 58,1 |
| 2 | | | | 5-822.12 | 1.307 | 15,1 | 5-822.12 | 1.494 | 16,4 |
| 3 | | | | 5-988 | 1.053 | 12,1 | 8-915 | 1.177 | 12,9 |
| 4 | | | | 8-803.2 | 910 | 10,5 | 5-988 | 1.159 | 12,7 |
| 5 | | | | 8-915 | 883 | 10,2 | 8-919 | 1.117 | 12,2 |

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 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 2012 (Gesamt 2012)



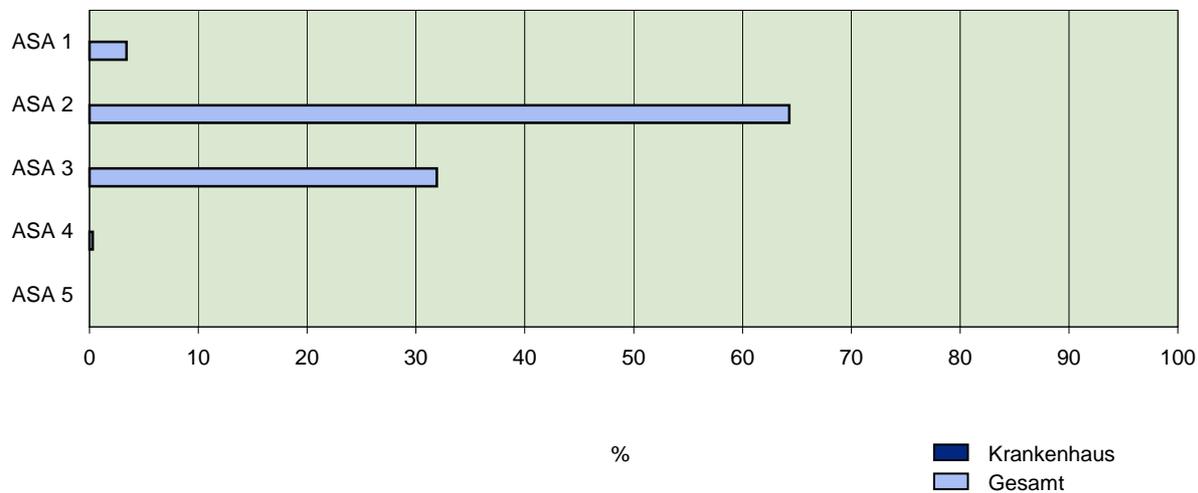
Zusatz-OPS-Kodes

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 5-983 Reoperation | | | 3 / 8.680 | 0,0 | 8 / 9.123 | 0,1 |
| 5-986 Minimalinvasive Technik | | | 0 / 8.680 | 0,0 | 0 / 9.123 | 0,0 |
| 5-987 Anwendung eines OP-Roboters | | | 0 / 8.680 | 0,0 | 0 / 9.123 | 0,0 |
| 5-988 Anwendung eines Navigationssystems | | | 1.053 / 8.680 | 12,1 | 1.159 / 9.123 | 12,7 |

