

Jahresauswertung 2014
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 51
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.121
Datensatzversion: 17/7 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15162-L96202-P46055

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-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 51
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.121
Datensatzversion: 17/7 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15162-L96202-P46055

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
2014/17n7-KNIE-WECH/295 QI 1: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien			92,07%	>= 86,00%	innerhalb	91,77%	9
2014/17n7-KNIE-WECH/292 QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,56%	>= 95,00%	innerhalb	99,66%	11
QI 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
3a: 2014/17n7-KNIE-WECH/2291 bei allen Patienten			0,63%	nicht definiert	-	0,87%	14
3b: 2014/17n7-KNIE-WECH/51044 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,79	<= 5,80	innerhalb	1,32	16
2014/17n7-KNIE-WECH/2220 QI 4: Gefäßläsion/Nervenschaden			0,26%	<= 2,00%	innerhalb	0,43%	18

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 5: Fraktur							
5a: 2014/17n7-KNIE-WECH/300 bei allen Operationen			0,44%	nicht definiert	-	0,34%	20
5b: 2014/17n7-KNIE-WECH/51049 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,92	<= 8,61	innerhalb	0,73	22
2014/17n7-KNIE-WECH/51874							
QI 6: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen			2,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	7,00 Fälle	24
QI 7: Wundhämatome/Nachblutungen							
7a: 2014/17n7-KNIE-WECH/473 bei allen Operationen			2,47%	nicht definiert	-	2,83%	32
7b: 2014/17n7-KNIE-WECH/51054 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,11	<= 6,88	innerhalb	1,26	35

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 8: Allgemeine postoperative Komplikationen							
8a: 2014/17n7-KNIE-WECH/474 bei allen Patienten			1,69%	nicht definiert	-	2,43%	37
8b: 2014/17n7-KNIE-WECH/51059 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,86	<= 4,17	innerhalb	1,29	40
QI 9: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
9a: 2014/17n7-KNIE-WECH/475 bei allen Operationen			4,41%	nicht definiert	-	4,03%	42
9b: 2014/17n7-KNIE-WECH/51064 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,05	<= 3,19	innerhalb	1,05	44

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: Sterblichkeit im Krankenhaus							
10a: 2014/17n7-KNIE-WECH/476 bei allen Patienten			3,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	7,00 Fälle	46
10b: 2014/17n7-KNIE-WECH/51069 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,55	nicht definiert	-	1,32	49

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
2014/17n7-KNIE-WECH/850326 AK 1: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen			2,42%	<= 11,50%	innerhalb	3,07%	51
2014/17n7-KNIE-WECH/850327 AK 2: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			55,17%	< 100,00%	innerhalb	63,85%	53
2014/17n7-KNIE-WECH/850328 AK 3: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen			62,22%	< 75,00%	innerhalb	64,71%	55
2014/17n7-KNIE-WECH/850329 AK 4: Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	<= 0,00 Fälle	innerhalb	1,00 Fälle	57
2014/17n7-KNIE-WECH/850330 AK 5: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen			1,43%	<= 6,83%	innerhalb	2,52%	59

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

Qualitätsindikator 1: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/295

Referenzbereich: >= 86,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			416 / 1.135	36,65%
Patienten mit Ruheschmerz			676 / 1.135	59,56%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß			302 / 1.135	26,61%
Patienten mit Lockerung Femur-Komponente			315 / 1.135	27,75%
Patienten mit Lockerung Tibia-Komponente			423 / 1.135	37,27%
Patienten mit Lockerung Patella-Komponente			35 / 1.135	3,08%
Patienten mit Substanzverlust Femur			282 / 1.135	24,85%
Patienten mit Substanzverlust Tibia			323 / 1.135	28,46%
Patienten mit Verschleiß der Gleitfläche			369 / 1.135	32,51%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			93 / 1.135	8,19%
Patienten mit Prothesen(sub)luxation			72 / 1.135	6,34%
Patienten mit Instabilität im Kniegelenk			533 / 1.135	46,96%
Patienten mit Zunahme der Arthrose			219 / 1.135	19,30%
Patienten mit isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0, 5-823.f0)			408 / 1.135	35,95%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			277 / 1.135	24,41%
Patienten mit Erregernachweis			180 / 1.135	15,86%

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung,-versagen und isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0, 5-823.f0) oder Verschleiß der Gleitfläche und isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0, 5-823.f0) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis Vertrauensbereich Referenzbereich			1.045 / 1.135	92,07%
		>= 86,00%	90,35% - 93,50%	>= 86,00%

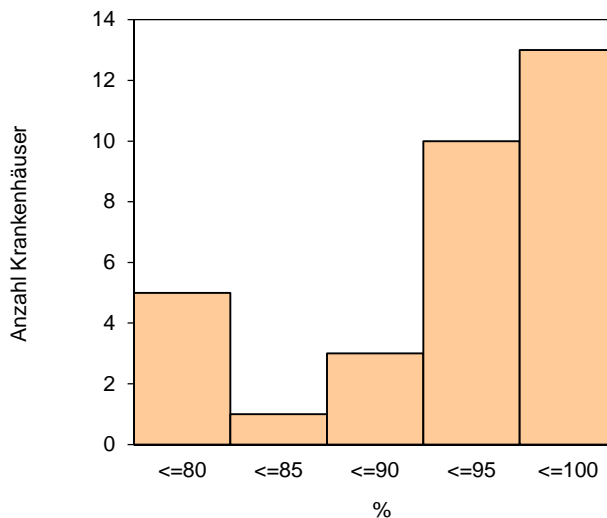
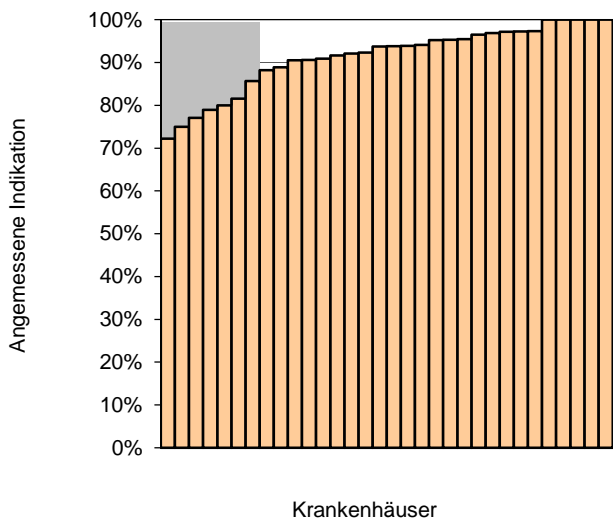
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung,-versagen und isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0, 5-823.f0) oder Verschleiß der Gleitfläche und isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0, 5-823.f0) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis Vertrauensbereich			1.071 / 1.167	91,77%
			90,06% - 93,22%	

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/295]:

Anteil von Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung,-versagen und isoliertem Inlaywechsel oder Verschleiß der Gleitfläche und isoliertem Inlaywechsel oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

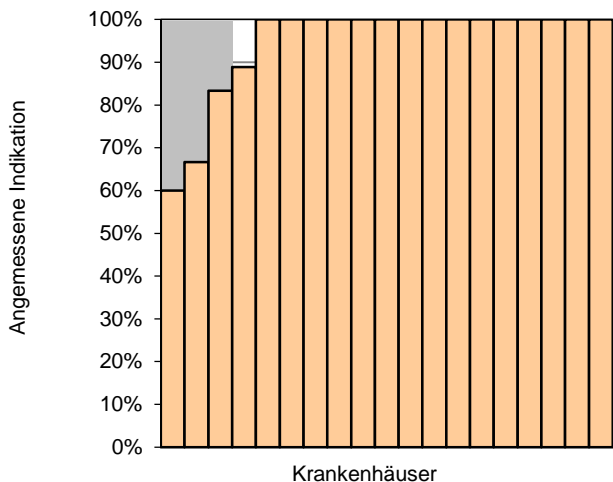
32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,22	75,00	78,95	88,56	93,78	97,05	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00		66,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Operationen
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2014/17n7-KNIE-WECH/292
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, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

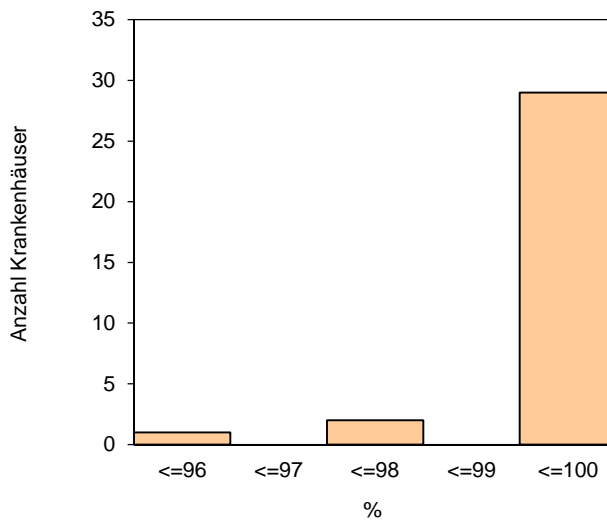
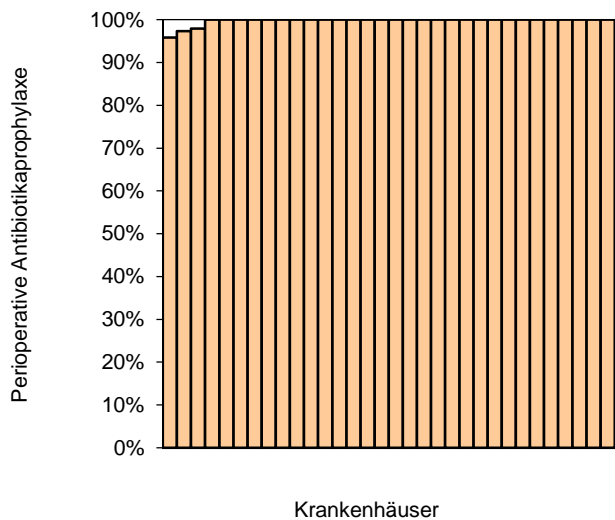
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	1.130 / 1.135 99,56%	668 / 671 99,55%	462 / 464 99,57%
Vertrauensbereich	98,97% - 99,81%		
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon single shot	554 / 1.130 49,03%	367 / 668 54,94%	187 / 462 40,48%
Zweitgabe oder öfter	576 / 1.130 50,97%	301 / 668 45,06%	275 / 462 59,52%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.163 / 1.167 99,66% 99,12% - 99,87%	700 / 703 99,57%	463 / 464 99,78%

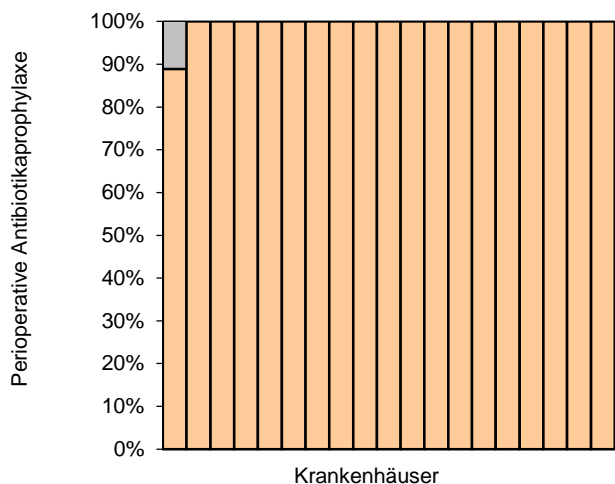
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/292]:
Anteil von Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde an allen Operationen

