

Jahresauswertung 2012
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 572
Datensatzversion: 17/7 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12627-L82000-P38889

Jahresauswertung 2012
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 572
Datensatzversion: 17/7 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12627-L82000-P38889

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n7-KNIE-WECH/295					
QI 1: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien			92,7%	>= 85,8%	1.1
2012/17n7-KNIE-WECH/292					
QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,8%	>= 95,0%	1.4
QI 3: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung					
3a: 2012/17n7-KNIE-WECH/2291 bei allen Patienten			0,5%	nicht definiert	1.7
3b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51044 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,14	<= 7,59	1.10
2012/17n7-KNIE-WECH/2220					
QI 4: Gefäßläsion/Nervenschaden			0,2%	<= 2,0%	1.12
QI 5: Fraktur					
5a: 2012/17n7-KNIE-WECH/300 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.14
5b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51049 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,67	<= 7,55	1.16
QI 6: Postoperative Wundinfektion					
6a: 2012/17n7-KNIE-WECH/301 bei allen Patienten			2,4%	nicht definiert	1.18
6b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51416 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,75	nicht definiert	1.20
QI 7: Wundhämatome/Nachblutungen					
7a: 2012/17n7-KNIE-WECH/473 bei allen Patienten			3,0%	nicht definiert	1.28
7b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51054 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,30	<= 6,80	1.31

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 8: Allgemeine postoperative Komplikationen					
8a: 2012/17n7-KNIE-WECH/474 bei allen Patienten			2,4%	nicht definiert	1.33
8b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51059 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,46	<= 4,25	1.36
QI 9: Reoperation aufgrund von Komplikationen					
9a: 2012/17n7-KNIE-WECH/475 bei allen Patienten			4,2%	nicht definiert	1.38
9b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51064 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,22	<= 3,76	1.40
QI 10: Sterblichkeit im Krankenhaus					
10a: 2012/17n7-KNIE-WECH/476 bei allen Patienten			1,0 Fälle	Sentinel Event	1.42
10b: 2012/17n7-KNIE-WECH/51069 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,66	nicht definiert	1.45

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

Qualitätsindikator 1: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel:	Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen
Grundgesamtheit:	Alle Patienten
Indikator-ID:	2012/17n7-KNIE-WECH/295
Referenzbereich:	>= 85,8% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			202 / 572	35,3%
Patienten mit Ruheschmerz			346 / 572	60,5%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß			150 / 572	26,2%
Patienten mit Lockerung Femur-Komponente			154 / 572	26,9%
Patienten mit Lockerung Tibia-Komponente			210 / 572	36,7%
Patienten mit Lockerung Patella-Komponente			11 / 572	1,9%
Patienten mit Substanzverlust Femur			117 / 572	20,5%
Patienten mit Substanzverlust Tibia			140 / 572	24,5%
Patienten mit Verschleiß der Gleitfläche			184 / 572	32,2%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			63 / 572	11,0%
Patienten mit Prothesen(sub)luxation			27 / 572	4,7%
Patienten mit Instabilität im Kniegelenk			251 / 572	43,9%
Patienten mit Zunahme der Arthrose			113 / 572	19,8%
Patienten mit isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.b0, 5-823.f0)			42 / 572	7,3%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			111 / 572	19,4%
Patienten mit Erregernachweis			50 / 572	8,7%
Patienten mit einer Prothesen(sub)luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.19, 5-823.b0, 5-823.f0) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			530 / 572	92,7%
Vertrauensbereich				90,2% - 94,5%
Referenzbereich		>= 85,8%		>= 85,8%

