

Jahresauswertung 2014 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 58
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.217
Datensatzversion: 17/5 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15161-L96195-P46045

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2014 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 58
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.217
Datensatzversion: 17/5 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15161-L96195-P46045

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n5-KNIE-TEP/276 QI 1: Knie-Endoprothesen- Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			97,31%	>= 90,00%	innerhalb	97,14%	8
2014/17n5-KNIE-TEP/277 QI 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe			99,76%	>= 95,00%	innerhalb	99,76%	11
QI 3: Postoperative Beweglichkeit 3a: 2014/17n5-KNIE-TEP/2218 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			99,25%	>= 90,00%	innerhalb	97,64%	14
3b: 2014/17n5-KNIE-TEP/10953 von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode			93,12%	>= 80,00%	innerhalb	92,40%	16

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2014/17n5-KNIE-TEP/2288 bei allen Patienten			0,16%	nicht definiert	-	0,29%	19
4b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51004 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,64	<= 6,34	innerhalb	1,16	22
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2014/17n5-KNIE-TEP/2219 bei allen Operationen			0,12%	nicht definiert	-	0,19%	24
5b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51009 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,71	<= 11,68	innerhalb	1,10	26
QI 6: Fraktur							
6a: 2014/17n5-KNIE-TEP/285 bei allen Operationen			0,11%	nicht definiert	-	0,27%	28
6b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51014 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,72	<= 13,15	innerhalb	1,82	30

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 7: Postoperative Wundinfektion							
7a: 2014/17n5-KNIE-TEP/286 bei allen Operationen			0,28%	nicht definiert	-	0,30%	32
7b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51019 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,90	<= 6,44	innerhalb	0,96	34
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen							
8a: 2014/17n5-KNIE-TEP/288 bei allen Operationen			0,99%	nicht definiert	-	1,08%	40
8b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51024 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,10	<= 9,07	innerhalb	1,21	43
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen							
9a: 2014/17n5-KNIE-TEP/289 bei allen Patienten			1,35%	nicht definiert	-	1,61%	45
9b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51029 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,07	<= 3,69	innerhalb	1,27	48

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
10a: 2014/17n5-KNIE-TEP/290 bei allen Operationen			1,41%	nicht definiert	-	1,33%	50
10b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51034 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,12	<= 4,79	innerhalb	1,05	52
QI 11: Sterblichkeit im Krankenhaus							
11a: 2014/17n5-KNIE-TEP/472 bei allen Patienten			9,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	3,00 Fälle	54
11b: 2014/17n5-KNIE-TEP/51039 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,09	nicht definiert	-	0,39	57

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

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

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 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n5-KNIE-TEP/813130 AK 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			59,72%	< 100,00%	innerhalb	58,66%	59
2014/17n5-KNIE-TEP/813128 AK 7: Angabe von ASA 5			1,00 Fälle	<= 0,00 Fälle	außerhalb	1,00 Fälle	61

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

Qualitätsindikator 1: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: 2014/17n5-KNIE-TEP/276
Referenzbereich: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Operationen bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		6 / 8.220	0,07%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		58 / 8.220	0,71%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		752 / 8.220	9,15%
Gruppe 4	5 - 6 Punkte		4.138 / 8.220	50,34%
Gruppe 5	7 - 8 Punkte		3.266 / 8.220	39,73%
Gruppe 6	4 - 8 Punkte		8.022 / 8.220	97,59%
Schmerzen				
Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz				
			2.066 / 8.220	25,13%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz				
			6.126 / 8.220	74,53%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score				
			7.999 / 8.220	97,31%
Vertrauensbereich			96,94% - 97,64%	
Referenzbereich			>= 90,00%	

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

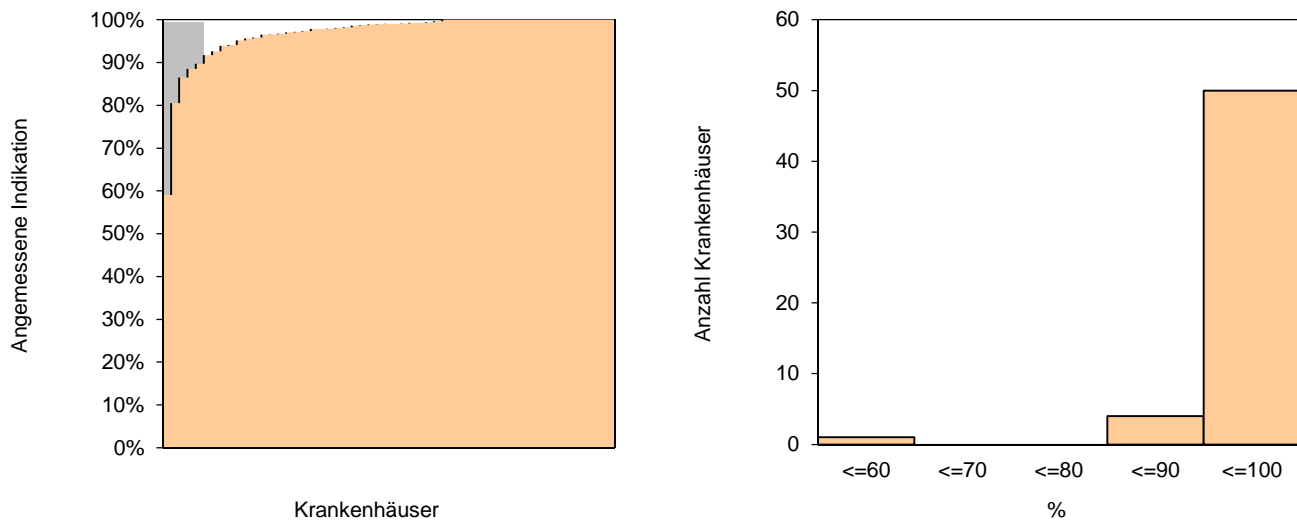
Osteophyten	0= keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1= eindeutig	Gelenkspalt	0= nicht oder mäßig verschmälert 1= hälftig verschmälert 2= ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben
Sklerose	0= keine Sklerose 1= mäßige subchondrale Sklerose 2= ausgeprägt subchondrale Sklerose 3= Sklerose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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien Operationen bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1 0 Punkte			9 / 8.048	0,11%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			45 / 8.048	0,56%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			773 / 8.048	9,60%
Gruppe 4 5 - 6 Punkte			3.848 / 8.048	47,81%
Gruppe 5 7 - 8 Punkte			3.373 / 8.048	41,91%
Gruppe 6 4 - 8 Punkte			7.834 / 8.048	97,34%
Schmerzen Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz			2.136 / 8.048	26,54%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz			5.894 / 8.048	73,24%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			7.818 / 8.048	97,14%
				96,76% - 97,48%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/276]:
 Anteil von Operationen bei Patienten mit einem der genannten Schmerzskriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten
 Kellgren- und Lawrence Score an allen Operationen**

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
	59,09	86,47	91,73	96,59	99,07	100,00	100,00	100,00	100,00

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




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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprofylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Operationen	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2014/17n5-KNIE-TEP/277	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen mit perioperativer Antibiotikaprofylaxe Vertrauensbereich Referenzbereich			
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			
	>= 95,00%		

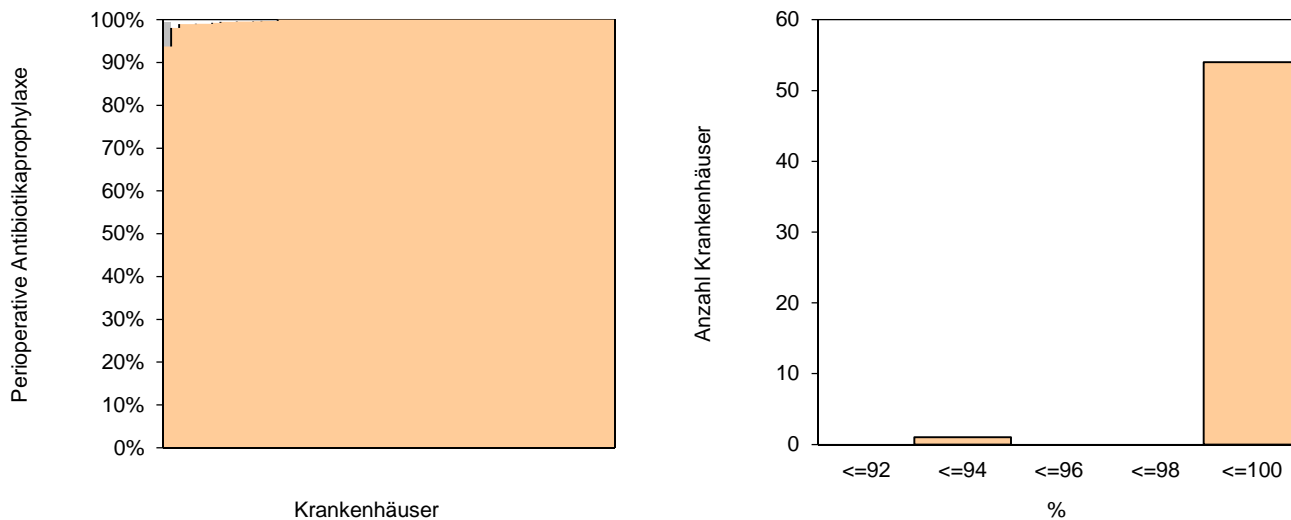
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen mit perioperativer Antibiotikaprofylaxe Vertrauensbereich Referenzbereich	8.200 / 8.220 99,76%	7.468 / 7.487 99,75%	732 / 733 99,86%
davon single shot	7.105 / 8.200 86,65%	6.565 / 7.468 87,91%	540 / 732 73,77%
Zweitgabe oder öfter	1.095 / 8.200 13,35%	903 / 7.468 12,09%	192 / 732 26,23%
	99,62% - 99,84%		
	>= 95,00%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	8.029 / 8.048 99,76% 99,63% - 99,85%	7.209 / 7.226 99,76%	820 / 822 99,76%

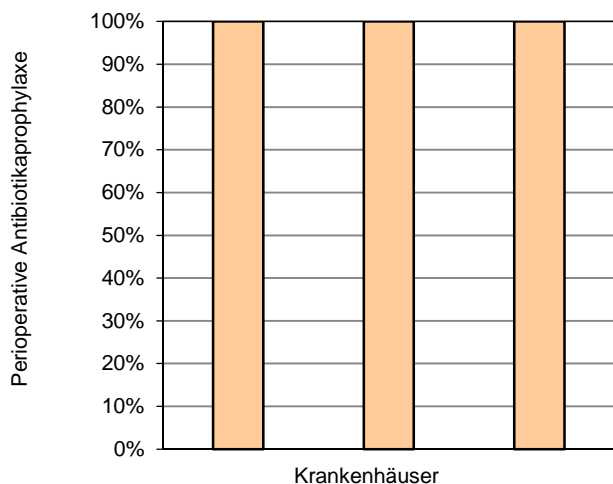
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/277]:
 Anteil von Operationen mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Operationen**

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
	93,75	98,98	99,07	99,73	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

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 Operationen

Indikator-ID: (QI 3a): 2014/17n5-KNIE-TEP/2218

Referenzbereich: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			8.158 / 8.220	99,25%
Vertrauensbereich				99,03% - 99,41%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