Patienten

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Altersverteilung (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 8.680 / 8.680 | | 9.123 / 9.123 | |
| < 50 Jahre | | | 159 / 8.680 | 1,8 | 139 / 9.123 | 1,5 |
| 50 - 59 Jahre | | | 1.112 / 8.680 | 12,8 | 1.092 / 9.123 | 12,0 |
| 60 - 69 Jahre | | | 2.441 / 8.680 | 28,1 | 2.501 / 9.123 | 27,4 |
| 70 - 79 Jahre | | | 3.904 / 8.680 | 45,0 | 4.250 / 9.123 | 46,6 |
| 80 - 89 Jahre | | | 1.046 / 8.680 | 12,1 | 1.127 / 9.123 | 12,4 |
| >= 90 Jahre | | | 18 / 8.680 | 0,2 | 14 / 9.123 | 0,2 |
| Alter (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 8.680 | | 9.123 | |
| Median | | | | 71,0 | | 71,0 |
| Mittelwert | | | | 69,7 | | 70,1 |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | | | 3.122 | 36,0 | 3.239 | 35,5 |
| weiblich | | | 5.558 | 64,0 | 5.884 | 64,5 |
| Simultaneingriff an der kontralateralen Seite | | | | | | |
| dokumentiert | | | 116 | 1,3 | 97 | 1,1 |
| nicht dokumentiert | | | 48 | 0,6 | 41 | 0,4 |
| Einstufung nach ASA-Klassifikation | | | | | | |
| 1: normaler, ansonsten gesunder Patient | | | 297 | 3,4 | 299 | 3,3 |
| 2: mit leichter Allgemeinerkrankung | | | 5.585 | 64,3 | 5.722 | 62,7 |
| 3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung | | | 2.771 | 31,9 | 3.084 | 33,8 |
| 4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung | | | 27 | 0,3 | 17 | 0,2 |
| 5: moribunder Patient | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Schmerzen | | | | | | |
| Ruheschmerz | | | 6.165 | 71,0 | 6.771 | 74,2 |
| Belastungsschmerz | | | 2.481 | 28,6 | 2.320 | 25,4 |
| keine Schmerzen | | | 34 | 0,4 | 32 | 0,4 |
| Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah | | | 1.775 | 20,4 | 2.027 | 22,2 |

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|-------------------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Osteophyten | | | | | | |
| keine oder beginnend | | | | | | |
| Eminentia oder | | | | | | |
| gelenkseitige Patellapole | | | 394 | 4,5 | 246 | 2,7 |
| eindeutig | | | 8.286 | 95,5 | 8.877 | 97,3 |
| Gelenkspalt | | | | | | |
| nicht oder mäßig verschmälert | | | 101 | 1,2 | 71 | 0,8 |
| häufig verschmälert | | | 2.441 | 28,1 | 2.480 | 27,2 |
| ausgeprägt verschmälert | | | | | | |
| oder aufgehoben | | | 6.138 | 70,7 | 6.572 | 72,0 |
| Sklerose | | | | | | |
| keine Sklerose | | | 32 | 0,4 | 24 | 0,3 |
| mäßig subchondrale Sklerose | | | 1.434 | 16,5 | 1.498 | 16,4 |
| ausgeprägte | | | | | | |
| subchondrale Sklerose | | | 4.848 | 55,9 | 5.315 | 58,3 |
| Sklerose mit Zysten an | | | | | | |
| Femur, Tibia, Patella | | | 2.366 | 27,3 | 2.286 | 25,1 |
| Deformierung | | | | | | |
| keine Deformierung | | | 369 | 4,3 | 475 | 5,2 |
| Entrundung | | | | | | |
| der Femurkondylen | | | 4.953 | 57,1 | 5.276 | 57,8 |
| ausgeprägte Destruktion, | | | | | | |
| Deformierung | | | 3.358 | 38,7 | 3.372 | 37,0 |
| Wundkontaminations- | | | | | | |
| klassifikation | | | | | | |
| (nach Definition der CDC) | | | | | | |
| aseptische Eingriffe | | | 8.645 | 99,6 | 9.092 | 99,7 |
| bedingt aseptische Eingriffe | | | 34 | 0,4 | 24 | 0,3 |
| kontaminierte Eingriffe | | | 1 | 0,0 | 5 | 0,1 |
| septische Eingriffe | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 |

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

| | | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|--|--------------|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Röntgenologische Kriterien | | | | | | | |
| Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹ | | | | | | | |
| Gruppe 1 | 0 Punkte | | | 5 / 8.680 | 0,1 | 8 / 9.123 | 0,1 |
| Gruppe 2 | 1 - 2 Punkte | | | 124 / 8.680 | 1,4 | 52 / 9.123 | 0,6 |
| Gruppe 3 | 3 - 4 Punkte | | | 948 / 8.680 | 10,9 | 967 / 9.123 | 10,6 |
| Gruppe 4 | 5 - 6 Punkte | | | 3.996 / 8.680 | 46,0 | 4.499 / 9.123 | 49,3 |
| Gruppe 5 | 7 - 8 Punkte | | | 3.607 / 8.680 | 41,6 | 3.597 / 9.123 | 39,4 |
| Gruppe 6 | 4 - 8 Punkte | | | 8.346 / 8.680 | 96,2 | 8.906 / 9.123 | 97,6 |