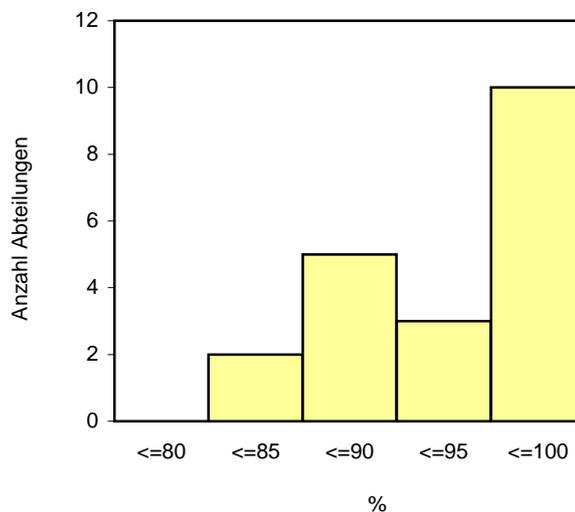
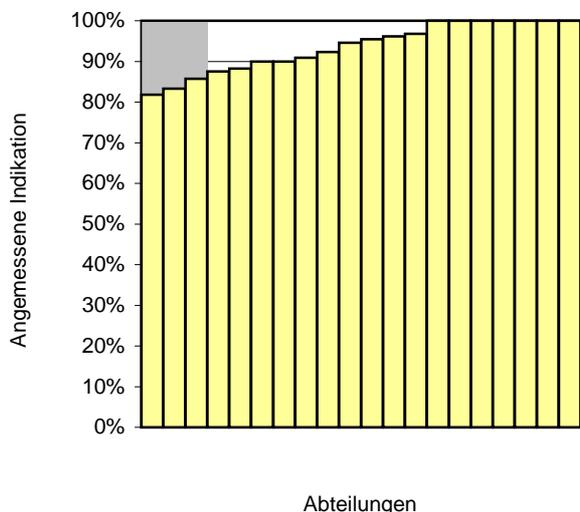
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Prothesen(sub)- luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlaywechsel (OPS: 5-823.b0, 5-823.f0) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			347 / 358	96,9% 94,6% - 98,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/295]:

Anteil von Patienten mit einer Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlaywechsel oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

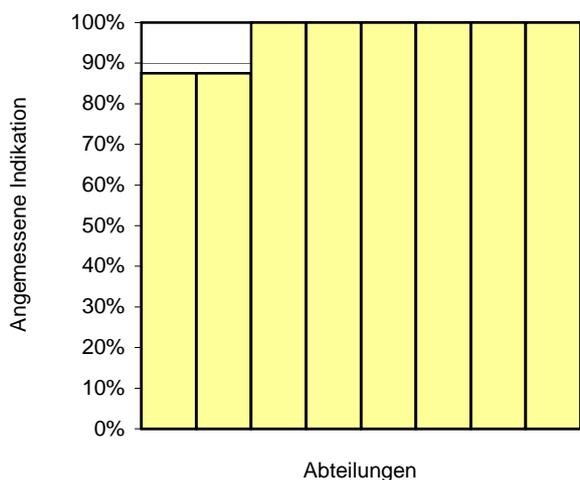
20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,8	82,6	84,5	89,1	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5			93,8	100,0	100,0			100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/17n7-KNIE-WECH/292	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 95,0% (Zielbereich)	

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	99,8%		
Vertrauensbereich	99,0% - 100,0%		
Referenzbereich	≥ 95,0%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

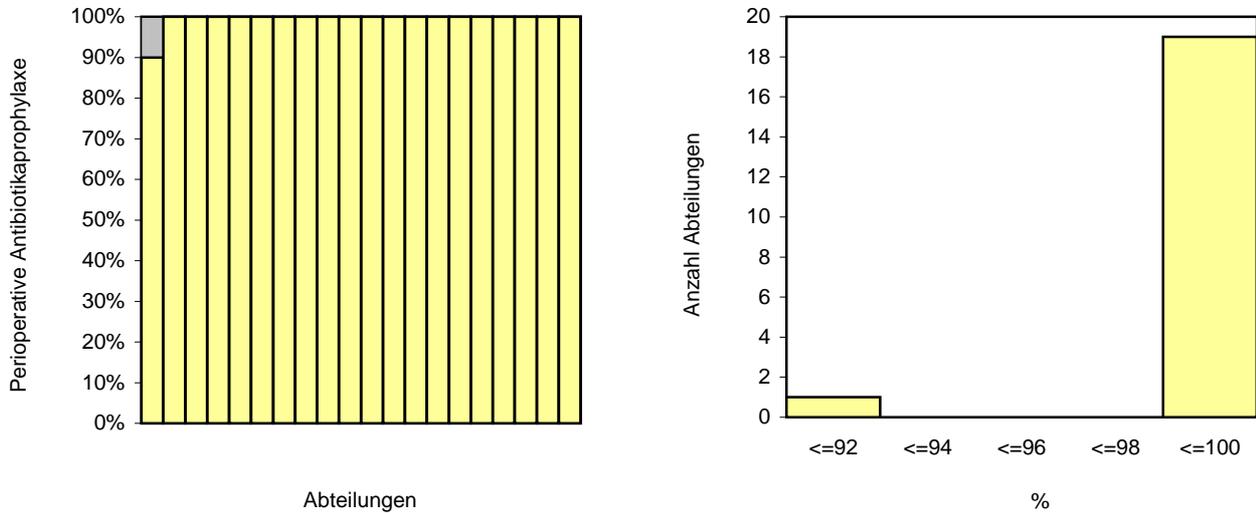
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	571 / 572 99,8%	331 / 332 99,7%	240 / 240 100,0%
Vertrauensbereich	99,0% - 100,0%		
Referenzbereich	≥ 95,0%		
davon			
single shot	309 / 571 54,1%	215 / 331 65,0%	94 / 240 39,2%
Zweitgabe oder öfter	262 / 571 45,9%	116 / 331 35,0%	146 / 240 60,8%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	357 / 358 99,7% 98,4% - 100,0%	185 / 186 99,5%	172 / 172 100,0%