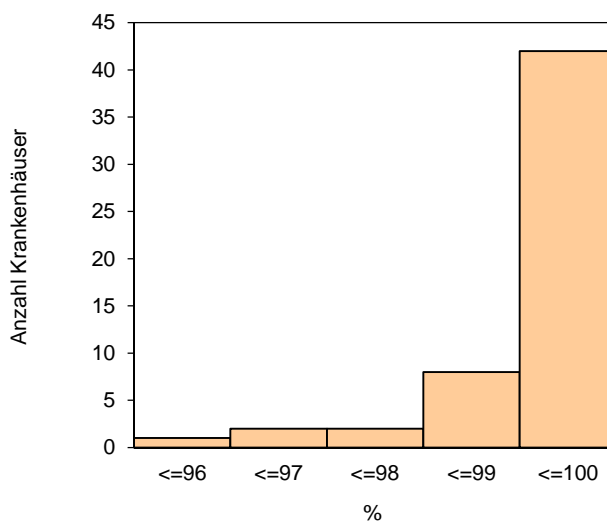
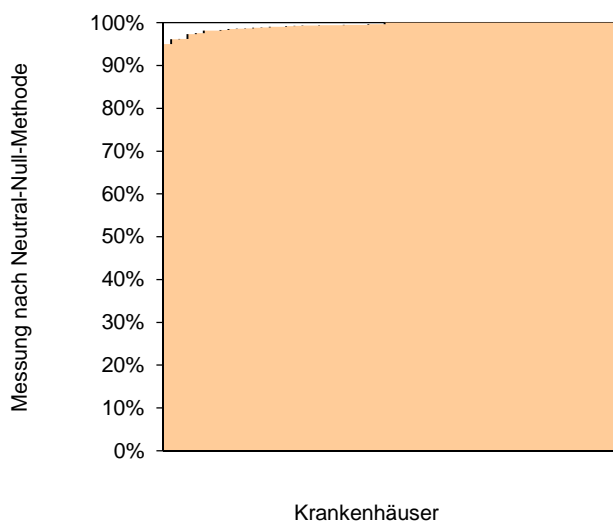
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			7.858 / 8.048	97,64%
Vertrauensbereich				97,28% - 97,95%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/2218]:

Anteil von Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

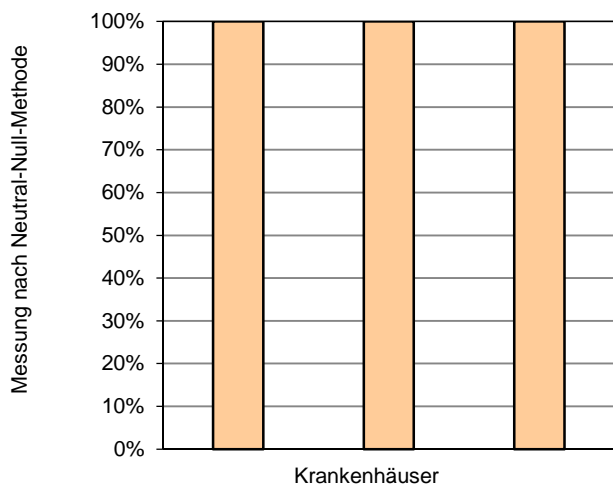
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,00	96,24	98,17	99,07	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode

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

Indikator-ID: (QI 3b): 2014/17n5-KNIE-TEP/10953

Referenzbereich: >= 80,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten von 0/0/90 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.597 / 8.158	93,12% 92,55% - 93,65% >= 80,00%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Streckdefizit erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad)			7.971 / 8.158	97,71%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Beugedefizit erreicht wurde (Beugung mindestens 90 Grad)			7.746 / 8.158	94,95%

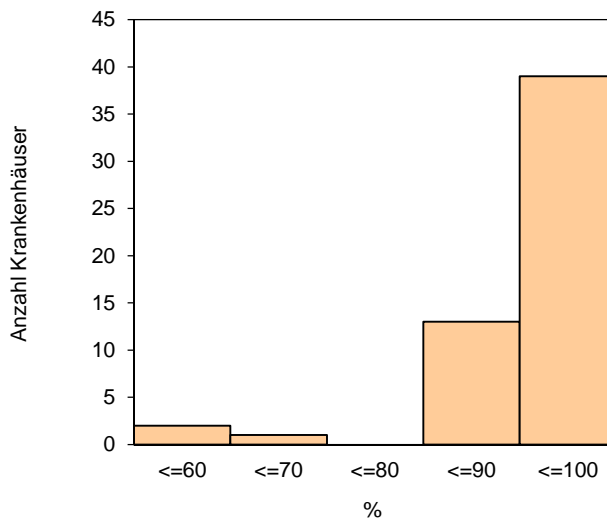
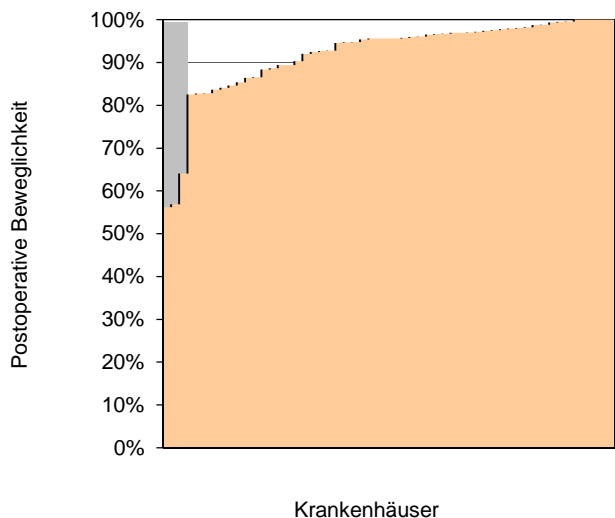
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten von 0/0/90 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			7.261 / 7.858	92,40% 91,80% - 92,97%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/10953]:

Anteil von Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten von 0/0/90 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) an allen Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

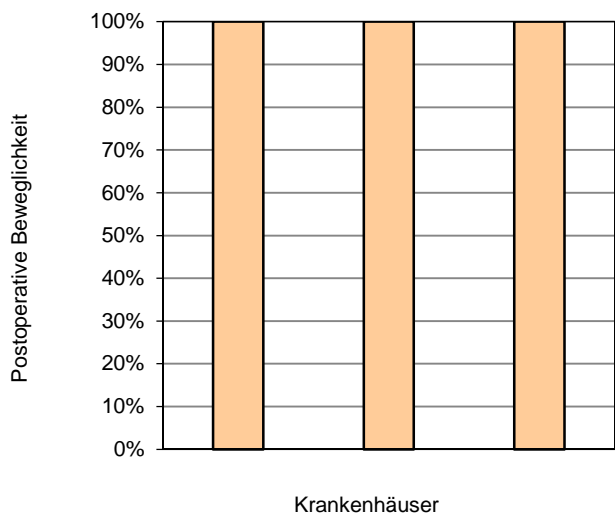
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	56,25	64,06	82,86	88,64	95,64	97,82	99,59	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde

- Gruppe 1: < 5 Tage¹
- Gruppe 2: 5 bis 10 Tage
- Gruppe 3: 11 bis 15 Tage
- Gruppe 4: > 15 Tage¹

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten von 0/0/90 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)				
	Gesamt 2014			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies des Patienten von 0/0/90 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)	11 / 13 84,62%	4.270 / 4.539 94,07%	3.039 / 3.284 92,54%	277 / 322 86,02%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
 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 (QI 4a): 2014/17n5-KNIE-TEP/2288

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			8.185 / 8.208	99,72%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			13 / 8.208	0,16%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,27%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (< 5 Tage)			2 / 17	11,76%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			5 / 4.554	0,11%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			1 / 3.303	0,03%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			5 / 334	1,50%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

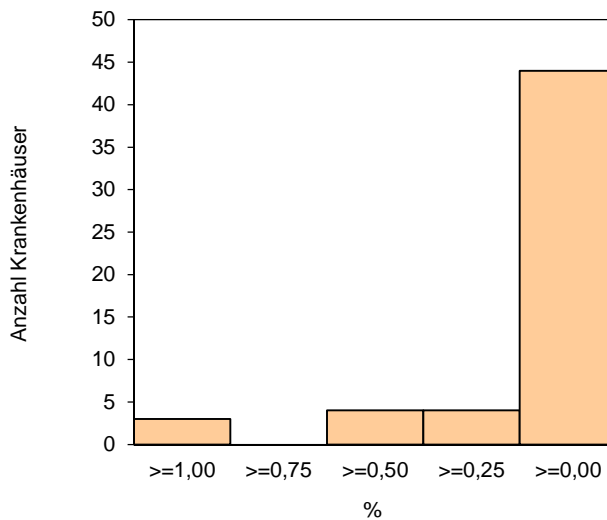
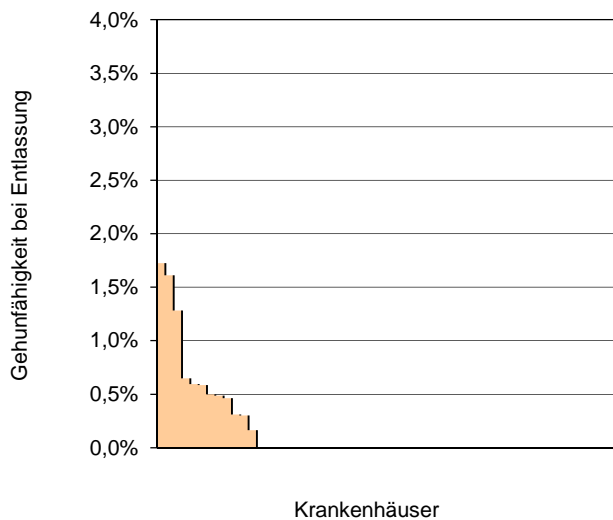
² d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			23 / 8.023	0,29% 0,19% - 0,43%

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

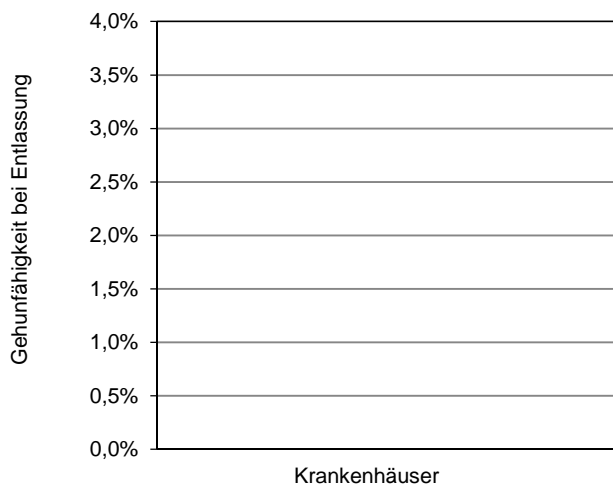
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/2288]:
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	1,28	1,72

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
Indikator-ID: (QI 4b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51004
Referenzbereich: <= 6,34 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		13 / 8.208 0,16%
vorhergesagt (E) ¹		20,46 / 8.208 0,25%
O - E		-0,09%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51004.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,64
Vertrauensbereich		0,37 - 1,09
Referenzbereich	<= 6,34	<= 6,34

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

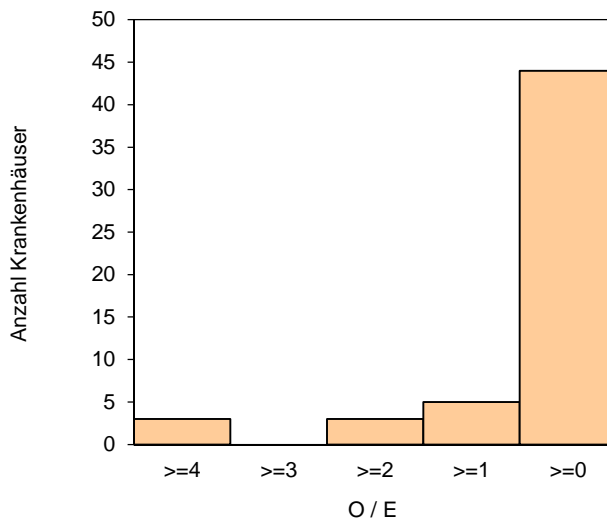
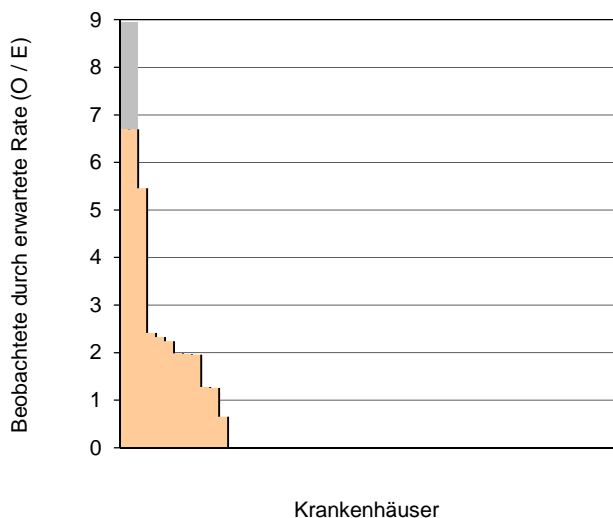
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		23 / 8.023 0,29%
vorhergesagt (E)		19,89 / 8.023 0,25%
O - E		0,04%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		0,77 - 1,73