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 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültiger Angabe | | | 8.680 | | 9.123 | |
| Median | | | | 82,0 | | 83,0 |
| Mittelwert | | | | 86,3 | | 86,6 |
| Perioperative Antibiotikaprophylaxe | | | | | | |
| keine Prophylaxe | | | 37 | 0,4 | 38 | 0,4 |
| mit Prophylaxe | | | 8.643 | 99,6 | 9.085 | 99,6 |
| davon | | | | | | |
| single shot | | | 7.649 / 8.643 | 88,5 | 7.828 / 9.085 | 86,2 |
| Zweitgabe | | | 659 / 8.643 | 7,6 | 760 / 9.085 | 8,4 |
| öfter | | | 335 / 8.643 | 3,9 | 497 / 9.085 | 5,5 |

Verlauf

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen | | | 8.645 | 99,6 | 9.058 | 99,3 |
| Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>) | | | 142 | 1,6 | 193 | 2,1 |
| Implantatfehlage | | | | | | |
| Femur-Komponente | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Tibia-Komponente | | | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| Implantatdislokation | | | 0 | 0,0 | 3 | 0,0 |
| Patellafehlstellung | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Wundhämatom/ Nachblutung | | | 67 | 0,8 | 96 | 1,1 |
| Gefäßläsion | | | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Nervenschaden | | | 9 | 0,1 | 11 | 0,1 |
| Fraktur | | | 6 | 0,1 | 12 | 0,1 |
| Sonstige | | | 60 | 0,7 | 78 | 0,9 |
| Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) | | | | | | |
| Anzahl Patienten | | | 17 | 0,2 | 39 | 0,4 |
| davon | | | | | | |
| A1 (oberflächliche Infektion) | | | 12 / 17 | 70,6 | 22 / 39 | 56,4 |
| A2 (tiefe Infektion) | | | 5 / 17 | 29,4 | 13 / 39 | 33,3 |
| A3 (Räume/Organe) | | | 0 / 17 | 0,0 | 4 / 39 | 10,3 |
| Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich | | | 86 | 1,0 | 126 | 1,4 |
| Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>) | | | 316 | 3,6 | 259 | 2,8 |
| Pneumonie | | | 11 | 0,1 | 4 | 0,0 |
| kardiovaskuläre Komplikation(en) | | | 69 | 0,8 | 59 | 0,6 |
| tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose | | | 63 | 0,7 | 51 | 0,6 |
| Lungenembolie | | | 14 | 0,2 | 16 | 0,2 |
| Sonstige | | | 182 | 2,1 | 149 | 1,6 |

Entlassung I

| Zustand bei Entlassung | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt | | | 8.603 | 99,1 | 9.057 | 99,3 |
| Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben | | | 8.603 | 100,0 | 9.057 | 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 | | | | 0,2 | | 0,1 |
| Winkel Flexion (Grad) | | | | | | |
| Median | | | | 90,0 | | 90,0 |
| Mittelwert | | | | 90,3 | | 90,6 |

Entlassung I (Fortsetzung)

| Zustand bei Entlassung | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen) | | | | | | |
| Ja | | | 8.653 | 99,8 | 9.092 | 99,7 |
| Nein | | | 17 | 0,2 | 25 | 0,3 |
| wenn nein: | | | | | | |
| selbständiges Gehen vor der Operation | | | 11 | 64,7 | 17 | 68,0 |
| selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen) | | | | | | |
| Ja | | | 8.651 | 99,8 | 9.084 | 99,6 |
| Nein | | | 19 | 0,2 | 33 | 0,4 |
| wenn nein: | | | | | | |
| selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation | | | 14 | 73,7 | 17 | 51,5 |