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,83	97,37	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,89		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: 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 Tagen¹
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 11 bis 15 Tagen¹
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 15 Tage¹

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 3a): 2014/17n7-KNIE-WECH/2291

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			1.099 / 1.118	98,30%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			7 / 1.118	0,63%
Vertrauensbereich				0,30% - 1,29%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (< 5 Tage)			1 / 5	20,00%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			1 / 422	0,24%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			0 / 478	0,00%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			5 / 213	2,35%

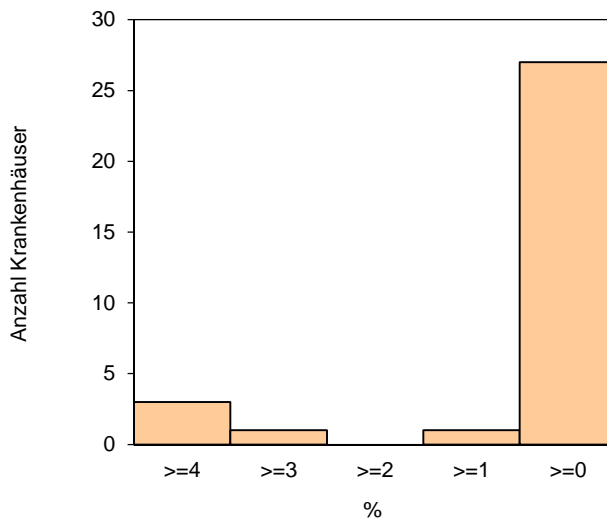
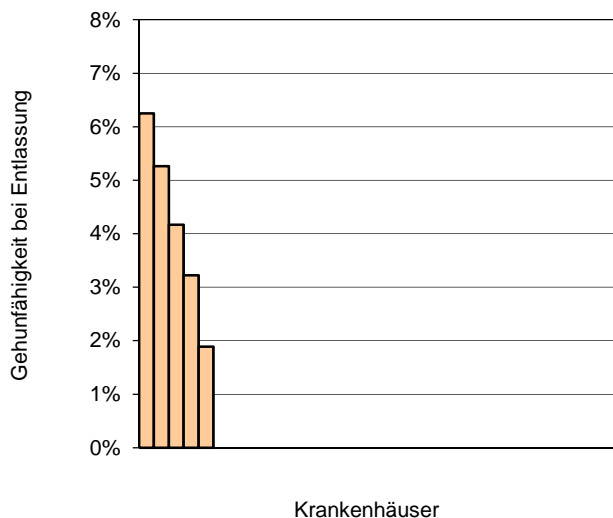
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			10 / 1.143	0,87%
Vertrauensbereich				0,48% - 1,60%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

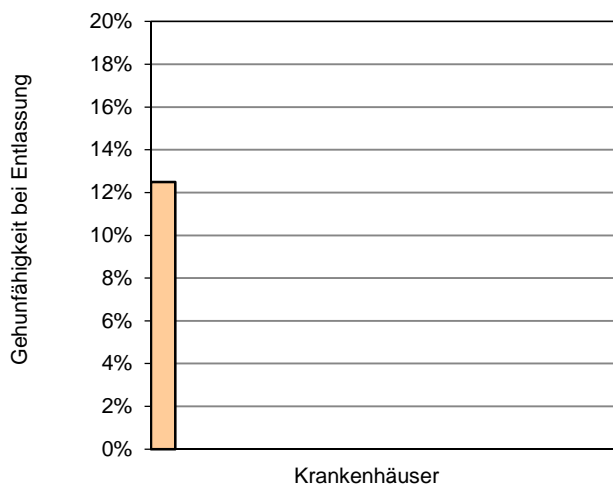
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/2291]:
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	3,23	5,26	6,25

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		12,50

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 3b): 2014/17n7-KNIE-WECH/51044
Referenzbereich: <= 5,80 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		7 / 1.118 0,63%
vorhergesagt (E) ¹		8,91 / 1.118 0,80%
O - E		-0,17%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score für QI-ID 51044.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,79
Vertrauensbereich		0,38 - 1,61
Referenzbereich	<= 5,80	<= 5,80

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.

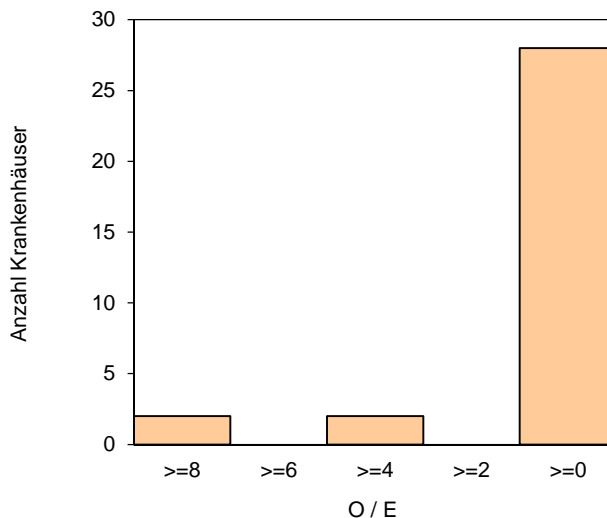
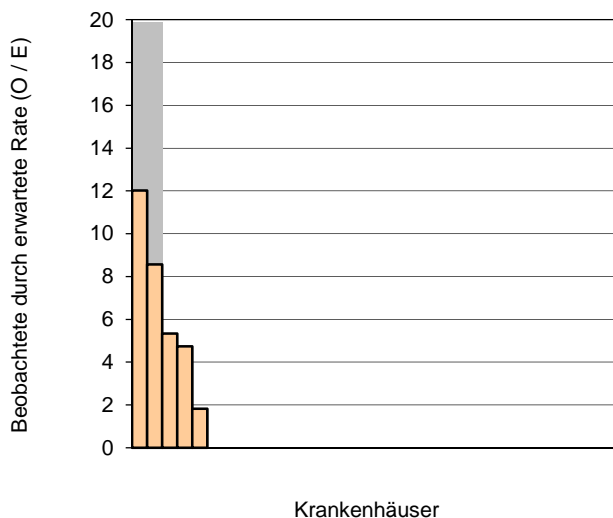
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		10 / 1.143 0,87%
vorhergesagt (E)		7,59 / 1.143 0,66%
O - E		0,21%
O / E		1,32
Vertrauensbereich		0,72 - 2,41

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51044]:

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:

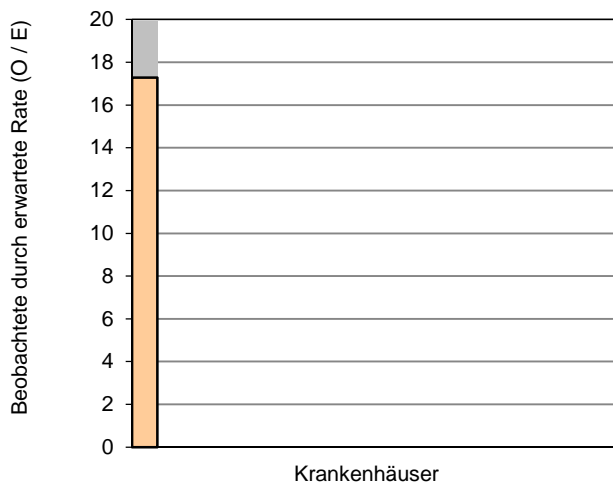
32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	4,74	8,57	12,02

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 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	0,00	0,00	0,00		17,28

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/2220

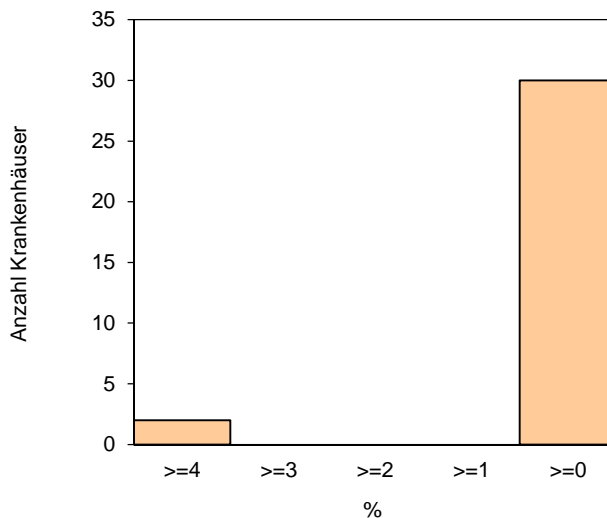
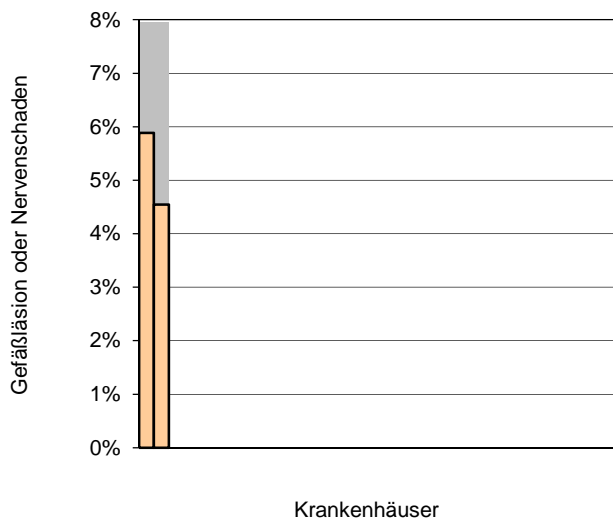
Referenzbereich: <= 2,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			1 / 1.135	0,09%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			2 / 1.135	0,18%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			3 / 1.135	0,26%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,77%
Referenzbereich		<= 2,00%		<= 2,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			1 / 1.167	0,09%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			4 / 1.167	0,34%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			5 / 1.167	0,43%
Vertrauensbereich				0,18% - 1,00%

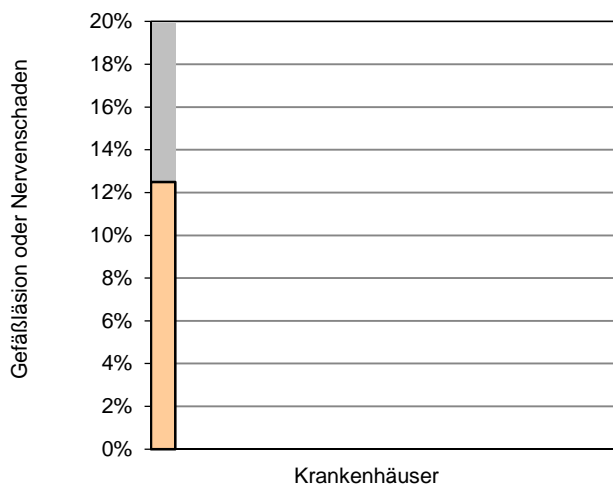
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/2220]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion oder ein Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	0,00	4,55	5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		12,50

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Fraktur

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

Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 5a): 2014/17n7-KNIE-WECH/300