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51004]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung bei allen Patienten, die lebend entlassen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

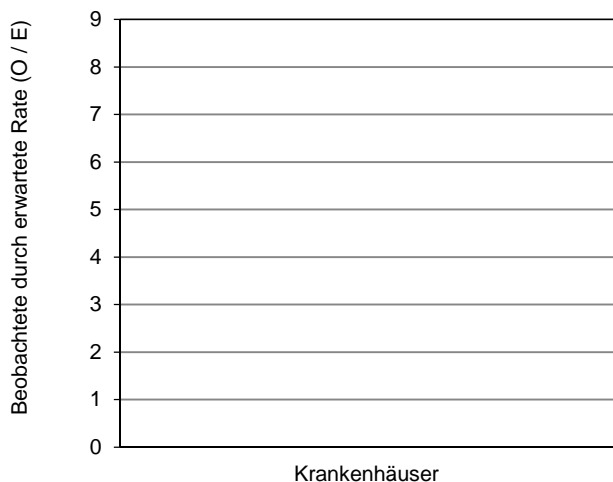
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,24	5,46	6,70

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 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 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 Operationen

Indikator-ID: (QI 5a): 2014/17n5-KNIE-TEP/2219

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			1 / 8.220	0,01%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			9 / 8.220	0,11%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			10 / 8.220	0,12%
Vertrauensbereich				0,07% - 0,22%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

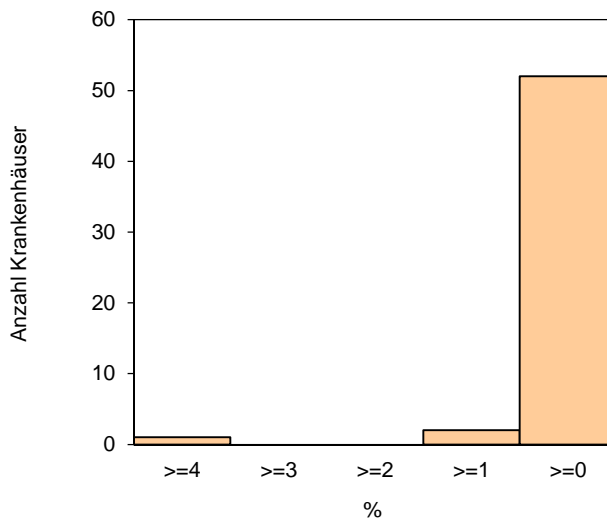
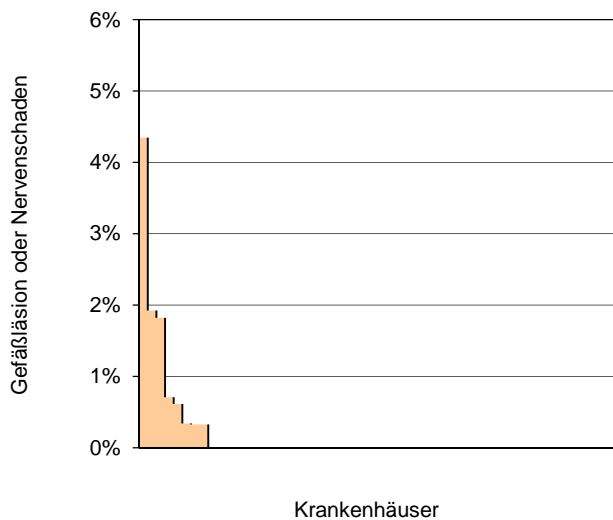
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			2 / 8.048	0,02%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			13 / 8.048	0,16%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			15 / 8.048	0,19%
Vertrauensbereich				0,11% - 0,31%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/2219]:

Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion oder ein Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

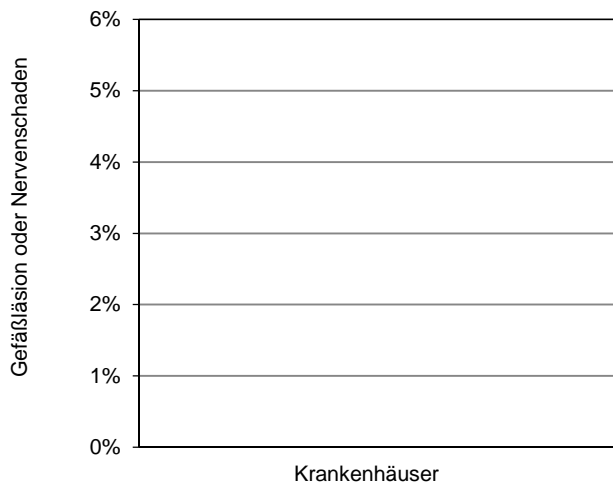
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	1,82	4,35

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 5b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51009
Referenzbereich: <= 11,68 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		10 / 8.220 0,12%
vorhergesagt (E) ¹		14,02 / 8.220 0,17%
O - E		-0,05%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51009.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,71
Vertrauensbereich		0,39 - 1,31
Referenzbereich	<= 11,68	<= 11,68

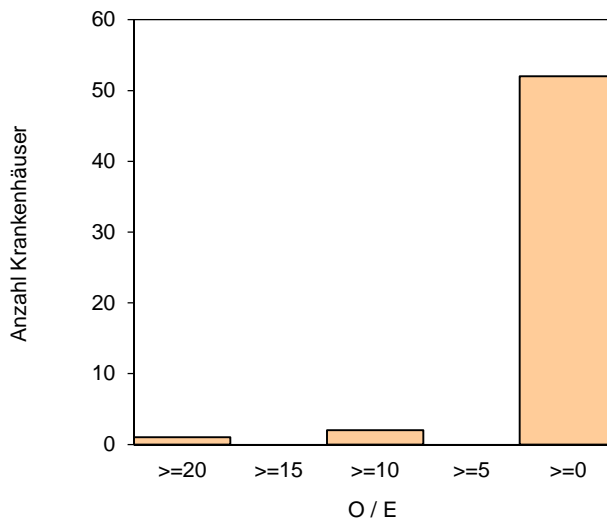
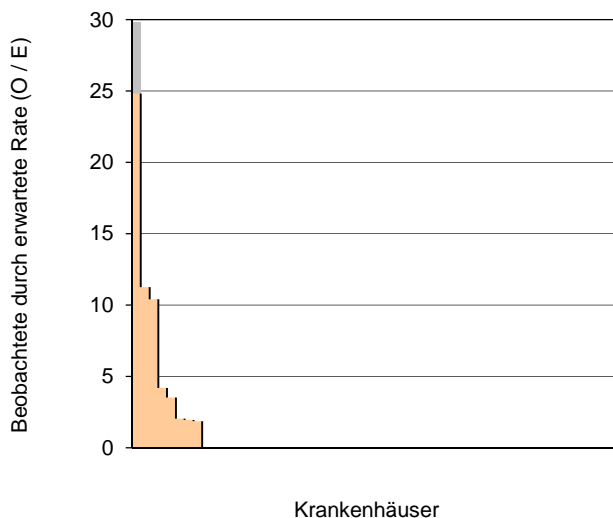
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 8.048 0,19%
vorhergesagt (E)		13,68 / 8.048 0,17%
O - E		0,02%
O / E		1,10
Vertrauensbereich		0,66 - 1,81

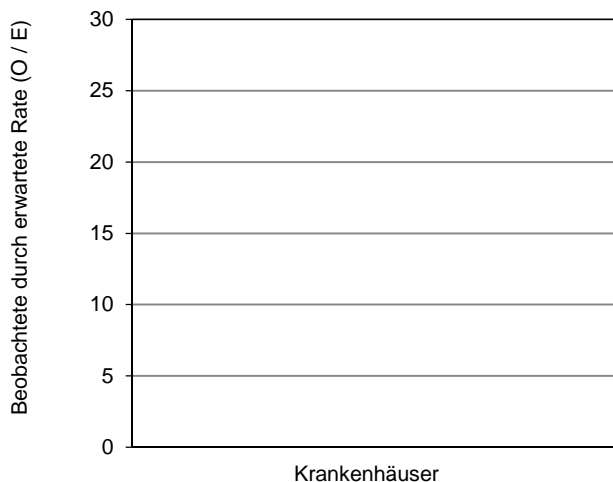
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51009]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

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	2,03	10,41	24,84

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

Qualitätsindikatorengruppe 6: Fraktur

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

Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 6a): 2014/17n5-KNIE-TEP/285

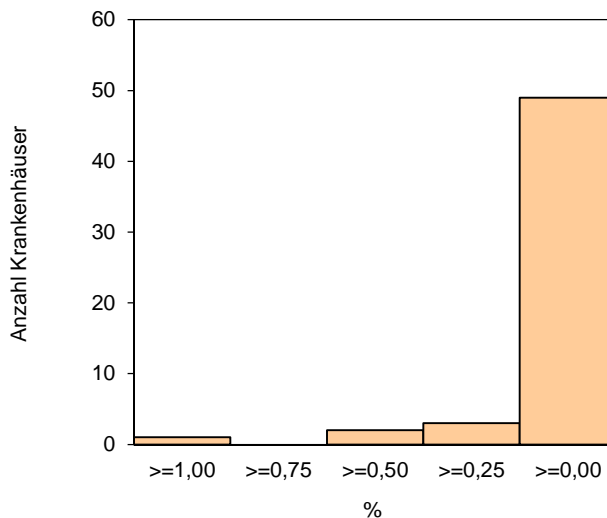
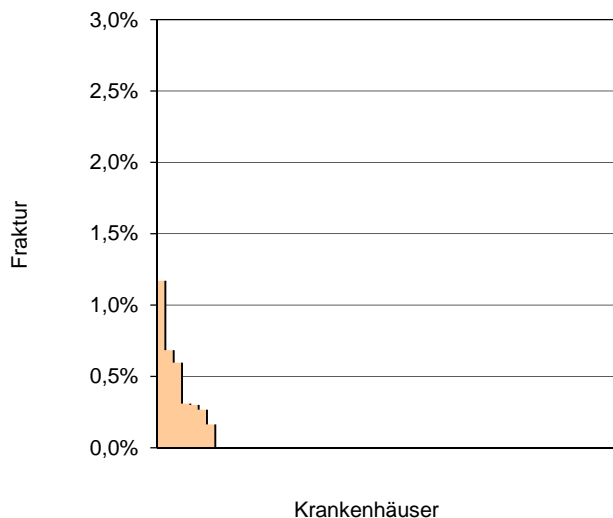
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			9 / 8.220	0,11%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,21%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			22 / 8.048	0,27%
Vertrauensbereich				0,18% - 0,41%

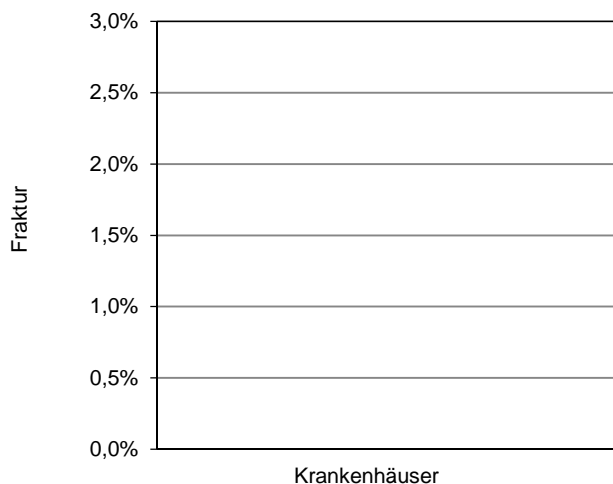
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/285]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische
 Komplikation auftrat an allen Operationen**

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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,60	1,17

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 6b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51014
Referenzbereich: <= 13,15 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		9 / 8.220 0,11%
vorhergesagt (E) ¹		12,44 / 8.220 0,15%
O - E		-0,04%

¹ Erwartete Rate an Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51014.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,72
Vertrauensbereich		0,38 - 1,37
Referenzbereich	<= 13,15	<= 13,15