Entlassung II

| Entlassungsgrund ¹ | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 01: regulär beendet | | | 4.048 | 46,6 | 3.940 | 43,2 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 157 | 1,8 | 176 | 1,9 |
| 03: aus sonstigen Gründen | | | 10 | 0,1 | 7 | 0,1 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | | | 6 | 0,1 | 11 | 0,1 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 06: Verlegung | | | 38 | 0,4 | 59 | 0,6 |
| 07: Tod | | | 10 | 0,1 | 6 | 0,1 |
| 08: Verlegung nach § 14 | | | 7 | 0,1 | 5 | 0,1 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 4.376 | 50,4 | 4.882 | 53,5 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 17 | 0,2 | 15 | 0,2 |
| 11: in Hospiz | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 12: interne Verlegung | | | 9 | 0,1 | 4 | 0,0 |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung | | | 2 | 0,0 | 11 | 0,1 |
| 15: gegen ärztlichen Rat | | | 0 | 0,0 | 3 | 0,0 |
| 16: externe Verlegung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG) | | | 0 | 0,0 | 3 | 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 | | | 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 2012 | | Gesamt 2012 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl Patienten mit Entlassung am | | | | | | |
| Montag | | | 1.724 | 19,9 | 1.838 | 20,1 |
| Dienstag | | | 1.351 | 15,6 | 1.474 | 16,2 |
| Mittwoch | | | 1.296 | 14,9 | 1.330 | 14,6 |
| Donnerstag | | | 1.258 | 14,5 | 1.357 | 14,9 |
| Freitag | | | 1.482 | 17,1 | 1.556 | 17,1 |
| Samstag | | | 1.044 | 12,0 | 942 | 10,3 |
| Sonntag | | | 525 | 6,0 | 626 | 6,9 |

Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen KNIETEP-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 55
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.680
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12536-L81935-P38819

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 |
|--|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| 2012/17n5-KNIE-TEP/813130 AK 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer | | | 64,1% | < 100,0% | AK.1 |
| 2012/17n5-KNIE-TEP/813128 AK 7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen | | | 0,0 Fälle | <= 0,0 Fälle | AK.3 |

Auffälligkeitskriterium 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) aus Krankenhäusern, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/813130

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugskennzahl(en): 51009, 51014, 51029

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|-------------|------------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 279 / 435 | 64,1% 59,5% - 68,5% < 100,0% |

| Vorjahresdaten¹ | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|---|------------------|---|-------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich | | | 346 / 542 | 63,8% 59,7% - 67,8% |

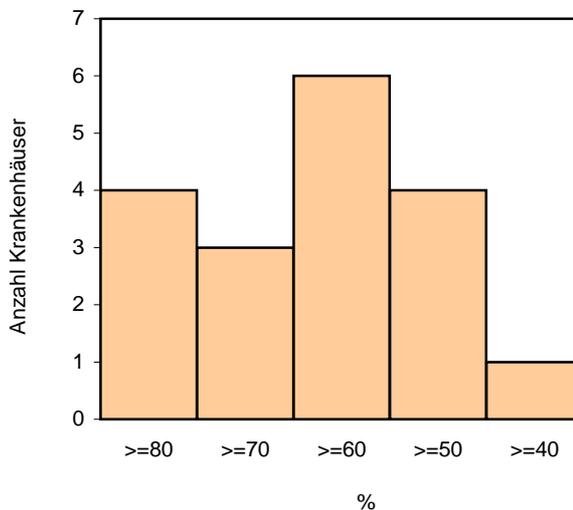
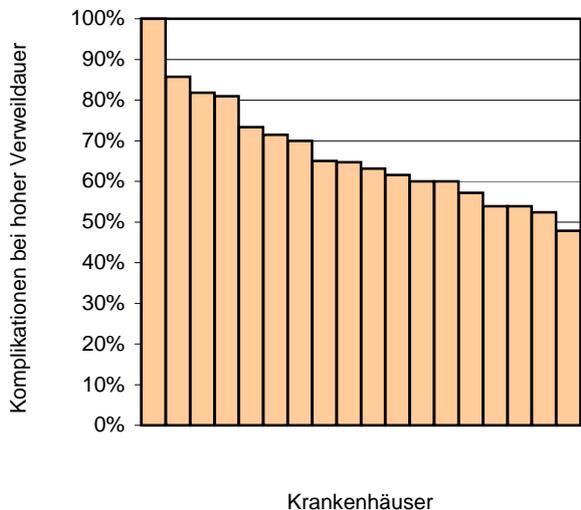
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/813130]:

Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

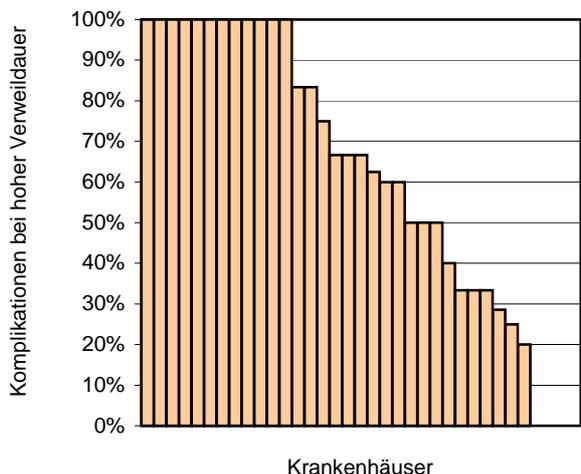
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|-----|------|------|--------|------|------|-----|-------|
| | 47,8 | | 52,4 | 57,1 | 63,9 | 73,3 | 85,7 | | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

35 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 | 33,3 | 66,7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

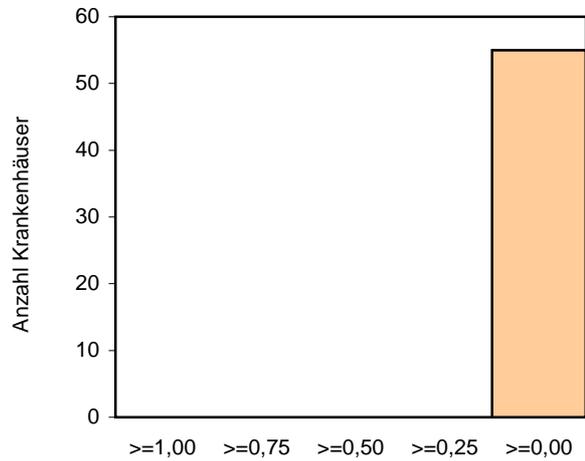
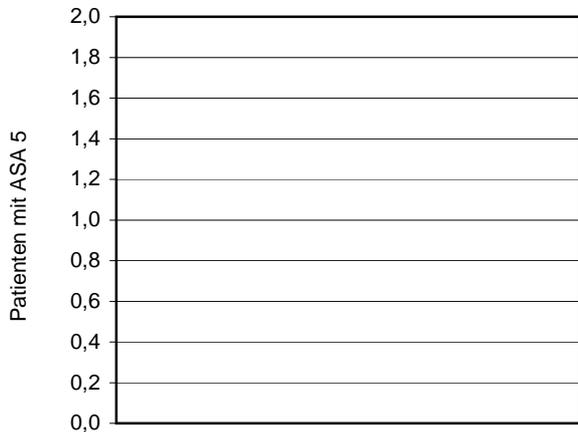
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/813128
Referenzbereich: <= 0,0 Fälle
ID-Bezugskennzahl(en): -

| | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
| | Anzahl | Fälle | Anzahl | Fälle |
| Patienten mit ASA 5 Referenzbereich | | 0,0 Fälle <= 0,0 Fälle | 0 / 8.680 | 0,0 Fälle <= 0,0 Fälle |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2011 | | Gesamt 2011 | |
|---------------------|------------------|-----------|-------------|-----------|
| | Anzahl | Fälle | Anzahl | Fälle |
| Patienten mit ASA 5 | | 1,0 Fälle | 1 / 9.123 | 1,0 Fälle |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK7, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/813128]:
Anzahl Patienten mit ASA 5 bei elektiven Eingriffen