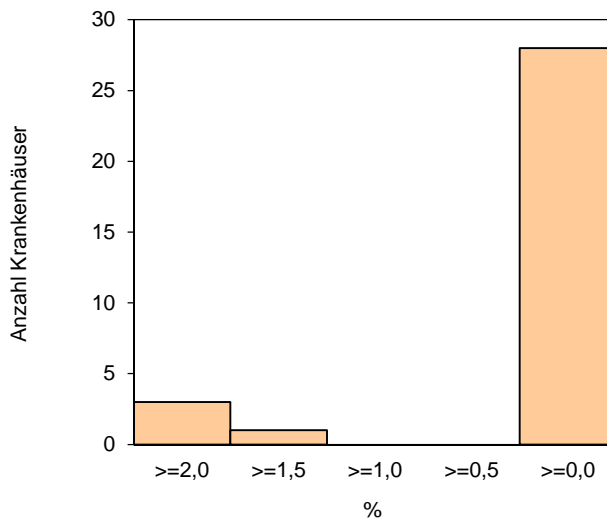
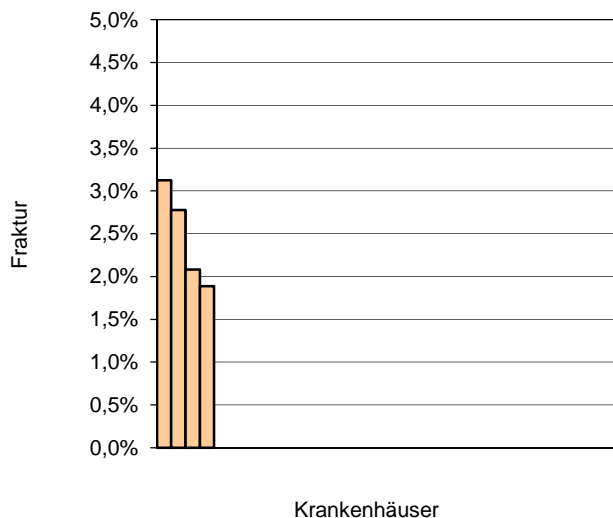
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			5 / 1.135	0,44%
Vertrauensbereich				0,19% - 1,03%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			4 / 1.167	0,34%
Vertrauensbereich				0,13% - 0,88%

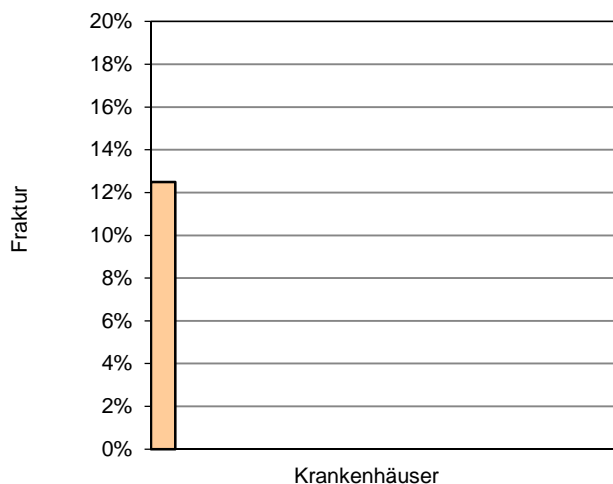
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/300]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische
 Komplikation auftrat an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	1,89	2,78	3,13

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		12,50

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 5b): 2014/17n7-KNIE-WECH/51049
Referenzbereich: <= 8,61 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		5 / 1.135 0,44%
vorhergesagt (E) ¹		5,43 / 1.135 0,48%
O - E		-0,04%

¹ Erwartete Rate an Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score für QI-ID 51049.

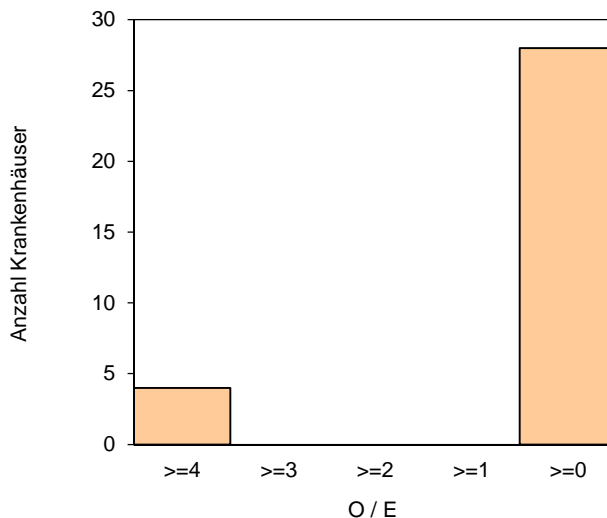
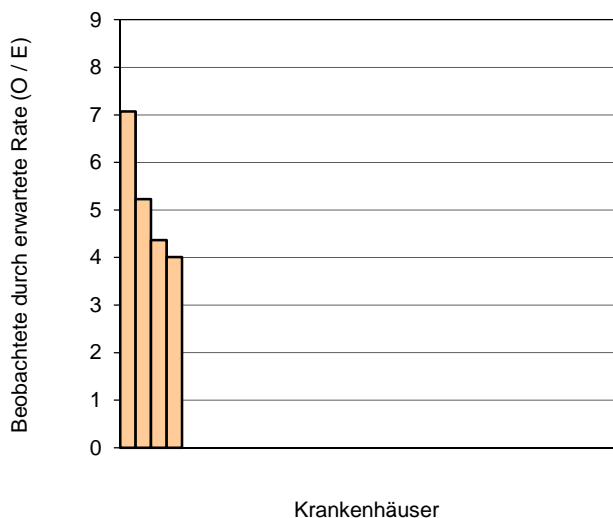
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,92
Vertrauensbereich		0,39 - 2,15
Referenzbereich	<= 8,61	<= 8,61

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)		4 / 1.167 0,34%
vorhergesagt (E)		5,46 / 1.167 0,47%
O - E		-0,12%
O / E		0,73
Vertrauensbereich		0,29 - 1,88

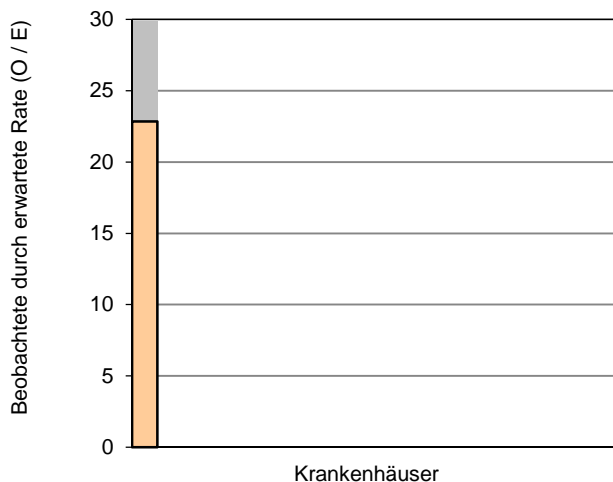
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51049]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikationen an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	4,01	5,22	7,07

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		22,84

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

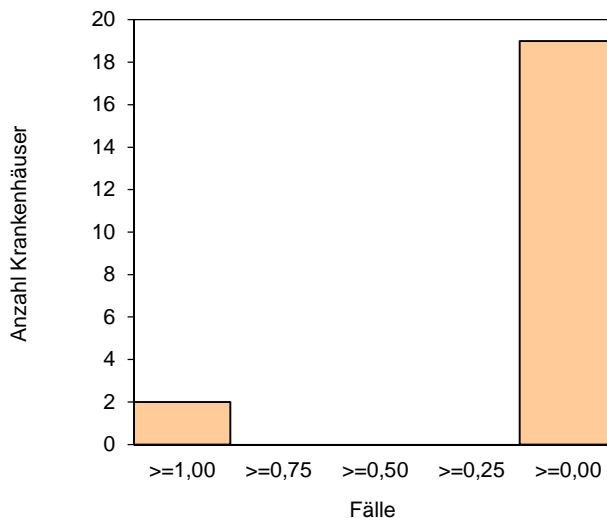
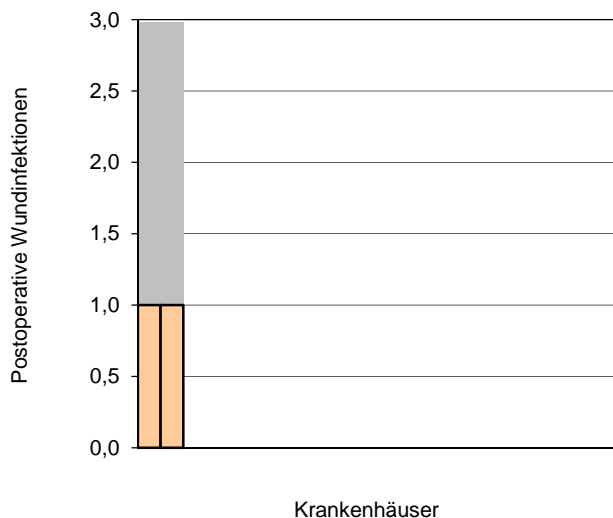
Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten ohne Entzündungszeichen im Labor, mit negativem Erregernachweis und aseptischem Eingriff (Wundkontaminationsklassifikation)
Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/51874
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Referenzbereich		Sentinel Event	2 / 556	2,00 Fälle Sentinel Event
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 556	0,00 Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			2 / 556	2,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			7 / 559	7,00 Fälle

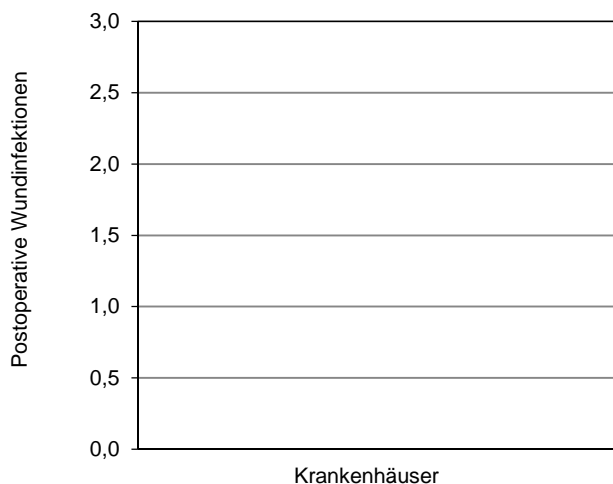
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51874]:
Anzahl Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat von allen Operationen ohne Entzündungszeichen im Labor, mit negativem Erregernachweis und aseptischem Eingriff (Wundkontaminationsklassifikation)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 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	0,00	1,00	1,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 150 min	1
Wundkontaminations- klassifikation	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			456 / 1.135	40,18%
Risikoklasse 1			454 / 1.135	40,00%
Risikoklasse 2			207 / 1.135	18,24%
Risikoklasse 3			18 / 1.135	1,59%

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 bei Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			6 / 456	1,32%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 456	0,44%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) auftrat			4 / 456	0,88%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) auftrat			0 / 456	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)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			6 / 454	1,32%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 454	0,22%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) auftrat			3 / 454	0,66%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) auftrat			2 / 454	0,44%

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 bei Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			8 / 207	3,86%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 207	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) auftrat			6 / 207	2,90%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) auftrat			2 / 207	0,97%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			3 / 18	16,67%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 18	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) auftrat			2 / 18	11,11%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) auftrat			1 / 18	5,56%

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 7: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 7a): 2014/17n7-KNIE-WECH/473