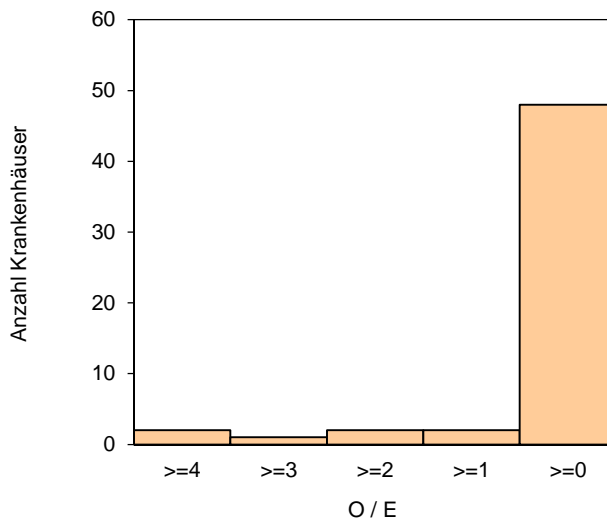
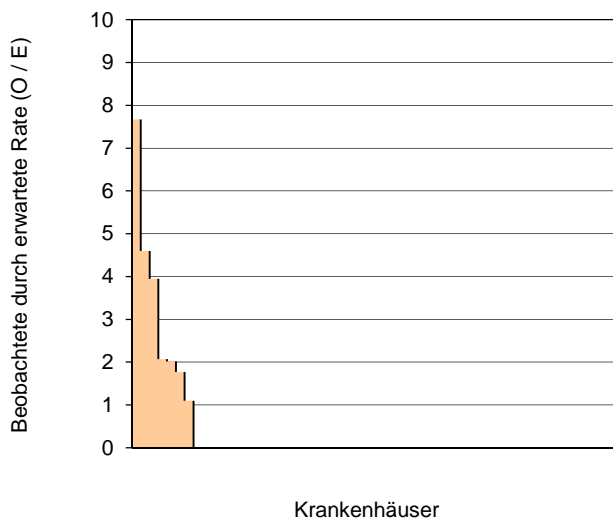
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Fraktur
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		22 / 8.048 0,27%
vorhergesagt (E)		12,12 / 8.048 0,15%
O - E		0,12%
O / E		1,82
Vertrauensbereich		1,20 - 2,75

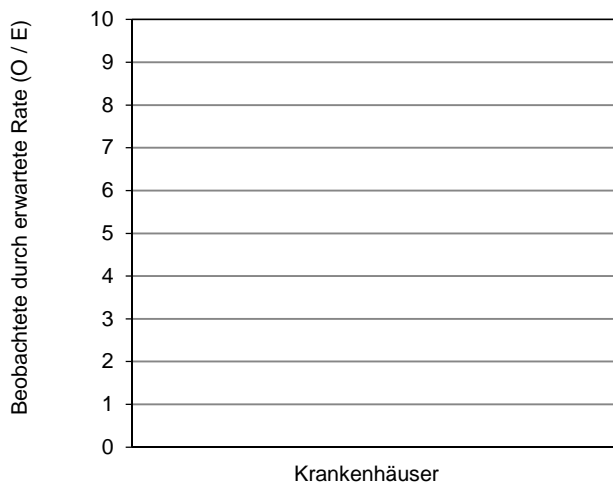
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51014]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,77	3,95	7,67

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

Qualitätsindikatorengruppe 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 7a): 2014/17n5-KNIE-TEP/286

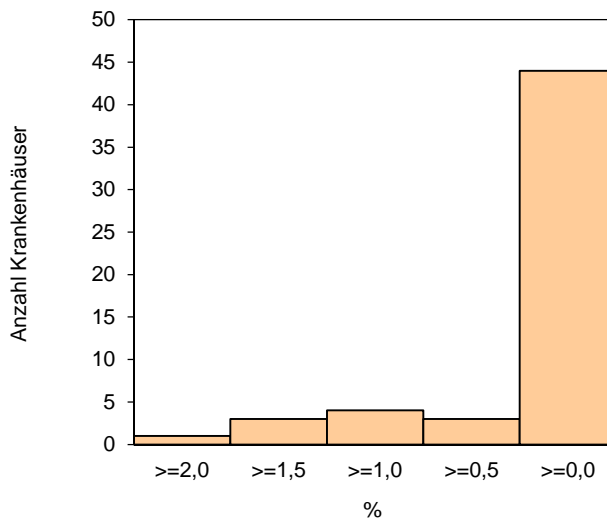
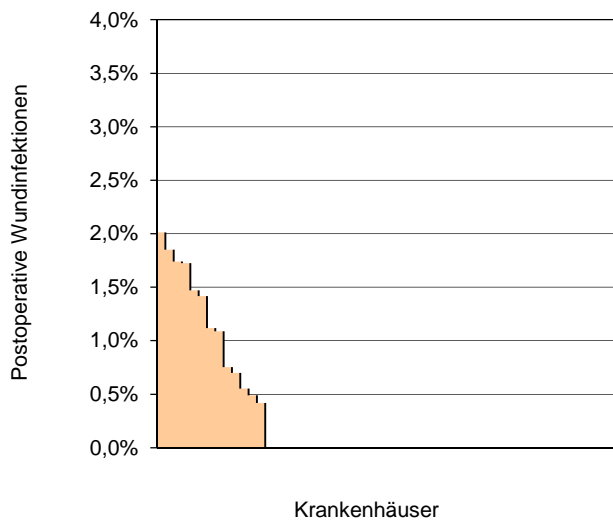
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich Referenzbereich			23 / 8.220	0,28% 0,19% - 0,42% nicht definiert
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			11 / 8.220	0,13%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			12 / 8.220	0,15%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich			24 / 8.048	0,30% 0,20% - 0,44%

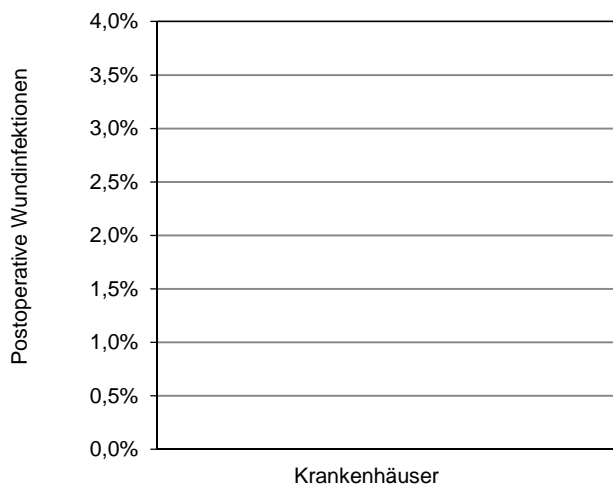
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/286]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat an allen Operationen**

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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,42	1,74	2,01

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 7b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51019
Referenzbereich: <= 6,44 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		23 / 8.220 0,28%
vorhergesagt (E) ¹		25,66 / 8.220 0,31%
O - E		-0,03%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51019.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,90
Vertrauensbereich		0,60 - 1,34
Referenzbereich	<= 6,44	<= 6,44

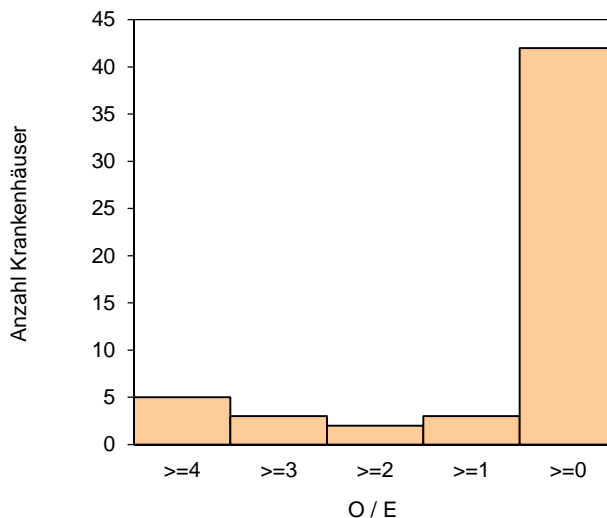
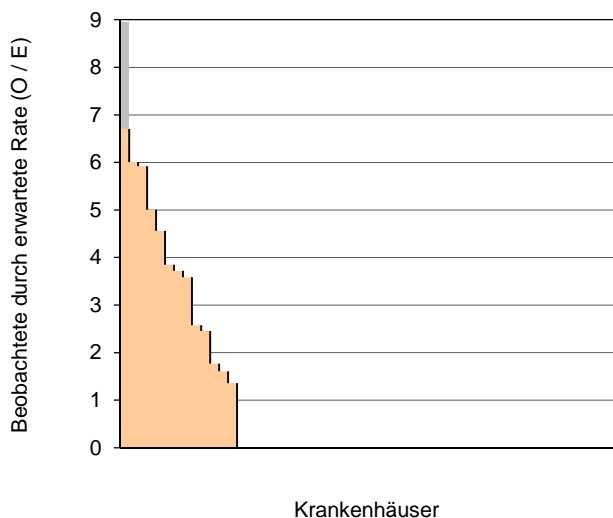
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		24 / 8.048 0,30%
vorhergesagt (E)		24,96 / 8.048 0,31%
O - E		-0,01%
O / E		0,96
Vertrauensbereich		0,65 - 1,43

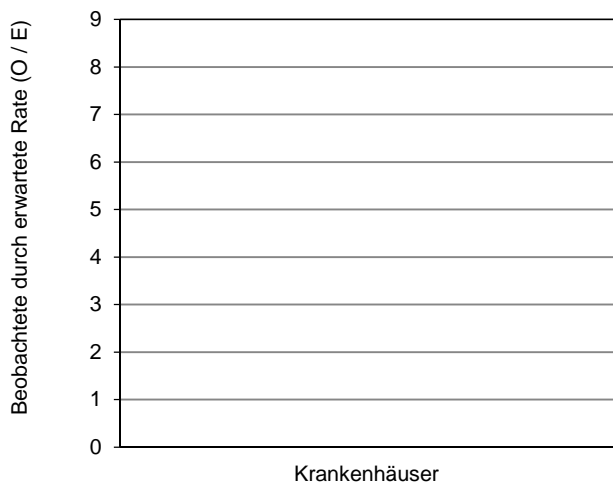
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51019]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Operationen**

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	3,85	5,92	6,70

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA \geq 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 99 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			4.272 / 8.220	51,97%
Risikoklasse 1			3.169 / 8.220	38,55%
Risikoklasse 2			773 / 8.220	9,40%
Risikoklasse 3			6 / 8.220	0,07%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			6 / 4.272	0,14%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 4.272	0,05%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 4.272	0,09%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			10 / 3.169	0,32%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			6 / 3.169	0,19%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 3.169	0,13%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			7 / 773	0,91%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			3 / 773	0,39%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 773	0,52%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			0 / 6	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 6	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			0 / 6	0,00%

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

Qualitätsindikatorengruppe 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8a): 2014/17n5-KNIE-TEP/288

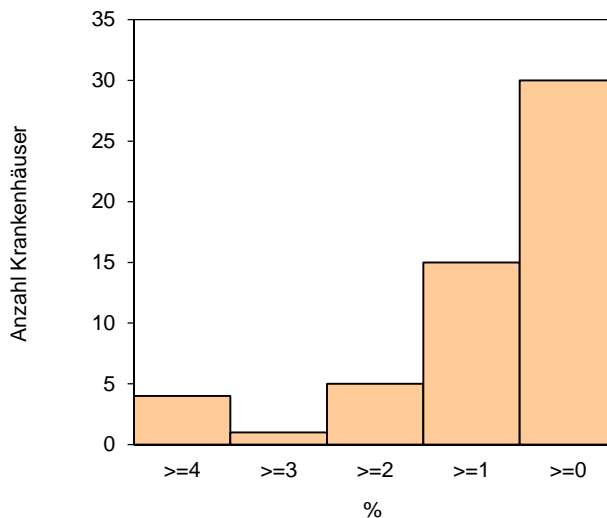
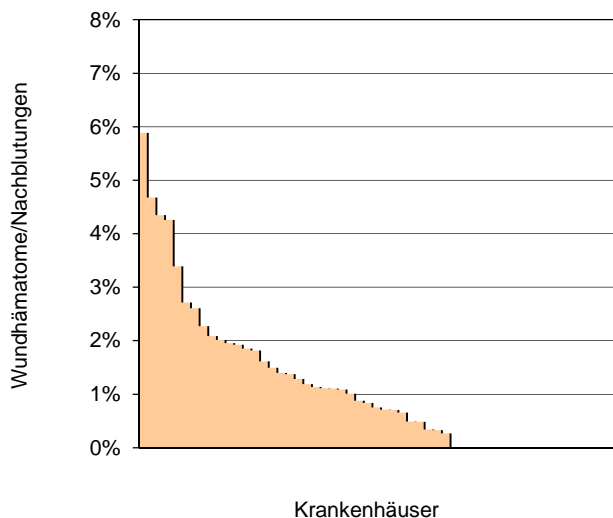
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			81 / 8.220	0,99%
Vertrauensbereich				0,79% - 1,22%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			87 / 8.048	1,08%
Vertrauensbereich				0,88% - 1,33%