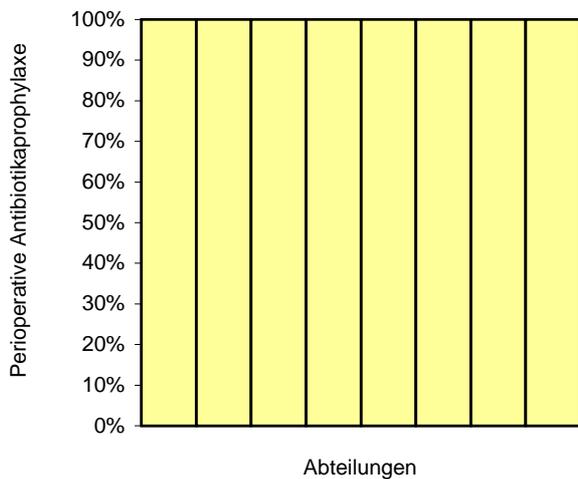
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/292]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n7-KNIE-WECH/2291

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			555 / 561	98,9%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			3 / 561	0,5%
Vertrauensbereich				0,2% - 1,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (< 5 Tage)			0 / 3	0,0%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			2 / 299	0,7%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			1 / 183	0,5%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			0 / 76	0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			1 / 351	0,3% 0,1% - 1,6%

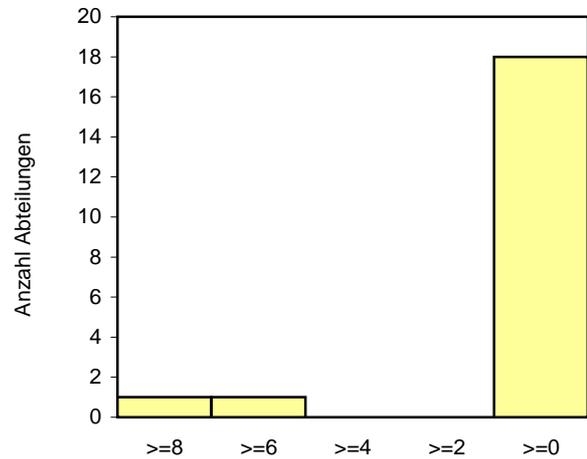
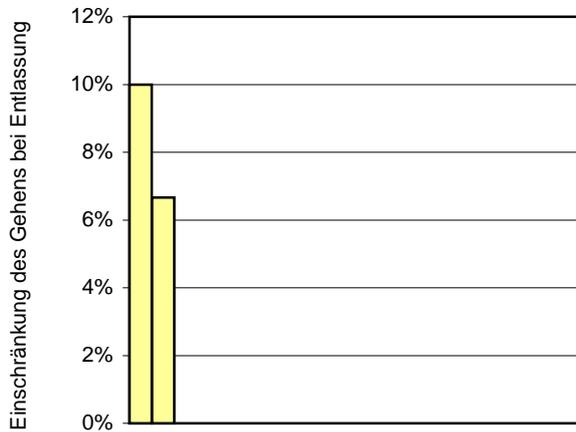
¹ d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/2291]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