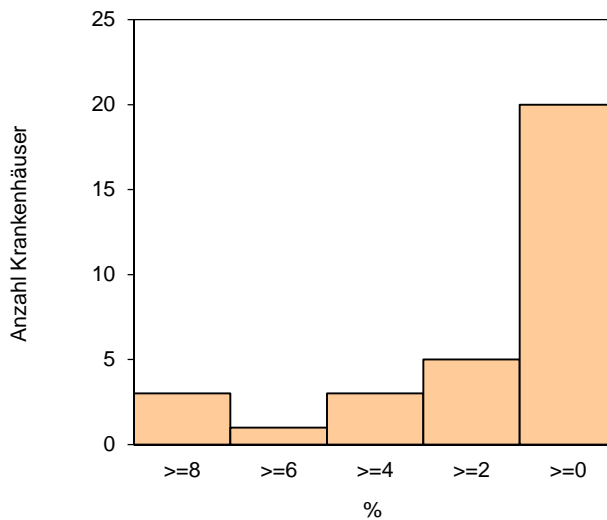
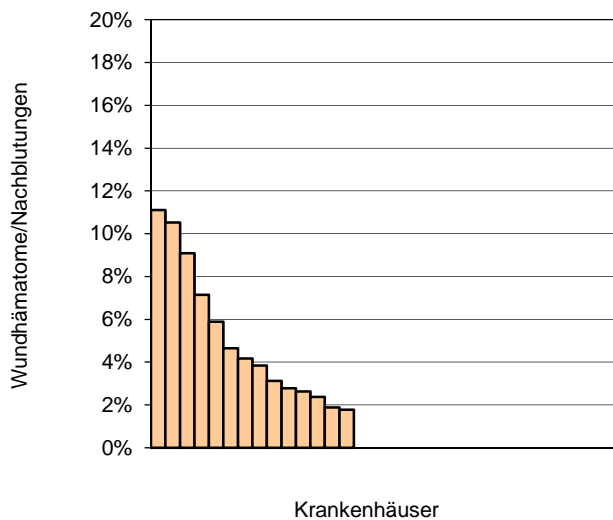
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat			28 / 1.135	2,47%
Vertrauensbereich				1,71% - 3,54%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat			33 / 1.167	2,83%
Vertrauensbereich				2,02% - 3,94%

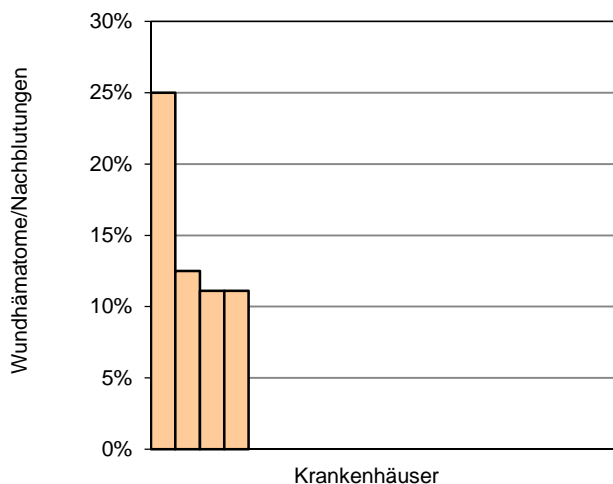
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/473]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	3,49	7,14	10,53	11,11

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	12,50		25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Operationen mit OP-Dauer 20 - 120 min
 Gruppe 2: Operationen mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 3: Operationen mit OP-Dauer 181 - 240 min
 Gruppe 4: Operationen mit OP-Dauer > 240 min

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				
	Gesamt 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	10 / 671 1,49%	11 / 355 3,10%	6 / 93 6,45%	1 / 16 6,25%

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 7b): 2014/17n7-KNIE-WECH/51054
Referenzbereich: <= 6,88 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		28 / 1.135 2,47%
vorhergesagt (E) ¹		25,29 / 1.135 2,23%
O - E		0,24%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score für QI-ID 51054.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,11
Vertrauensbereich		0,77 - 1,59
Referenzbereich	<= 6,88	<= 6,88

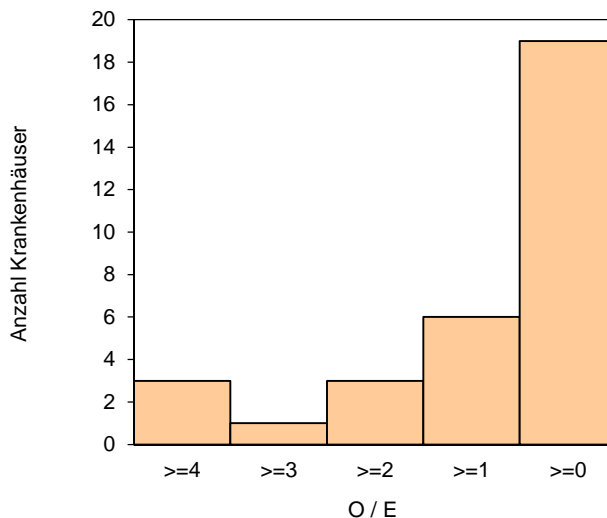
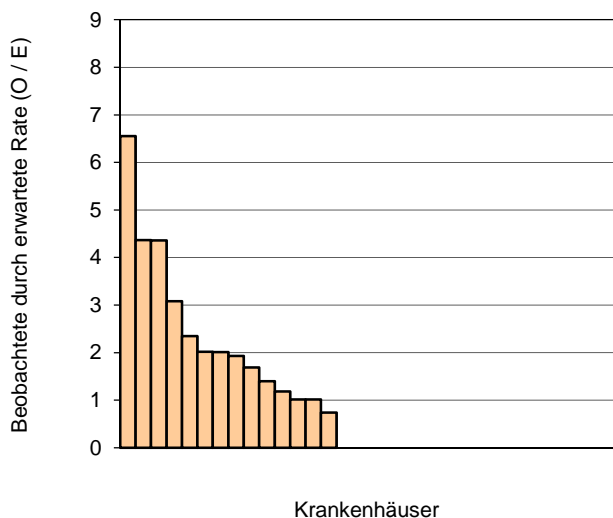
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		33 / 1.167 2,83%
vorhergesagt (E)		26,09 / 1.167 2,24%
O - E		0,59%
O / E		1,26
Vertrauensbereich		0,90 - 1,76

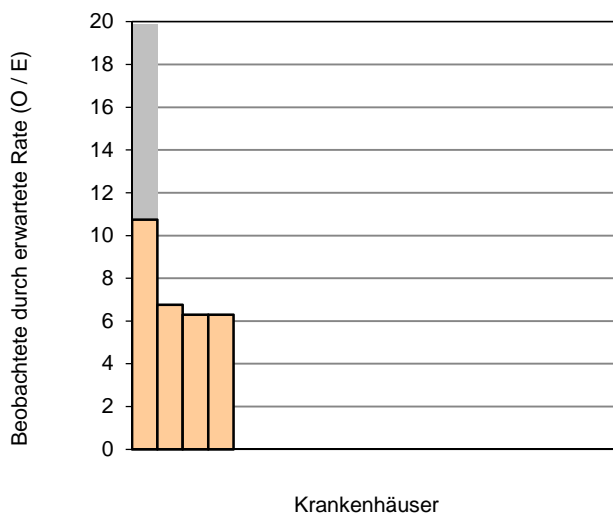
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51054]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	1,81	3,08	4,37	6,55

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	6,76		10,74

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: 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 8a): 2014/17n7-KNIE-WECH/474

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

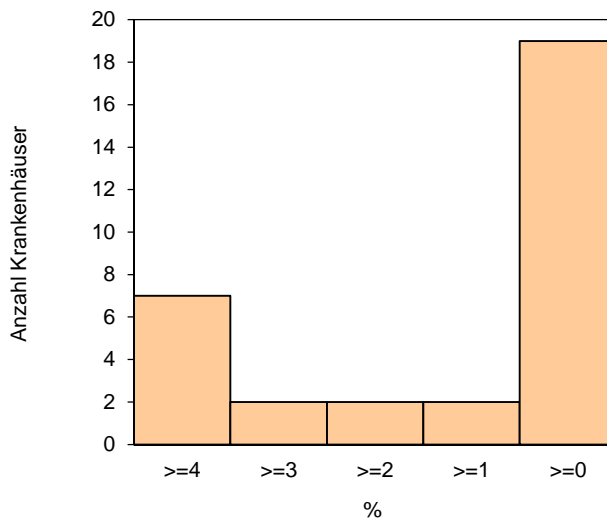
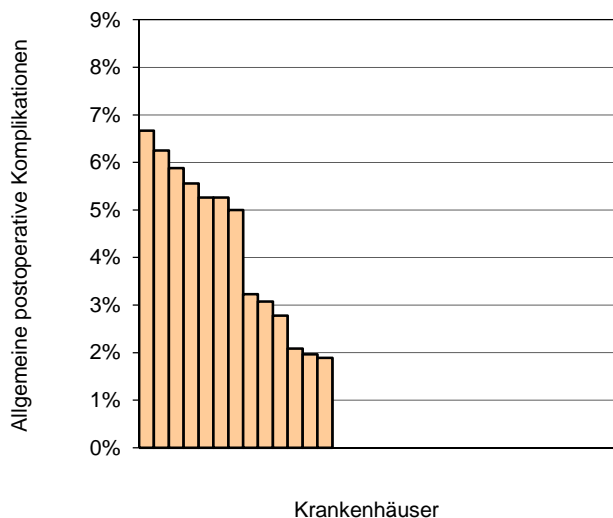
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	2 / 1.121 0,18%	0 / 613 0,00%	2 / 508 0,39%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	12 / 1.121 1,07%	1 / 613 0,16%	11 / 508 2,17%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	3 / 1.121 0,27%	1 / 613 0,16%	2 / 508 0,39%
Patienten mit Lungenembolie	3 / 1.121 0,27%	2 / 613 0,33%	1 / 508 0,20%
Patienten mit sonstiger Komplikation	39 / 1.121 3,48%	13 / 613 2,12%	26 / 508 5,12%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	19 / 1.121 1,69% 1,09% - 2,63%	4 / 613 0,65%	15 / 508 2,95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 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) 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) Vertrauensbereich	28 / 1.150 2,43% 1,69% - 3,50%	5 / 622 0,80%	23 / 527 4,36%

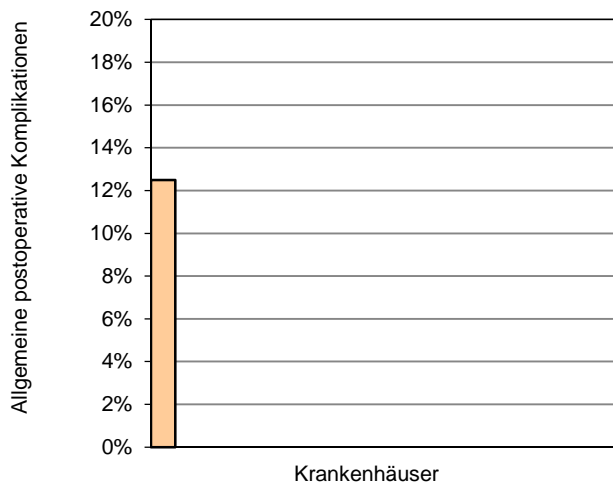
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/474]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	3,15	5,56	6,25	6,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		12,50

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 8b): 2014/17n7-KNIE-WECH/51059
Referenzbereich: <= 4,17 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		19 / 1.121 1,69%
vorhergesagt (E) ¹		22,06 / 1.121 1,97%
O - E		-0,27%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score für QI-ID 51059.