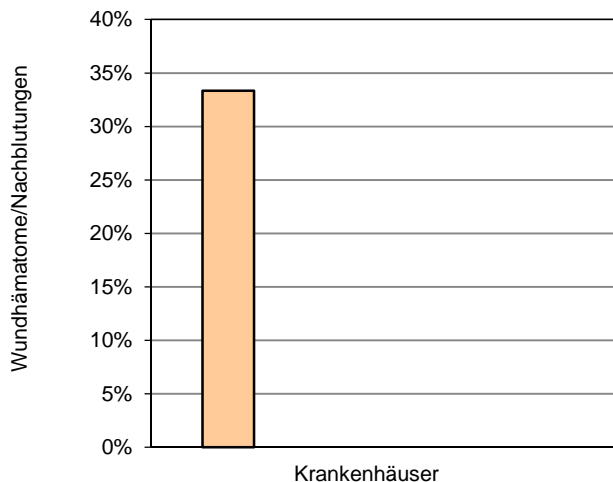
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/288]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat an allen Operationen**

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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	1,82	2,71	4,35	5,88

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				
	Gesamt 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	4 / 1.247 0,32%	57 / 6.240 0,91%	16 / 672 2,38%	4 / 61 6,56%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 8b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51024
Referenzbereich: <= 9,07 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		81 / 8.220 0,99%
vorhergesagt (E) ¹		73,62 / 8.220 0,90%
O - E		0,09%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51024.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,10
Vertrauensbereich		0,89 - 1,37
Referenzbereich	<= 9,07	<= 9,07

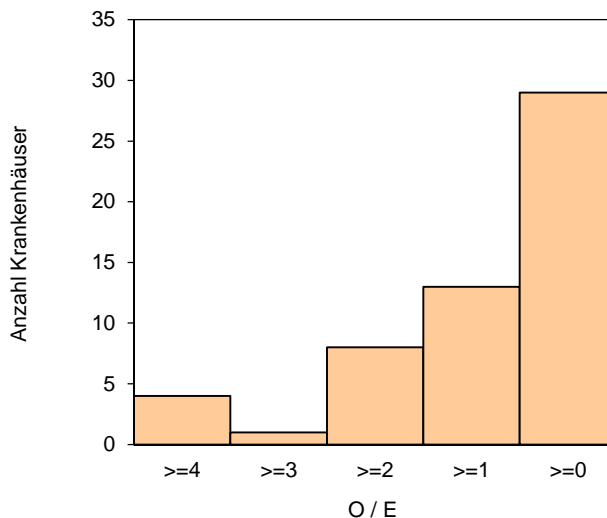
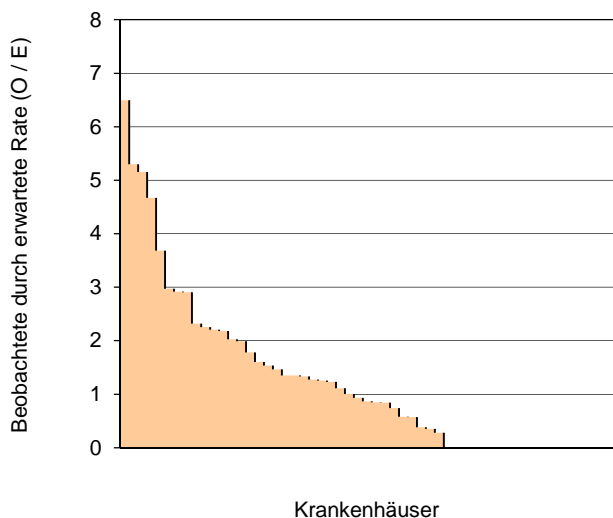
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		87 / 8.048 1,08%
vorhergesagt (E)		72,10 / 8.048 0,90%
O - E		0,19%
O / E		1,21
Vertrauensbereich		0,98 - 1,49

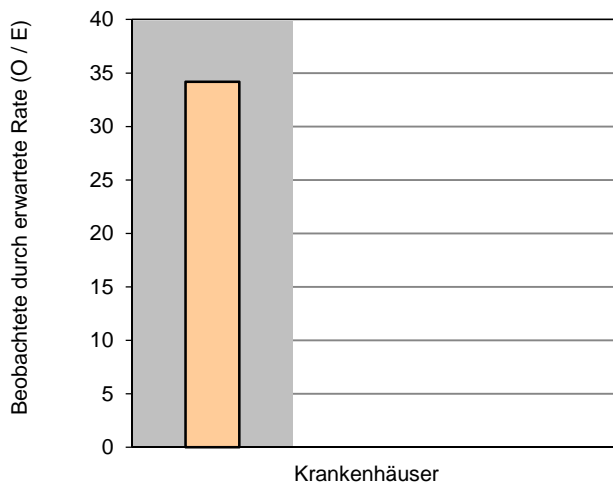
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51024]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Operationen**

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	0,87	1,99	2,97	5,16	6,49

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Krankenhäuser haben weniger als 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				34,18

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: 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 (QI 9a): 2014/17n5-KNIE-TEP/289

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		
	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 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
	Patienten mit Pneumonie	10 / 8.217 0,12%	6 / 5.640 0,11%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	47 / 8.217 0,57%	19 / 5.640 0,34%	28 / 2.576 1,09%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	48 / 8.217 0,58%	28 / 5.640 0,50%	20 / 2.576 0,78%
Patienten mit Lungenembolie	20 / 8.217 0,24%	12 / 5.640 0,21%	8 / 2.576 0,31%
Patienten mit sonstiger Komplikation	160 / 8.217 1,95%	103 / 5.640 1,83%	57 / 2.576 2,21%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	111 / 8.217 1,35%	60 / 5.640 1,06%	51 / 2.576 1,98%
Vertrauensbereich	1,12% - 1,62%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ¹ Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 ¹ Patienten mit ASA 3 - 4
	Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)		
Vertrauensbereich			

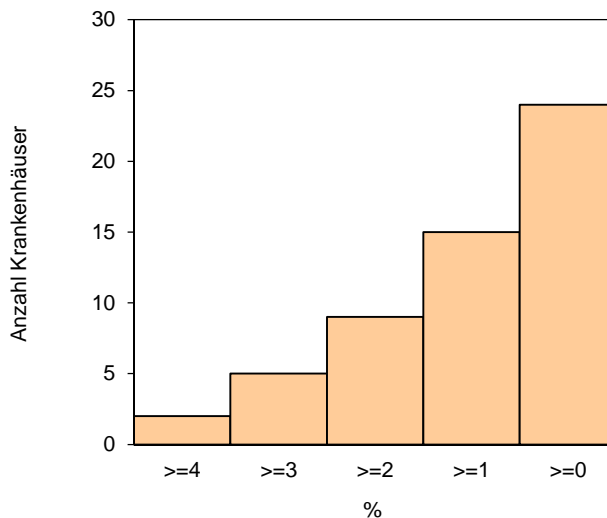
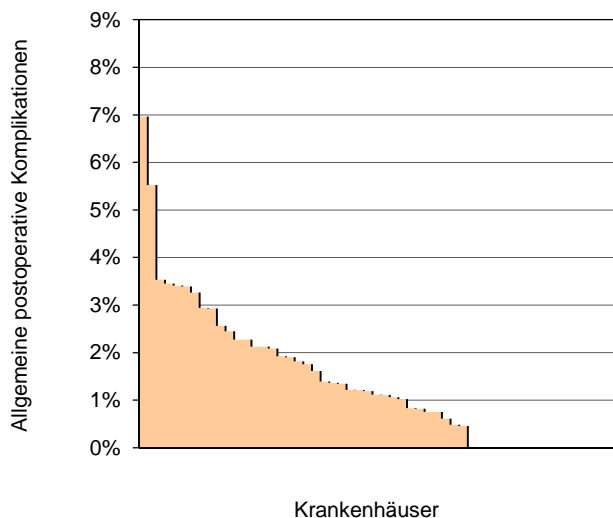
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
	Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	129 / 8.026 1,61%	69 / 5.447 1,27%
Vertrauensbereich	1,35% - 1,91%		

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2014/17n5-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:

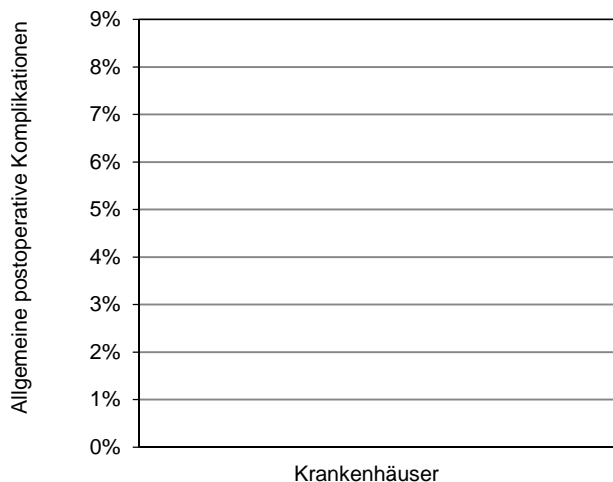
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	2,13	3,39	3,53	6,97

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: (QI 9b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51029

Referenzbereich: <= 3,69 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		111 / 8.217 1,35%
vorhergesagt (E) ¹		104,16 / 8.217 1,27%
O - E		0,08%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51029.

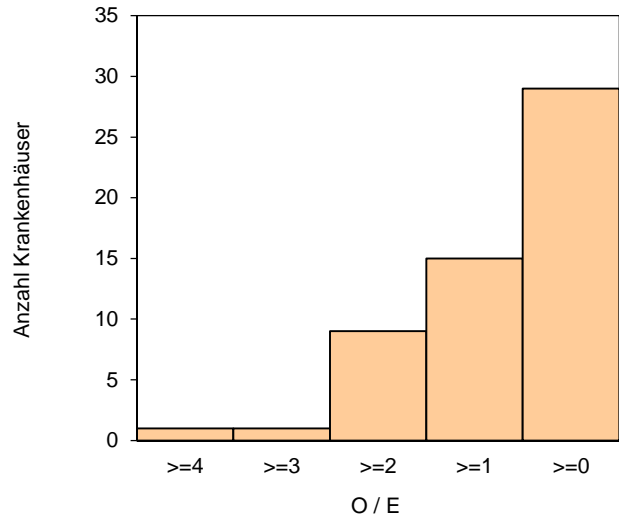
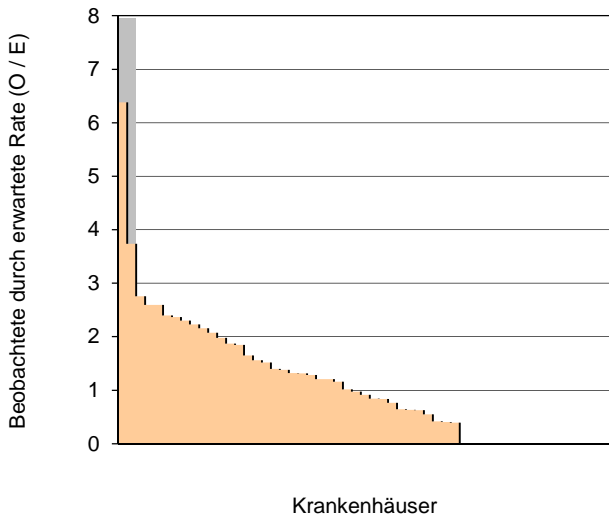
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,07
Vertrauensbereich		0,89 - 1,28
Referenzbereich	<= 3,69	<= 3,69