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle) | 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 | 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 Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für ein Qualitätsindikator 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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

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. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

| | |
|----------------------------------|--|
| Qualitätsindikator: | Postoperative Wundinfektion |
| Kennzahl zum Qualitätsindikator: | Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten |
| Krankenhauswert: | 10,0% |
| Vertrauensbereich: | 8,2 - 12,0% |

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

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 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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 unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

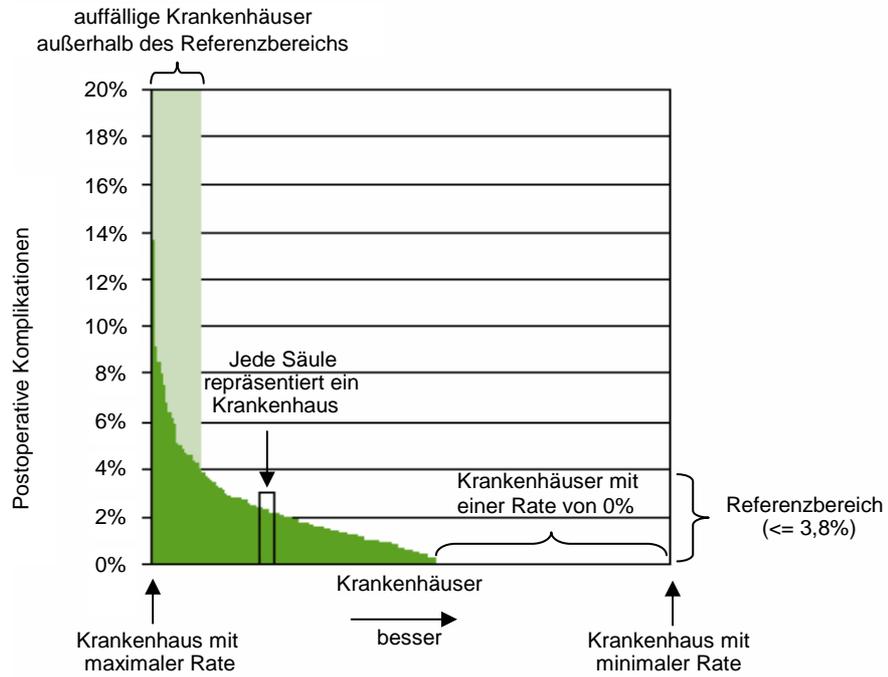
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 Krankhausergebnisse 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.

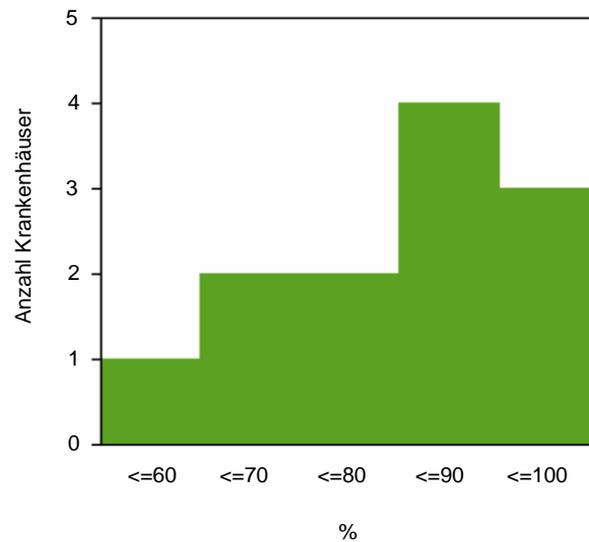
Beispiel:

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

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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