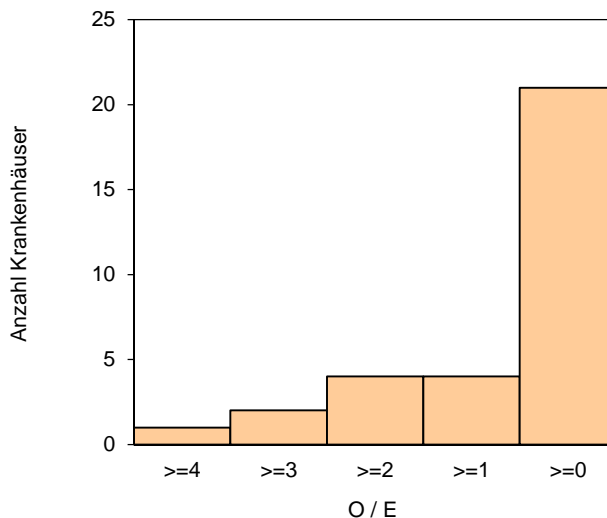
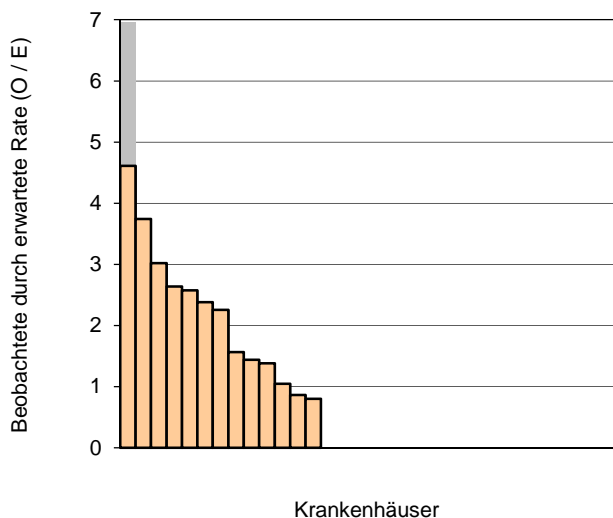
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,86
Vertrauensbereich		0,55 - 1,34
Referenzbereich	<= 4,17	<= 4,17

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)		28 / 1.150 2,43%
vorhergesagt (E)		21,73 / 1.150 1,89%
O - E		0,55%
O / E		1,29
Vertrauensbereich		0,89 - 1,85

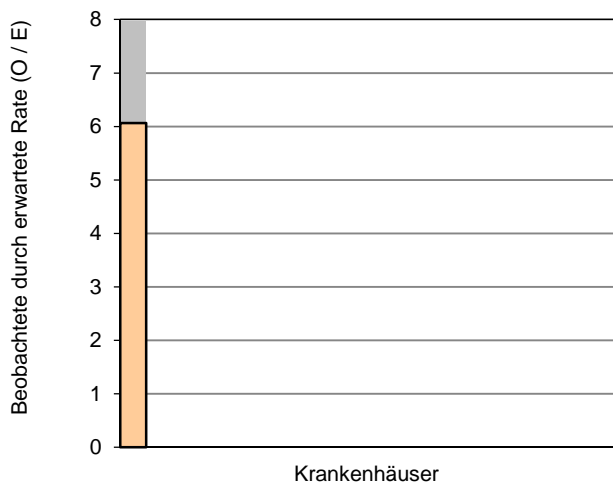
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51059]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	1,50	2,64	3,74	4,61

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		6,06

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 9a): 2014/17n7-KNIE-WECH/475

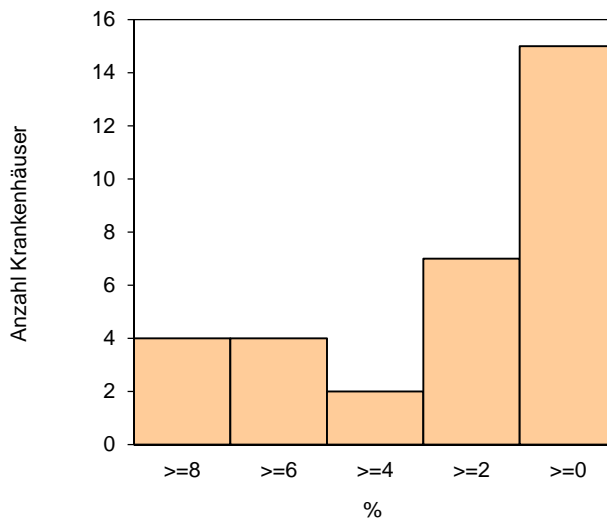
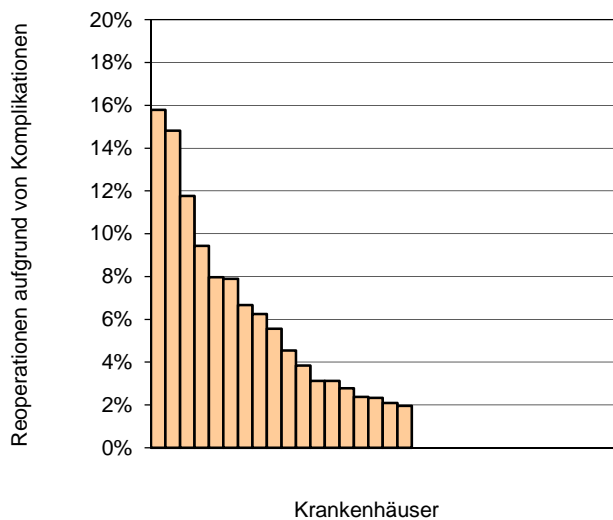
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			50 / 1.135	4,41%
Vertrauensbereich				3,36% - 5,76%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			47 / 1.167	4,03%
Vertrauensbereich				3,04% - 5,31%

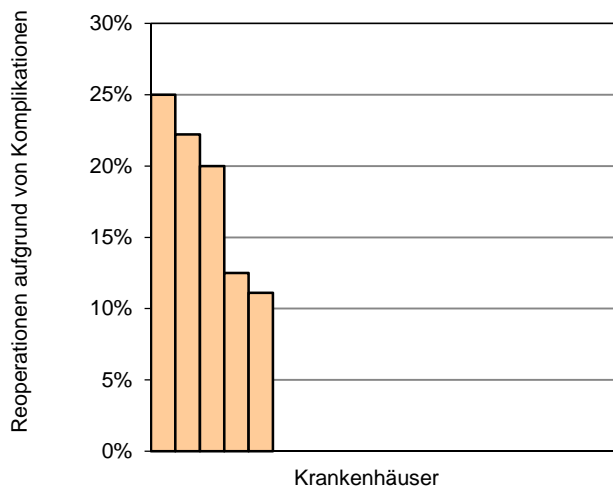
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/475]:
 Anteil von Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	2,20	5,90	9,43	14,81	15,79

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	11,11	22,22		25,00

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 9b): 2014/17n7-KNIE-WECH/51064
Referenzbereich: <= 3,19 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		50 / 1.135 4,41%
vorhergesagt (E) ¹		47,66 / 1.135 4,20%
O - E		0,21%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score für QI-ID 51064.

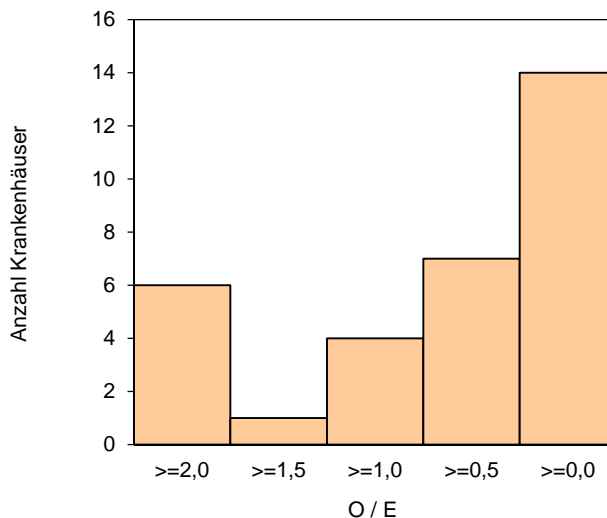
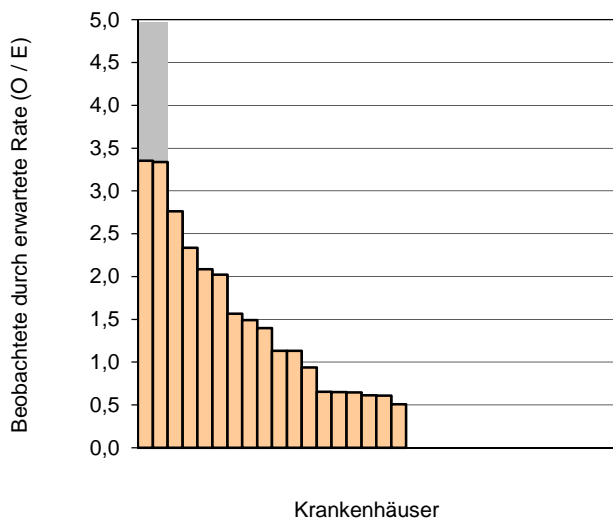
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,05
Vertrauensbereich		0,80 - 1,37
Referenzbereich	<= 3,19	<= 3,19

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)		47 / 1.167 4,03%
vorhergesagt (E)		44,84 / 1.167 3,84%
O - E		0,19%
O / E		1,05
Vertrauensbereich		0,79 - 1,38

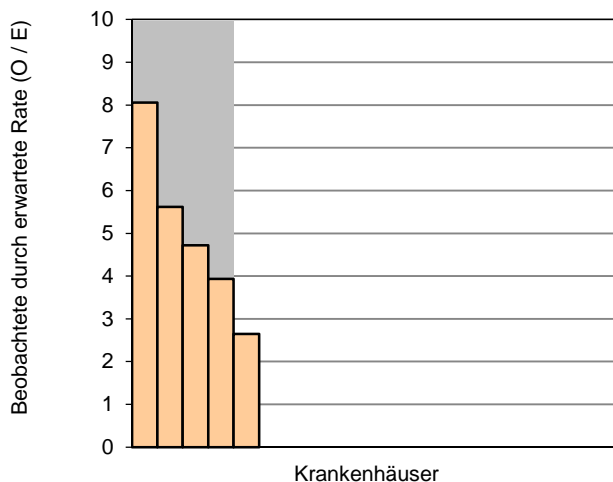
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51064]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen
 Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	0,61	1,44	2,33	3,34	3,35

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	2,65	5,62		8,06

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Sterblichkeit im Krankenhaus


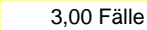
Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus


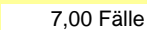
Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 10a): 2014/17n7-KNIE-WECH/476

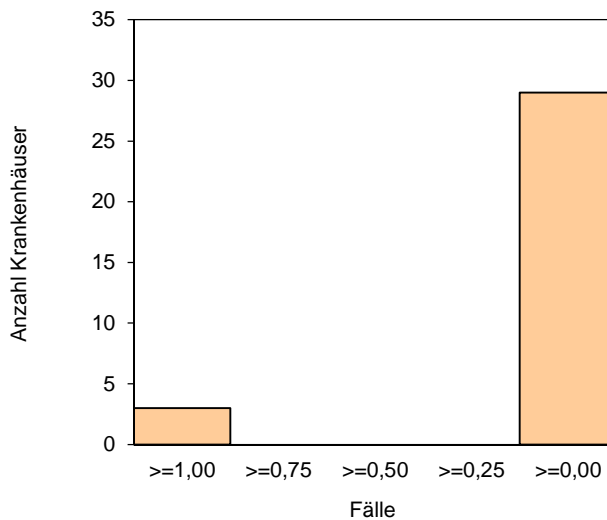
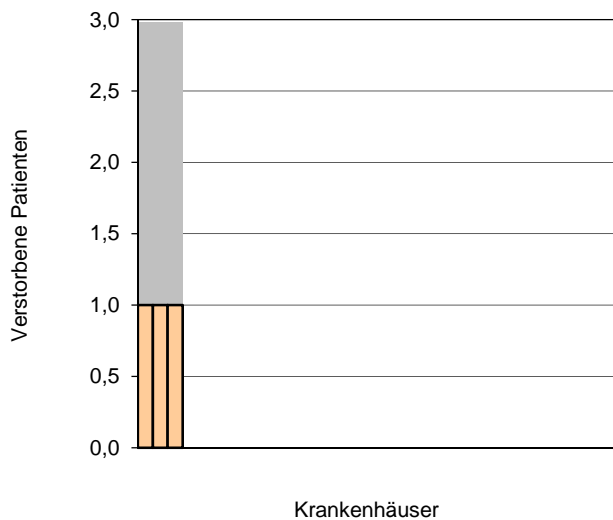
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	3 / 1.121	 3,00 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			7 / 1.150	 7,00 Fälle