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		129 / 8.026 1,61%
vorhergesagt (E)		101,30 / 8.026 1,26%
O - E		0,35%
O / E		1,27
Vertrauensbereich		1,07 - 1,51

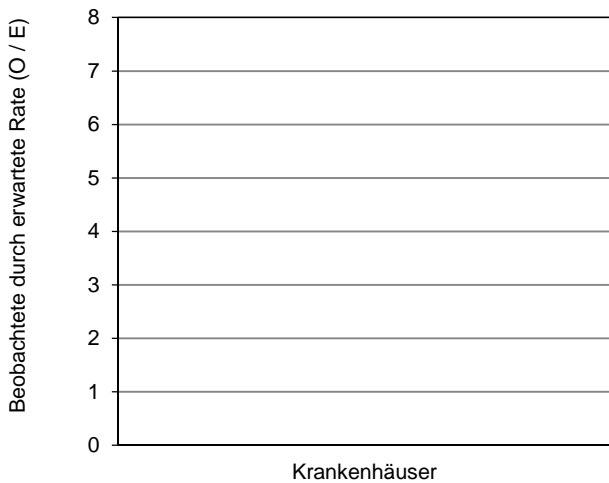
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51029]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	1,85	2,40	2,76	6,38

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

Qualitätsindikatorengruppe 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 10a): 2014/17n5-KNIE-TEP/290

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			116 / 8.220	1,41%
Vertrauensbereich				1,18% - 1,69%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

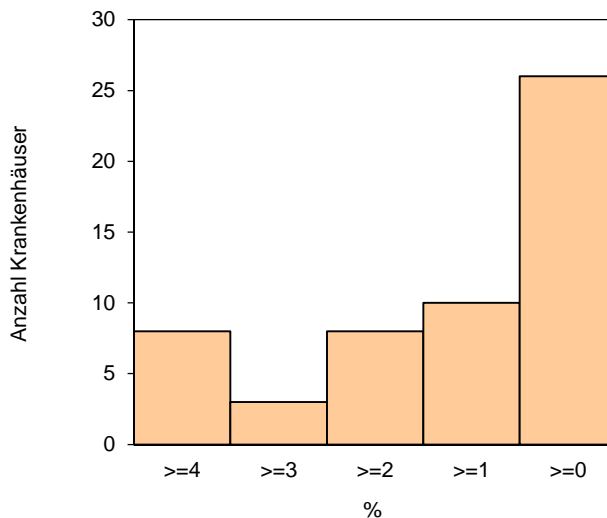
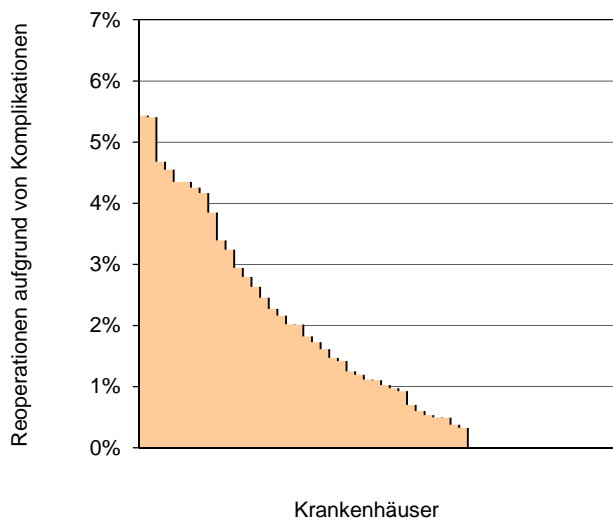
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			107 / 8.048	1,33%
Vertrauensbereich				1,10% - 1,60%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/290]:

Anteil von Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

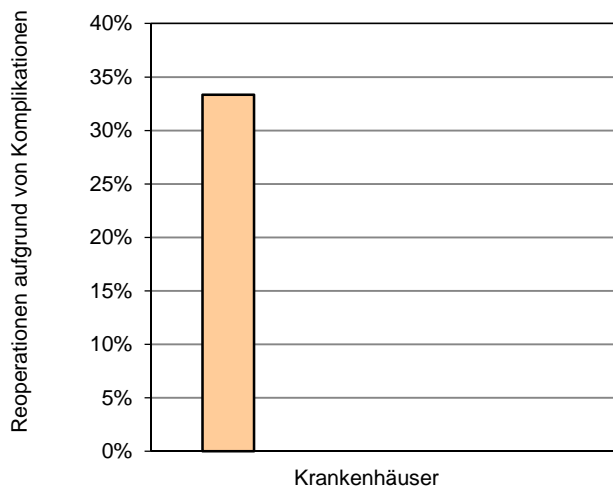
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	2,63	4,35	4,68	5,43

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 10b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51034
Referenzbereich: <= 4,79 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		116 / 8.220 1,41%
vorhergesagt (E) ¹		103,78 / 8.220 1,26%
O - E		0,15%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51034.

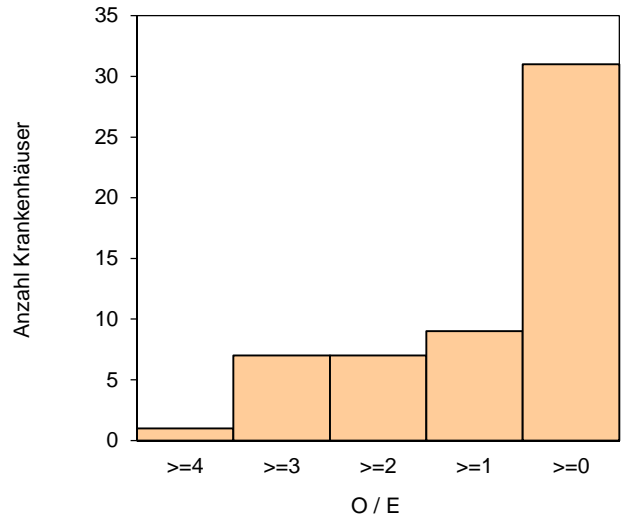
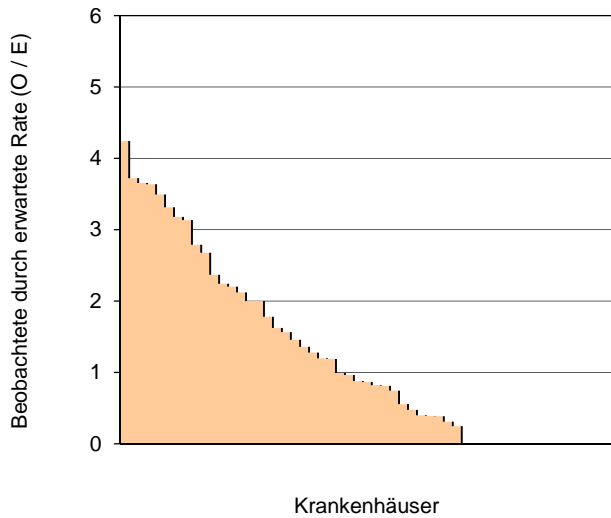
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,12
Vertrauensbereich		0,93 - 1,34
Referenzbereich	<= 4,79	<= 4,79

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		107 / 8.048 1,33%
vorhergesagt (E)		101,50 / 8.048 1,26%
O - E		0,07%
O / E		1,05
Vertrauensbereich		0,87 - 1,27

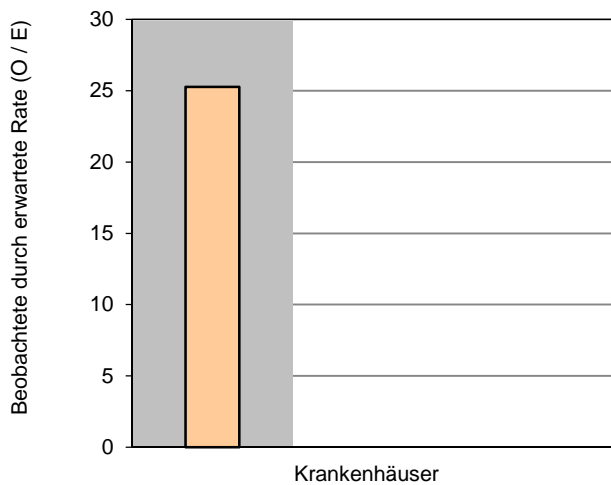
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51034]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen
 Operationen**

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	0,86	2,12	3,32	3,66	4,24

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Krankenhäuser haben weniger als 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				25,28

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 11a): 2014/17n5-KNIE-TEP/472

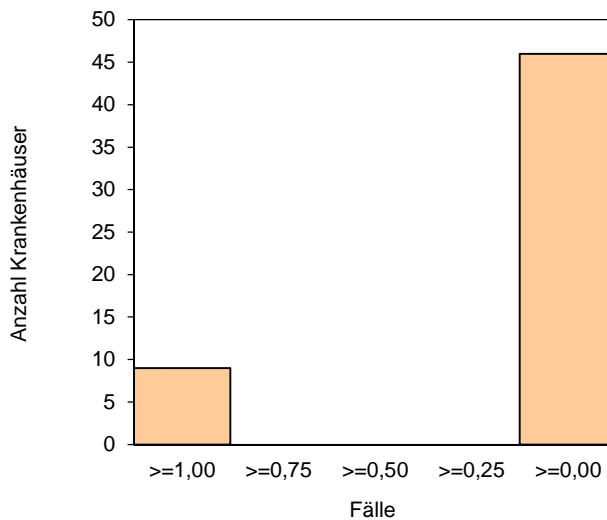
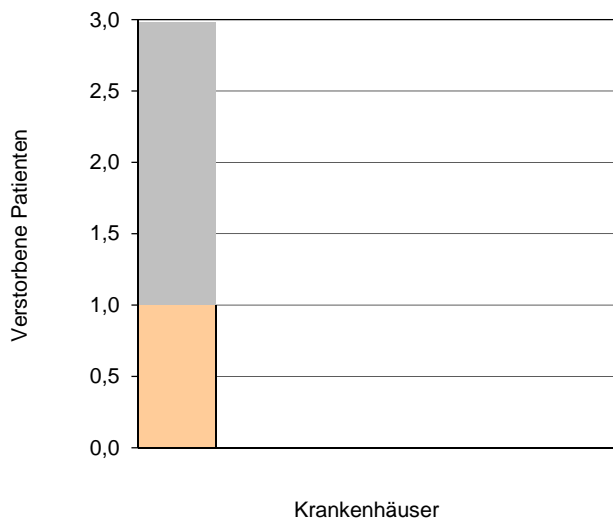
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		9,00 Fälle Sentinel Event	9 / 8.217	9,00 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten		3,00 Fälle	3 / 8.026	3,00 Fälle

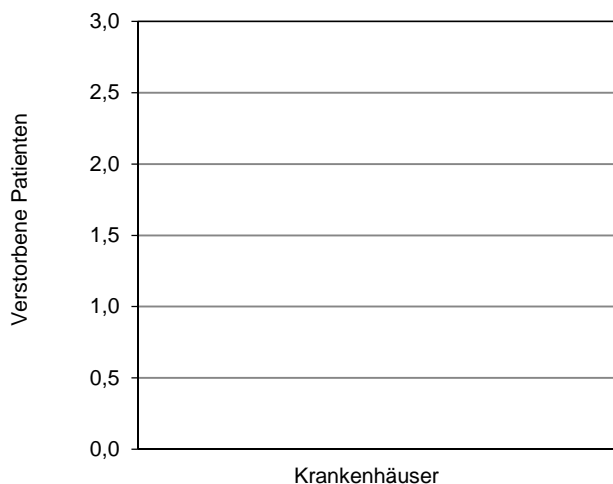
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/472]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2014			
	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 2014			
	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	4 / 5.640 0,07%	5 / 2.549 0,20%	0 / 27 0,00%	0 / 1 0,00%

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 11b): 2014/17n5-KNIE-TEP/51039

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		9 / 8.217 0,11%
vorhergesagt (E) ¹		8,23 / 8.217 0,10%
O - E		0,01%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-TEP-Score für QI-ID 51039.