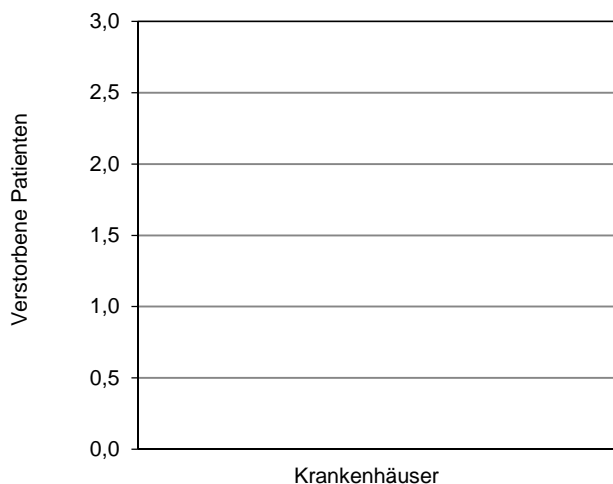
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/476]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	0,00	1,00	1,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	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	0 / 613 0,00%	3 / 492 0,61%	0 / 16 0,00%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 10b): 2014/17n7-KNIE-WECH/51069

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		3 / 1.121 0,27%
vorhergesagt (E) ¹		5,42 / 1.121 0,48%
O - E		-0,22%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score für QI-ID 51069.

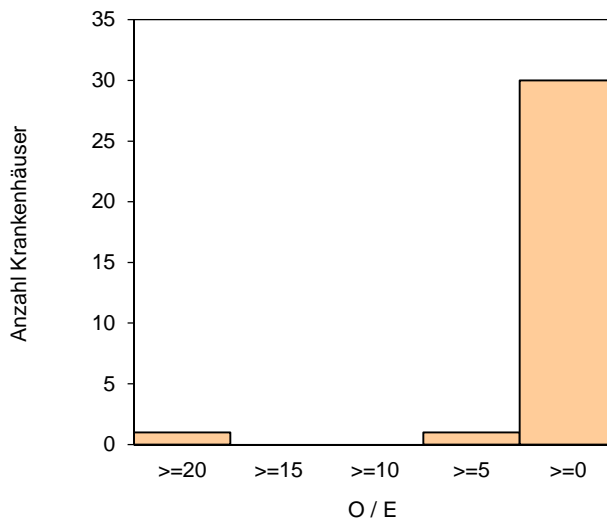
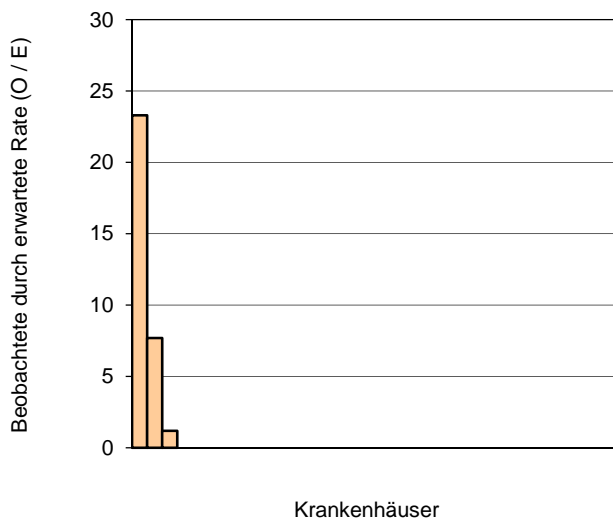
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,55
Vertrauensbereich		0,19 - 1,62
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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)		7 / 1.150 0,61%
vorhergesagt (E)		5,30 / 1.150 0,46%
O - E		0,15%
O / E		1,32
Vertrauensbereich		0,64 - 2,72

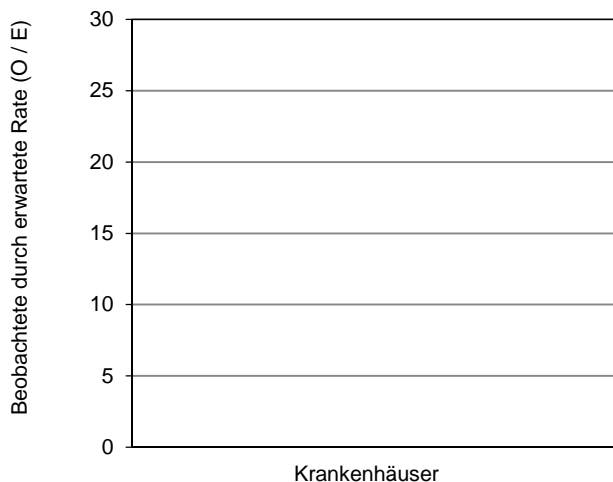
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/51069]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 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	0,00	7,69	23,29

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 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	0,00	0,00	0,00		0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 1: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einzeitigem Wechsel
Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/850326
Referenzbereich: <= 11,50% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 295, 51044, 51049, 51874, 51054, 51059, 51064, 51069

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“ (ICD T84.5) dokumentiert wurde, jedoch keine Entzündungszeichen im Labor vorlagen, kein Erregernachweis durchgeführt wurde bzw. mit negativem Ergebnis, keine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde und bei denen es sich um einen aseptischen Eingriff handelt ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			24 / 991	2,42%
		<= 11,50%		1,63% - 3,58%
				<= 11,50%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“ (ICD T84.5) dokumentiert wurde, jedoch keine Entzündungszeichen im Labor vorlagen, kein Erregernachweis durchgeführt wurde bzw. mit negativem Ergebnis, keine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde und bei denen es sich um einen aseptischen Eingriff handelt Vertrauensbereich			32 / 1.042	3,07%
				2,18% - 4,30%

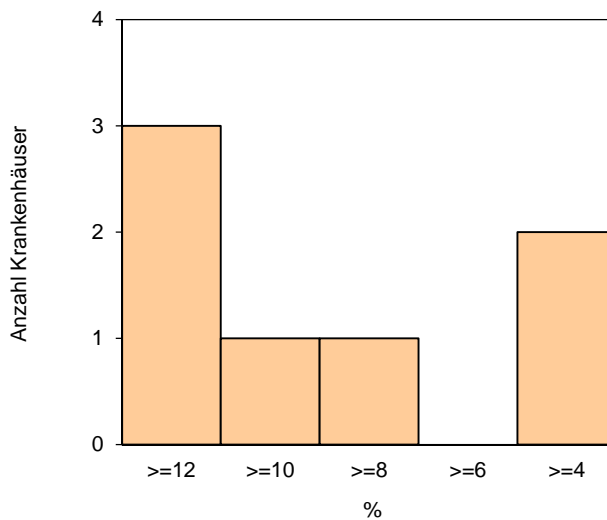
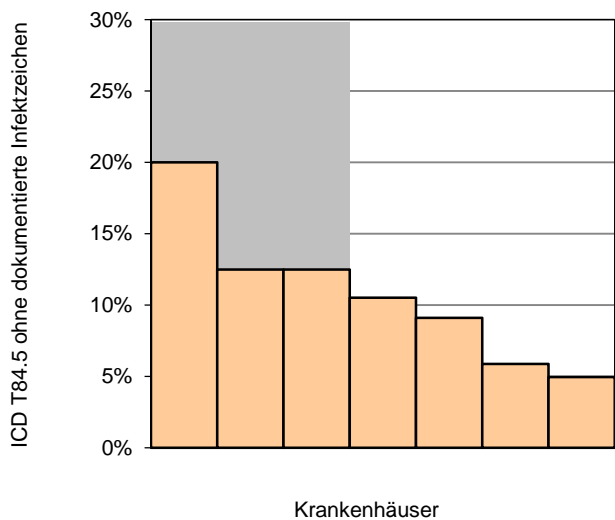
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Da sich die Rechenregeln des Auffälligkeitskriteriums im Vergleich zur Auswertung des Vorjahres verändert haben, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/850326]:

Anteil von Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“ (ICD T84.5), jedoch keine Entzündungszeichen im Labor vorlagen, kein Erregernachweis durchgeführt wurde bzw. mit negativem Ergebnis, keine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde und bei denen es sich um einen aseptischen Eingriff handelt an allen Patienten mit einzeitigem Wechsel

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 7



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,95			5,88	10,53	12,50			20,00

Auffälligkeitskriterium 2: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 90. Perzentil (> 20 Tage, nach der ersten Operation) aus Krankenhäusern, die keine geriatrische frührehabilitativen Komplexbehandlungen (8-55*) abrechnen

Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/850327

Referenzbereich: < 100,00%

ID-Bezugsindikator(en): 2220, 51049, 51874, 51054, 51059, 51064

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			64 / 116	55,17%
				46,10% - 63,91%
		< 100,00%		< 100,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			83 / 130	63,85%
				55,30% - 71,60%

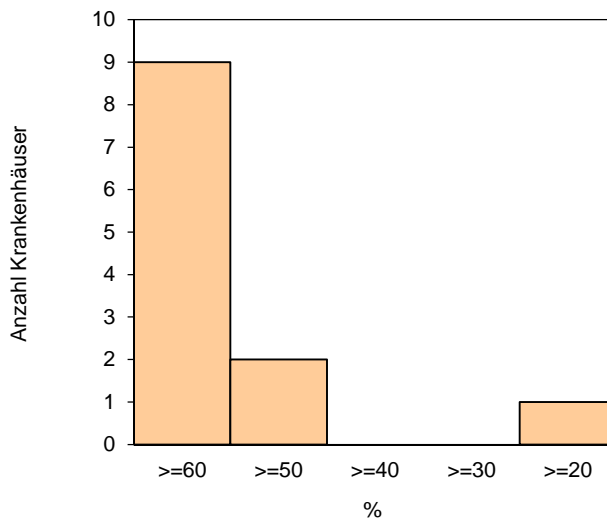
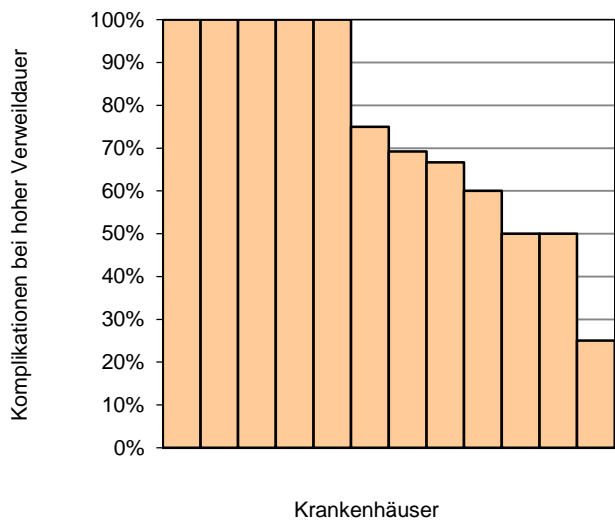
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Da sich die Rechenregeln des Auffälligkeitskriteriums im Vergleich zur Auswertung des Vorjahres verändert haben, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/850327]:

Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 90. Perzentil (20 Tage, nach der ersten Operation) aus Krankenhäusern, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 12



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,00		50,00	55,00	72,12	100,00	100,00		100,00

Auffälligkeitskriterium 3: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen eine Entlassungsdiagnose „Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert“ (ICD: T81* ohne T81.1 und T81.9) dokumentiert wurde

Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/850328

Referenzbereich: < 75,00%

ID-Bezugsindikator(en): 2220, 51049, 51874, 51054, 51059, 51064

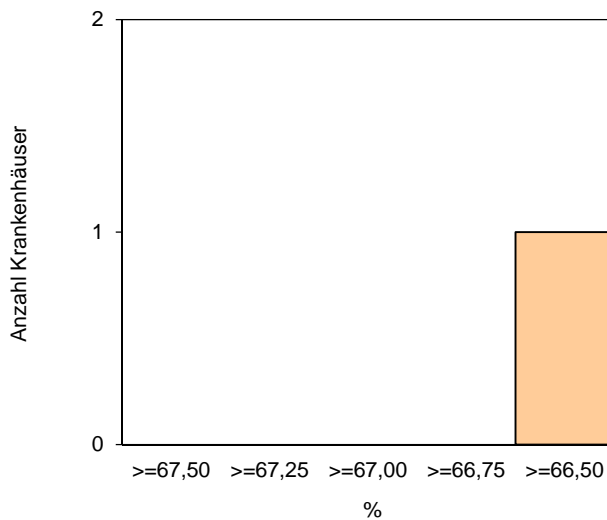
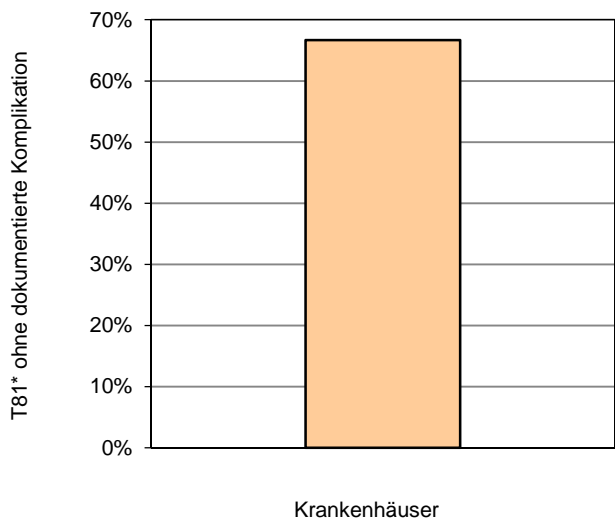
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹			28 / 45	62,22%
Vertrauensbereich				47,63% - 74,89%
Referenzbereich		< 75,00%		< 75,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			44 / 68	64,71%
Vertrauensbereich				52,84% - 75,00%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit und 2 Fällen im Merkmal vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/850328]:
Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten, bei denen eine Entlassungsdiagnose „Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert“ (ICD: T81* ohne T81.1 und T81.9) dokumentiert wurde

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit und mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67				66,67				66,67

Auffälligkeitskriterium 4: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/850329
Referenzbereich: <= 0,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en): 295, 51044, 51049, 51874, 51059, 51064, 51069

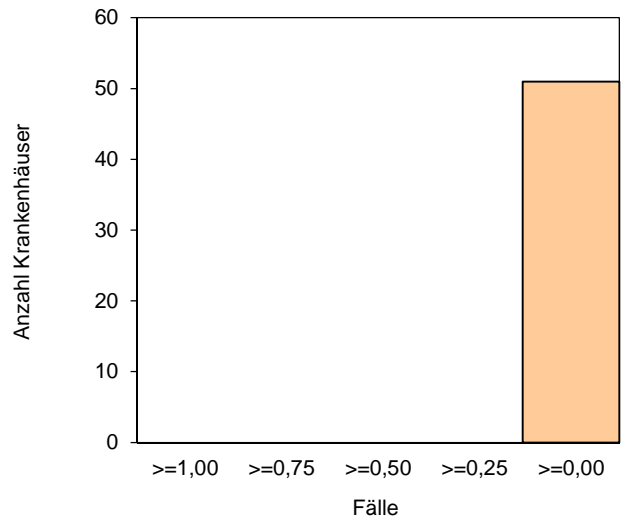
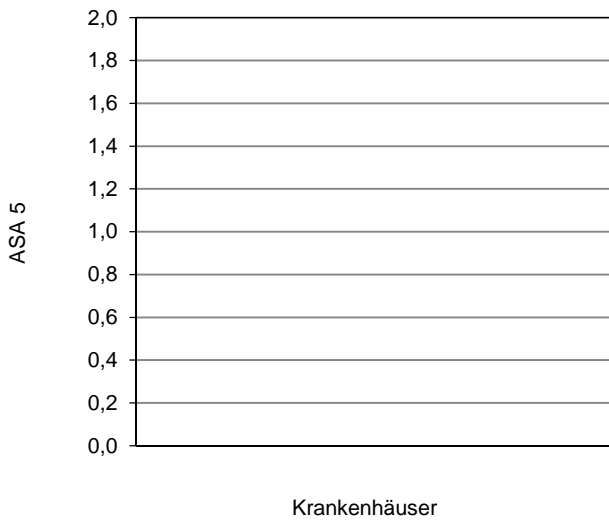
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		0 / 1.121 <= 0,00 Fälle	0 / 1.121	0,00 Fälle <= 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5		1 / 1.150	1 / 1.150	1,00 Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/850329]:
 Anzahl Patienten mit ASA 5 von allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

51 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

Auffälligkeitskriterium 5: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2014/17n7-KNIE-WECH/850330
Referenzbereich: <= 6,83% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 2220, 51049, 51054

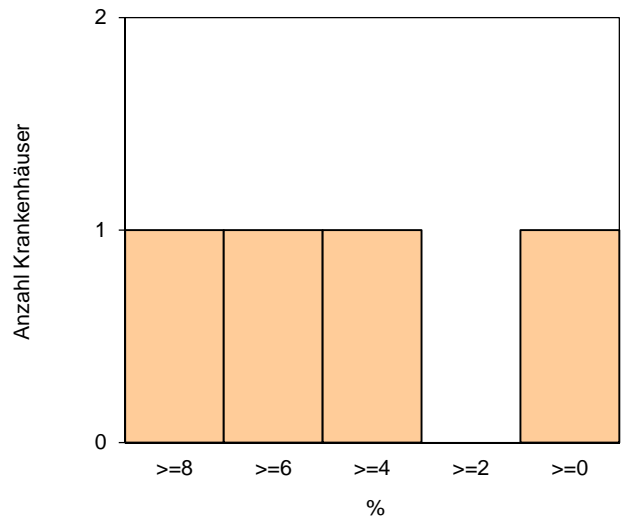
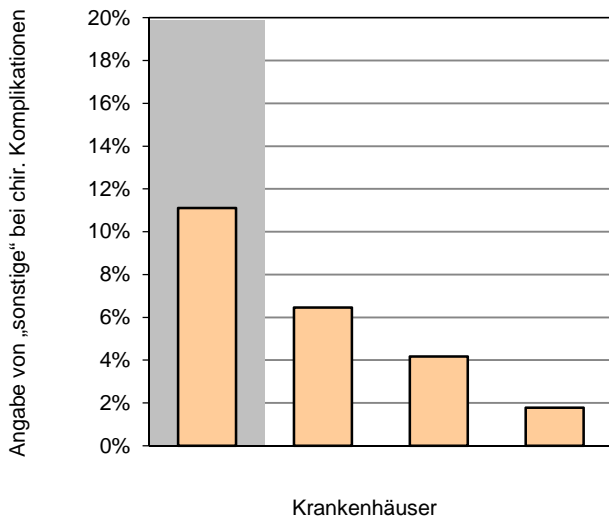
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit der Angabe „sonstige“ bei den behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikationen ¹			16 / 1.121	1,43%
Vertrauensbereich				0,88% - 2,31%
Referenzbereich		<= 6,83%		<= 6,83%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit der Angabe „sonstige“ bei den behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikationen			29 / 1.150	2,52%
Vertrauensbereich				1,76% - 3,60%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK5, Indikator-ID 2014/17n7-KNIE-WECH/850330]:
 Anteil von Patienten mit der Angabe „sonstige“ bei den behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen
 Komplikationen an allen Patienten**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 4



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,77			2,97	5,31	8,78			11,11

Jahresauswertung 2014
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 51
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.121
Datensatzversion: 17/7 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15162-L96202-P46055

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			1.121		1.150	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			322	28,72	326	28,35
2. Quartal			319	28,46	320	27,83
3. Quartal			263	23,46	266	23,13
4. Quartal			217	19,36	238	20,70
Gesamt			1.121		1.150	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			1.121		1.150	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.121		1.150	
Median				13,00		13,00
Mittelwert				18,42		17,45
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.135		1.167	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				4,37		3,58
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.135		1.167	
Median				12,00		12,00
Mittelwert				14,42		14,06

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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

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				T84.0	716	63,87	T84.0	755	65,65
2				I10.00	457	40,77	I10.00	458	39,83
3				Z96.6	356	31,76	Z96.6	355	30,87
4				D62	280	24,98	D62	300	26,09
5				T84.5	254	22,66	T84.5	225	19,57
6				E11.90	209	18,64	E11.90	183	15,91
7				I10.90	130	11,60	I10.90	136	11,83
8				M17.1	106	9,46	E79.0	104	9,04

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	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel
2	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
3	5-823.26	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
4	5-800.5h	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk
5	5-823.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert

OPS 2014

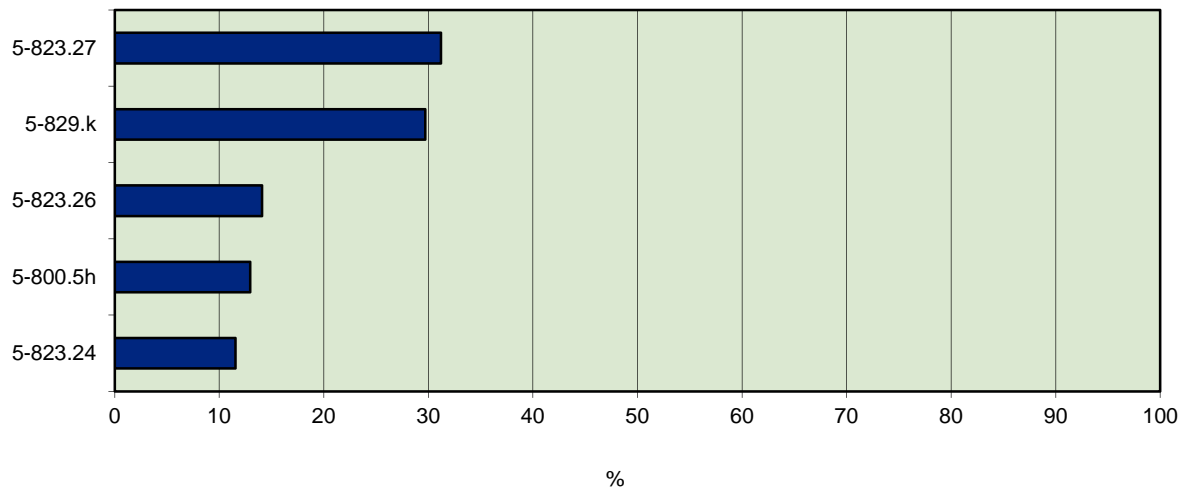
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-823.27	354	31,19	5-823.27	366	31,36
2				5-829.k	337	29,69	5-829.k	295	25,28
3				5-823.26	160	14,10	5-823.26	160	13,71
4				5-800.5h	147	12,95	5-823.24	145	12,43
5				5-823.24	131	11,54	5-800.5h	119	10,20