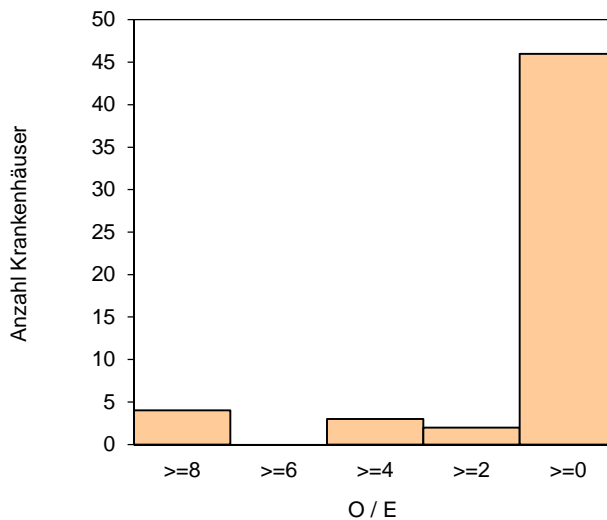
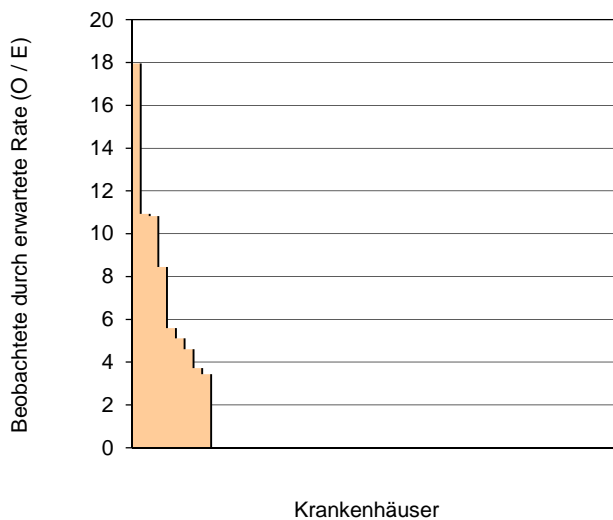
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,09
Vertrauensbereich		0,58 - 2,08
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		3 / 8.026 0,04%
vorhergesagt (E)		7,71 / 8.026 0,10%
O - E		-0,06%
O / E		0,39
Vertrauensbereich		0,13 - 1,14

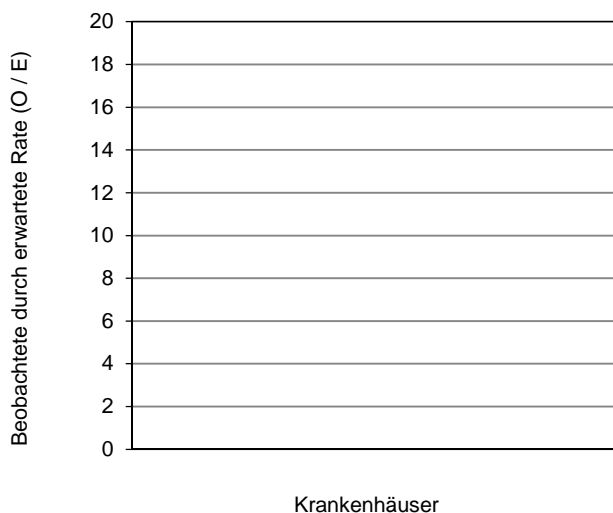
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/51039]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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	5,11	10,82	17,96

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

Auffälligkeitskriterium 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

Indikator-ID: 2014/17n5-KNIE-TEP/813130

Referenzbereich: < 100,00%

ID-Bezugsindikator(en): 51009, 51014, 51019, 51024, 51029

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			252 / 422	59,72%
		< 100,00%	54,97% - 64,29%	< 100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			271 / 462	58,66%
			54,11% - 63,06%	

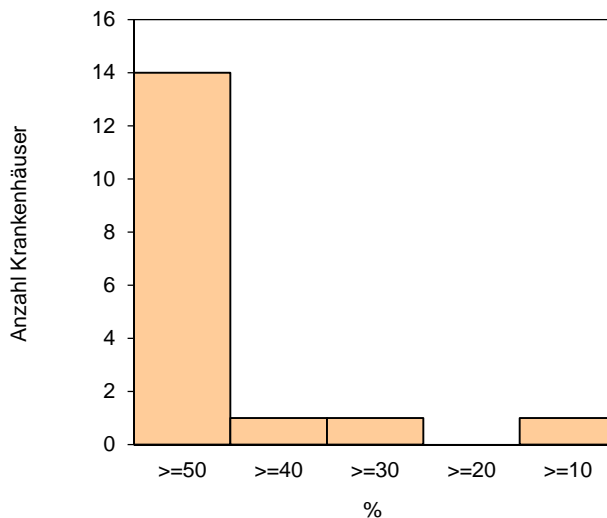
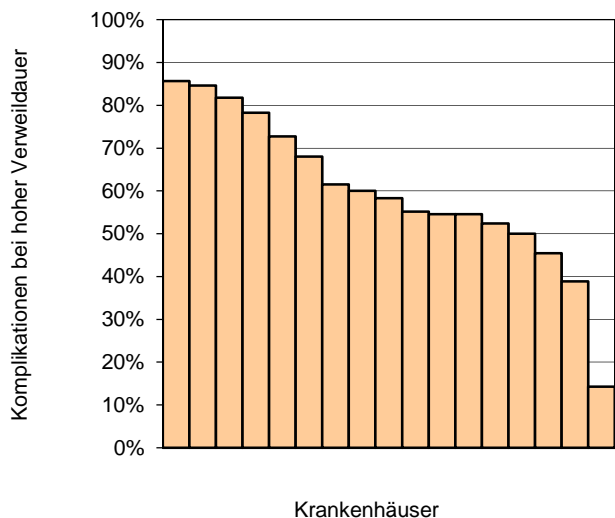
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4a, Indikator-ID 2014/17n5-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) (nach der ersten Operation)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

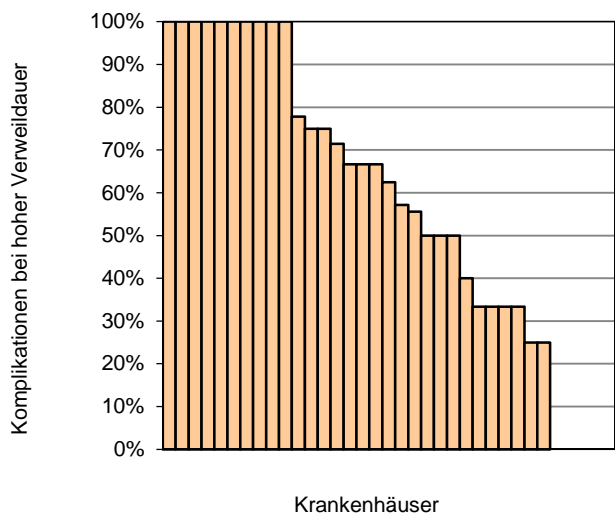
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	14,29		38,89	52,38	58,33	72,73	84,62		85,71

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
	0,00	0,00	0,00	33,33	62,50	100,00	100,00	100,00	100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 7: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2014/17n5-KNIE-TEP/813128
Referenzbereich: <= 0,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en): 51004, 51019, 51024, 51029, 51034, 51039

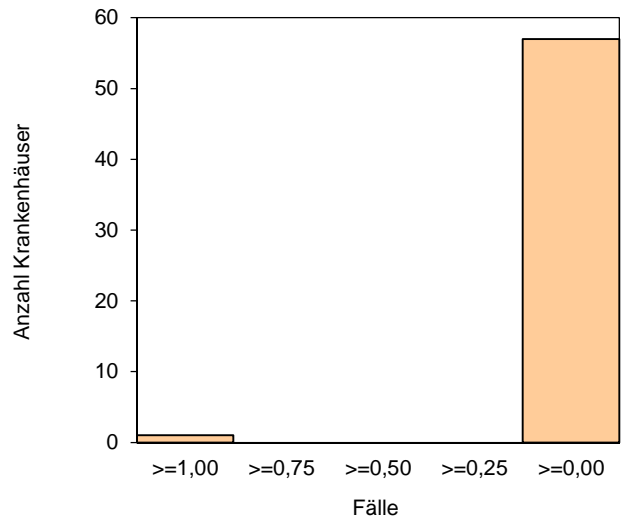
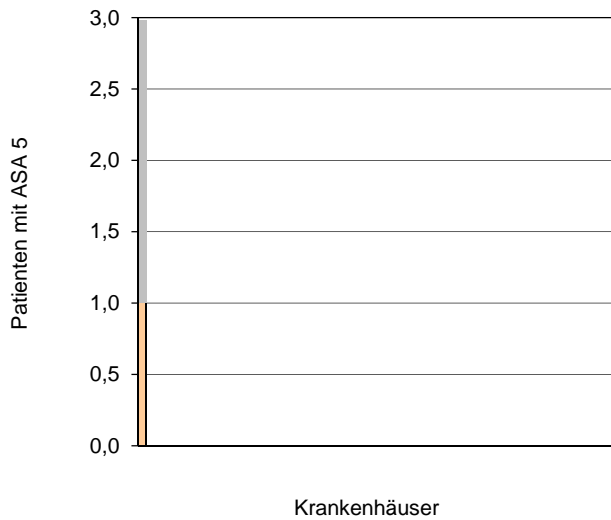
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		1 / 8.217 <= 0,00 Fälle	1 / 8.217	1,00 Fälle <= 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5		1 / 8.026	1 / 8.026	1,00 Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK7, Indikator-ID 2014/17n5-KNIE-TEP/813128]:
 Anzahl Patienten mit ASA 5 an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

58 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

Jahresauswertung 2014 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 58
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.217
Datensatzversion: 17/5 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15161-L96195-P46045

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.504	30,47	2.365	29,47
2. Quartal			1.882	22,90	2.051	25,55
3. Quartal			1.872	22,78	1.782	22,20
4. Quartal			1.959	23,84	1.828	22,78
Gesamt			8.217		8.026	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.217		8.026	
Median				11,00		11,00
Mittelwert				11,81		12,10
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.220		8.048	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,24		1,44
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.220		8.048	
Median				10,00		10,00
Mittelwert				10,57		10,66

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M17.1	7.291	88,73	M17.1	7.010	87,34
2				I10.00	3.653	44,46	I10.00	3.483	43,40
3				D62	1.862	22,66	D62	1.831	22,81
4				E11.90	1.365	16,61	E11.90	1.238	15,42
5				Z96.6	1.180	14,36	Z96.6	1.127	14,04
6				I10.90	1.023	12,45	I10.90	946	11,79
7				E79.0	653	7,95	E79.0	575	7,16
8				E78.5	564	6,86	E78.5	535	6,67

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 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 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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 (teilyementiert)
3	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
4	5-988	Anwendung eines Navigationssystems
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie

OPS 2014

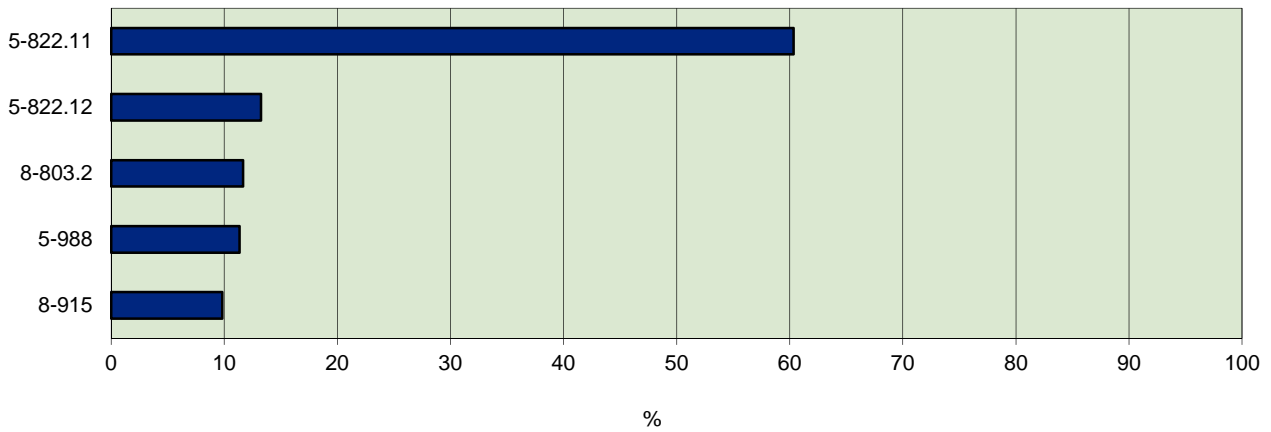
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-822.11	4.961	60,35	5-822.11	4.714	58,57
2				5-822.12	1.090	13,26	5-822.12	1.133	14,08
3				8-803.2	959	11,67	5-988	940	11,68
4				5-988	933	11,35	8-803.2	876	10,88
5				8-915	808	9,83	8-915	706	8,77

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

OPS 2014 (Gesamt 2014)



Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
5-983 Reoperation			2 / 8.220	0,02	4 / 8.048	0,05
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 8.220	0,00	0 / 8.048	0,00
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.220	0,00	0 / 8.048	0,00
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			933 / 8.220	11,35	940 / 8.048	11,68

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.217 / 8.217		8.026 / 8.026	
< 50 Jahre			119 / 8.217	1,45	134 / 8.026	1,67
50 - 59 Jahre			1.045 / 8.217	12,72	1.059 / 8.026	13,19
60 - 69 Jahre			2.335 / 8.217	28,42	2.294 / 8.026	28,58
70 - 79 Jahre			3.709 / 8.217	45,14	3.580 / 8.026	44,61
80 - 89 Jahre			992 / 8.217	12,07	940 / 8.026	11,71
>= 90 Jahre			17 / 8.217	0,21	19 / 8.026	0,24
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.217		8.026	
Median				71,00		71,00
Mittelwert				69,81		69,66
Geschlecht						
männlich			3.030	36,87	3.022	37,65
weiblich			5.187	63,13	5.004	62,35
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Betroffenes Kniegelenk						
rechts			4.307	52,40	4.230	52,56
links			3.913	47,60	3.818	47,44

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Schmerzen						
Ruheschmerz			6.126	74,53	5.894	73,24
Belastungsschmerz			2.066	25,13	2.136	26,54
keine Schmerzen			28	0,34	18	0,22
Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenksnah			1.990	24,21	1.877	23,32

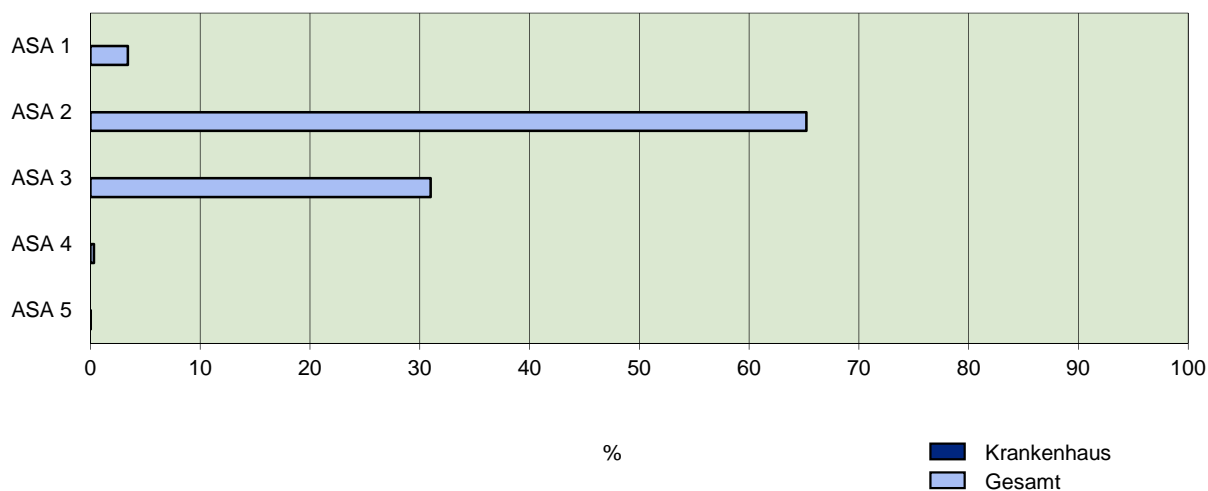
Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Osteophyten						
keine oder beginnend			270	3,28	299	3,72
Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			7.950	96,72	7.749	96,28
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			52	0,63	68	0,84
häufig verschmälert			2.185	26,58	2.082	25,87
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			5.983	72,79	5.898	73,29
Sklerose						
keine Sklerose			36	0,44	32	0,40
mäßig subchondrale Sklerose			1.255	15,27	1.169	14,53
ausgeprägte subchondrale Sklerose			4.899	59,60	4.645	57,72
Sklerose mit Zysten an Femur, Tibia, Patella			2.030	24,70	2.202	27,36
Deformierung						
keine Deformierung			276	3,36	268	3,33
Entrundung der Femurkondylen			4.706	57,25	4.678	58,13
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			3.238	39,39	3.102	38,54

Befunde

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			282	3,43	328	4,08
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.361	65,22	5.138	63,84
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.549	31,01	2.557	31,77
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	0,33	24	0,30
5: moribunder Patient			1	0,01	1	0,01

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.169	99,38	7.996	99,35
bedingt aseptische Eingriffe			39	0,47	36	0,45
kontaminierte Eingriffe			5	0,06	3	0,04
septische Eingriffe			7	0,09	13	0,16

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

		Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen				8.220		8.048	
Röntgenologische Kriterien		Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹					
Gruppe 1	0 Punkte			6 / 8.220	0,07	9 / 8.048	0,11
Gruppe 2	1 - 2 Punkte			58 / 8.220	0,71	45 / 8.048	0,56
Gruppe 3	3 - 4 Punkte			752 / 8.220	9,15	773 / 8.048	9,60
Gruppe 4	5 - 6 Punkte			4.138 / 8.220	50,34	3.848 / 8.048	47,81
Gruppe 5	7 - 8 Punkte			3.266 / 8.220	39,73	3.373 / 8.048	41,91
Gruppe 6	4 - 8 Punkte			8.022 / 8.220	97,59	7.834 / 8.048	97,34

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= häufig 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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.220		8.048	
Median				84,00		84,00
Mittelwert				87,15		87,82
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			20	0,24	19	0,24
mit Prophylaxe			8.200	99,76	8.029	99,76
davon						
single shot			7.105 / 8.200	86,65	6.892 / 8.029	85,84
Zweitgabe			736 / 8.200	8,98	726 / 8.029	9,04
öfter			359 / 8.200	4,38	411 / 8.029	5,12

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			8.168	99,37	7.997	99,37
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			218	2,65	194	2,41
Implantatfehl- lage						
Femur-Komponente			0	0,00	2	1,03
Tibia-Komponente			1	0,46	1	0,52
Implantatdislokation			3	1,38	1	0,52
Patellafehlstellung			3	1,38	3	1,55
Wundhämatom/ Nachblutung			81	37,16	87	44,85
Gefäßläsion			1	0,46	2	1,03
Nervenschaden			9	4,13	13	6,70
Fraktur			9	4,13	22	11,34
Sonstige			117	53,67	76	39,18
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			23	0,28	24	0,30
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			11 / 23	47,83	15 / 24	62,50
A2 (tiefe Infektion)			9 / 23	39,13	9 / 24	37,50
A3 (Räume/Organe)			3 / 23	13,04	0 / 24	0,00
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			116	50,66	107	50,23

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>			252	3,07	324	4,04
Pneumonie			10	3,97	17	5,25
kardiovaskuläre Komplikation(en)			47	18,65	54	16,67
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			48	19,05	51	15,74
Lungenembolie			20	7,94	13	4,01
Sonstige			160	63,49	202	62,35

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.220		8.048	
Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			8.158	99,25	7.858	97,64
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.158	100,00	7.858	100,00
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,02		0,07
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,14		0,14
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				90,51		90,53

Entlassung I (Fortsetzung)

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			8.185	99,72	7.989	99,58
Nein			23	0,28	34	0,42
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			13	56,52	23	67,65
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			8.178	99,63	7.985	99,53
Nein			30	0,37	38	0,47
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			18	60,00	21	55,26

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
01: regulär beendet			3.962	48,22	3.728	46,45
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			126	1,53	118	1,47
03: aus sonstigen Gründen			9	0,11	12	0,15
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,04	6	0,07
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			44	0,54	63	0,78
07: Tod			9	0,11	3	0,04
08: Verlegung nach §14			5	0,06	3	0,04
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.036	49,12	4.072	50,74
10: in Pflegeeinrichtung			15	0,18	16	0,20
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	1	0,01
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,01	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			7	0,09	4	0,05
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung III

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.217		8.026	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.614	19,64	1.624	20,23
Dienstag			1.240	15,09	1.261	15,71
Mittwoch			1.265	15,39	1.184	14,75
Donnerstag			1.254	15,26	1.188	14,80
Freitag			1.475	17,95	1.495	18,63
Samstag			893	10,87	813	10,13
Sonntag			476	5,79	461	5,74

Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation Risikoadjustierung mit dem logistischen KNIETEP-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.

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 einen 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 2014 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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

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: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 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.

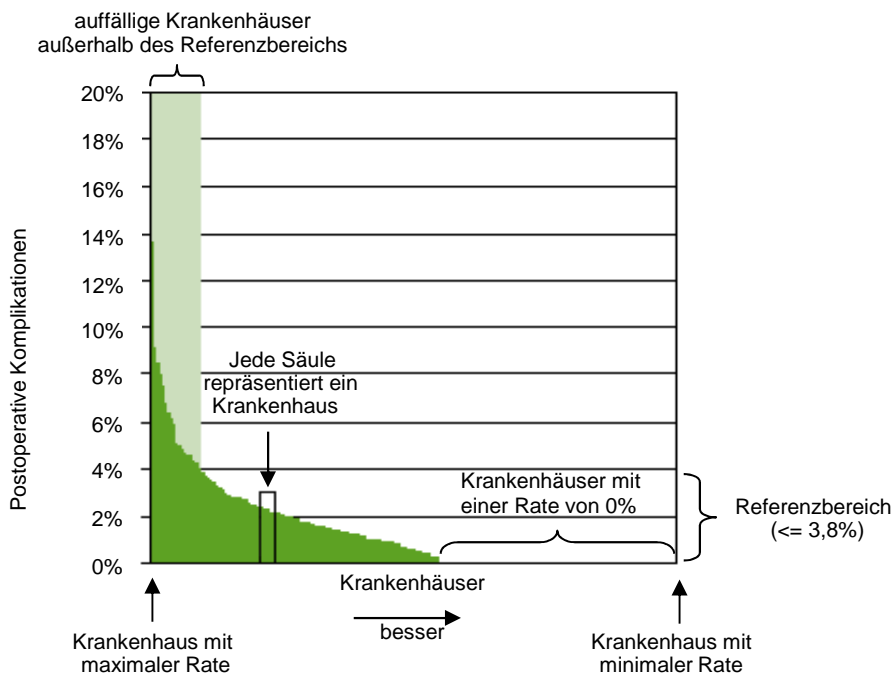
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

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

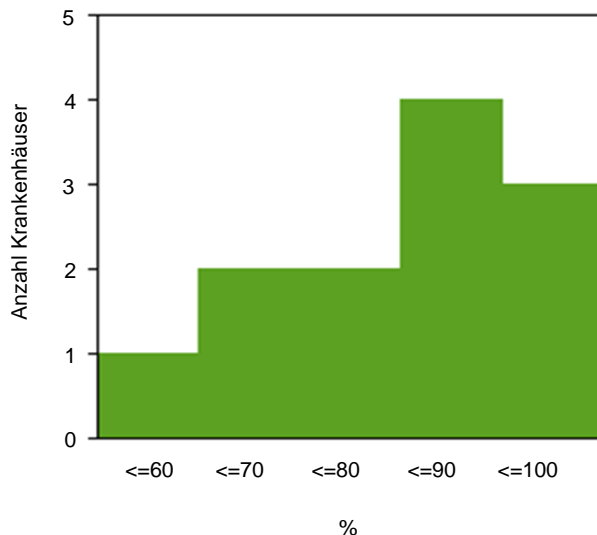
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

- Welcher Wert 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. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

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 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / 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 Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse 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.