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			1.135		1.167	
5-983 Reoperation			23	2,03	17	1,46
5-986 Minimalinvasive Technik			0	0,00	0	0,00
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0	0,00	0	0,00
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			9	0,79	4	0,34

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.121		1.150	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.121 / 1.121		1.150 / 1.150	
< 50 Jahre			24 / 1.121	2,14	32 / 1.150	2,78
50 - 59 Jahre			162 / 1.121	14,45	173 / 1.150	15,04
60 - 69 Jahre			309 / 1.121	27,56	308 / 1.150	26,78
70 - 79 Jahre			468 / 1.121	41,75	463 / 1.150	40,26
80 - 89 Jahre			145 / 1.121	12,93	163 / 1.150	14,17
>= 90 Jahre			13 / 1.121	1,16	11 / 1.150	0,96
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.121		1.150	
Median				71,00		71,00
Mittelwert				69,79		69,61
Geschlecht						
männlich			441	39,34	457	39,74
weiblich			680	60,66	693	60,26
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Betroffenes Kniegelenk						
rechts			595	52,42	626	53,64
links			540	47,58	541	46,36
Zweizeitiger Wechsel			131	11,54	111	9,51

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Schmerzen						
Ruhschmerz			676	59,56	693	59,38
Belastungsschmerz			416	36,65	440	37,70
Keine Schmerzen			43	3,79	34	2,91

Labor präoperativ

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor			277	24,41	247	21,17
Gelenkpunktion			683	60,18	649	55,61
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			251	22,11	303	25,96
durchgeführt, negativ			704	62,03	704	60,33
durchgeführt, positiv			180	15,86	160	13,71

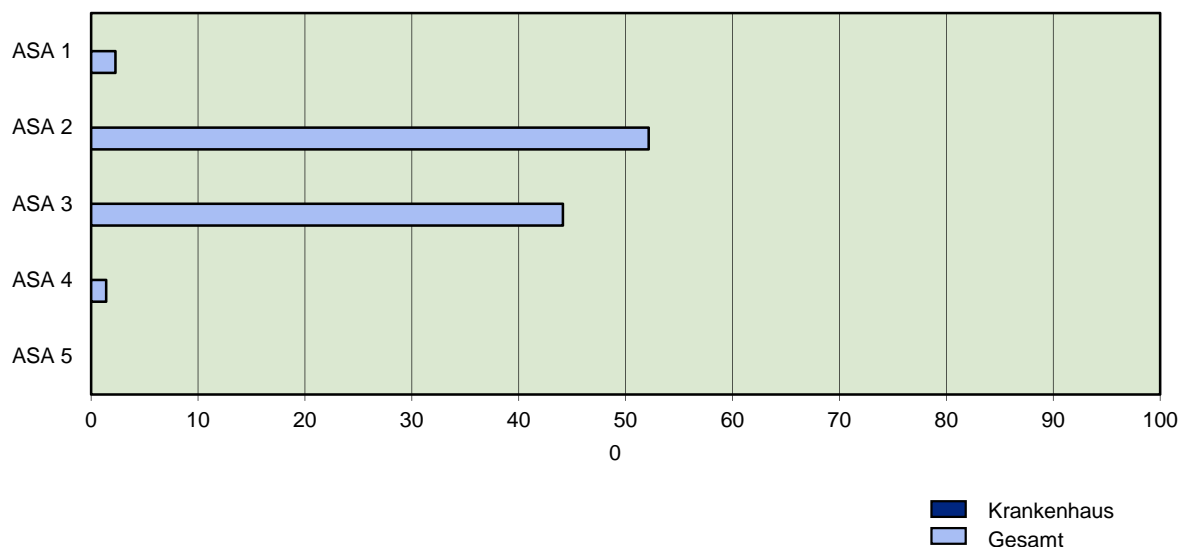
Röntgendiagnostik und klinische Befunde präoperativ

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Implantatwanderung/ -versagen			302	26,61	271	23,22
Lockerung der Femur-Komponente			315	27,75	297	25,45
Lockerung der Tibia-Komponente			423	37,27	405	34,70
Lockerung der Patella-Komponente			35	3,08	53	4,54
Substanzverlust Femur			282	24,85	246	21,08
Substanzverlust Tibia			323	28,46	295	25,28
Verschleiß der Gleitfläche			369	32,51	333	28,53
periprothetische Fraktur			72	6,34	63	5,40
Prothesen(sub)luxation			93	8,19	75	6,43
Instabilität im Kniegelenk			533	46,96	519	44,47
Zunahme der Arthrose (bei Schlittenprothesen)			219	19,30	221	18,94

Röntgendiagnostik und klinische Befunde präoperativ (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			26	2,29	47	4,03
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			592	52,16	580	49,70
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			501	44,14	525	44,99
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			16	1,41	14	1,20
5: moribunder Patient			0	0,00	1	0,09

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			864	76,12	959	82,18
bedingt aseptische Eingriffe			122	10,75	106	9,08
kontaminierte Eingriffe			40	3,52	23	1,97
septische Eingriffe			109	9,60	79	6,77

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.135		1.167	
Median				106,00		105,00
Mittelwert				111,98		111,15
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			5	0,44	4	0,34
mit Prophylaxe			1.130	99,56	1.163	99,66
davon						
single shot			554 / 1.130	49,03	584 / 1.163	50,21
Zweitgabe			152 / 1.130	13,45	138 / 1.163	11,87
öfter			424 / 1.130	37,52	441 / 1.163	37,92

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			1.135		1.167	
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			1.113	98,06	1.146	98,20
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			55	4,85	74	6,34
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			2	3,64	1	1,35
Tibia-Komponente			0	0,00	1	1,35
Implantatdislokation			0	0,00	3	4,05
Patellafehlstellung			3	5,45	1	1,35
Wundhämatom/ Nachblutung			28	50,91	33	44,59
Gefäßläsion			1	1,82	1	1,35
Nervenschaden			2	3,64	4	5,41
Fraktur			5	9,09	4	5,41
Sonstige			18	32,73	33	44,59
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			23	2,03	26	2,23
A1 (oberflächliche Infektion)			3 / 23	13,04	9 / 26	34,62
A2 (tiefe Infektion)			15 / 23	65,22	16 / 26	61,54
A3 (Räume/Organe)			5 / 23	21,74	1 / 26	3,85
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			50	72,46	47	53,41

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.121		1.150	
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			54	4,82	68	5,91
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			2	3,70	6	8,82
kardiovaskuläre Komplikation(en)			12	22,22	16	23,53
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			3	5,56	8	11,76
Lungenembolie			3	5,56	2	2,94
Sonstige			39	72,22	46	67,65

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.121		1.150	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			1.099	98,30	1.117	97,73
Nein			19	1,70	26	2,27
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			7	36,84	10	38,46
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			1.094	97,85	1.120	97,99
Nein			24	2,15	23	2,01
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			6	25,00	5	21,74

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.121		1.150	
01: regulär beendet			652	58,16	632	54,96
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			40	3,57	41	3,57
03: aus sonstigen Gründen			5	0,45	2	0,17
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,27	1	0,09
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			14	1,25	10	0,87
07: Tod			3	0,27	7	0,61
08: Verlegung nach §14			0	0,00	2	0,17
09: in Rehabilitationseinrichtung			390	34,79	441	38,35
10: in Pflegeeinrichtung			11	0,98	13	1,13
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,09	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			2	0,18	1	0,09
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:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>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</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)</p> |
|--|--|

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung III

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.121		1.150	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			219	19,54	230	20,00
Dienstag			189	16,86	197	17,13
Mittwoch			172	15,34	188	16,35
Donnerstag			145	12,93	140	12,17
Freitag			221	19,71	199	17,30
Samstag			122	10,88	133	11,57
Sonntag			53	4,73	63	5,48

Knie-Endoprothesenwechsel Risikoadjustierung mit dem logistischen KNIE-WECH-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.

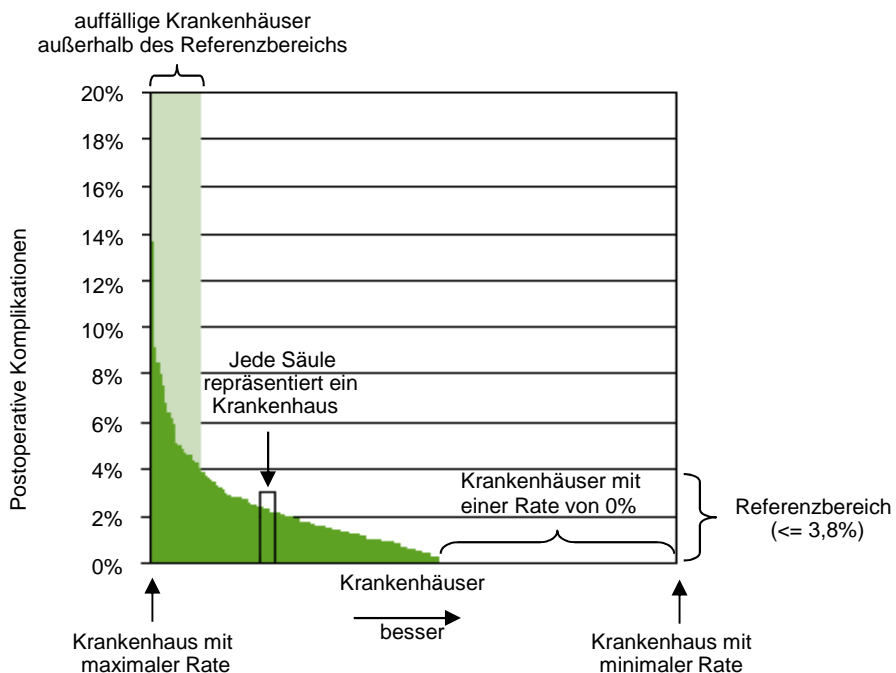
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

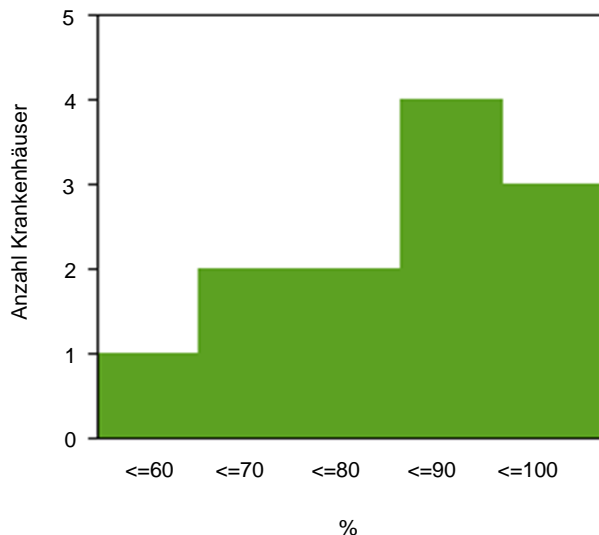
Beispiel:

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.