%

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	8,3	10,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51044

Referenzbereich: <= 7,59 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		3 / 561 0,53%
vorhergesagt (E) ¹		2,62 / 561 0,47%
O - E		0,07%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 3b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,14
Vertrauensbereich		0,39 - 3,34
Referenzbereich	<= 7,59	<= 7,59

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

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

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

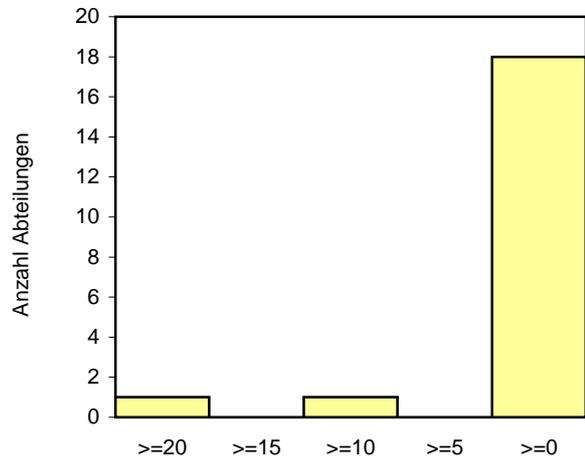
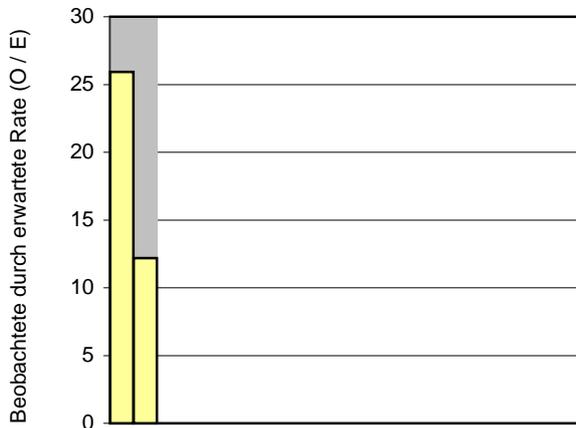
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		1 / 351 0,28%
vorhergesagt (E)		1,77 / 351 0,50%
O - E		-0,22%
O / E		0,56
Vertrauensbereich		0,10 - 3,16

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51044]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

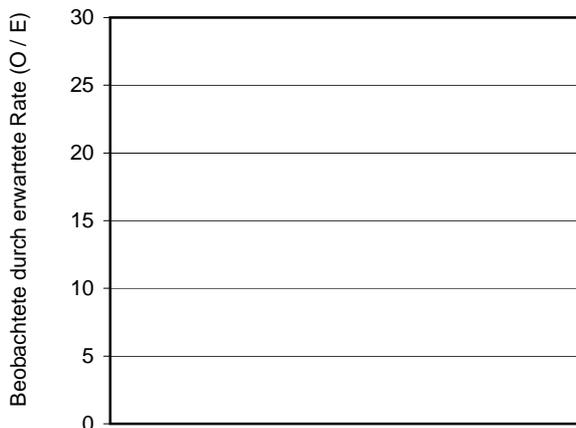
20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,09	19,06	25,92

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/2220

Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 572	0,2%
Patienten mit Nervenschaden			0 / 572	0,0%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			1 / 572	0,2%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,0%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%

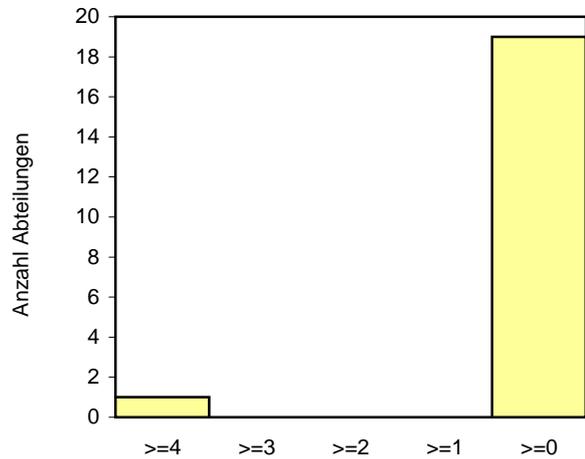
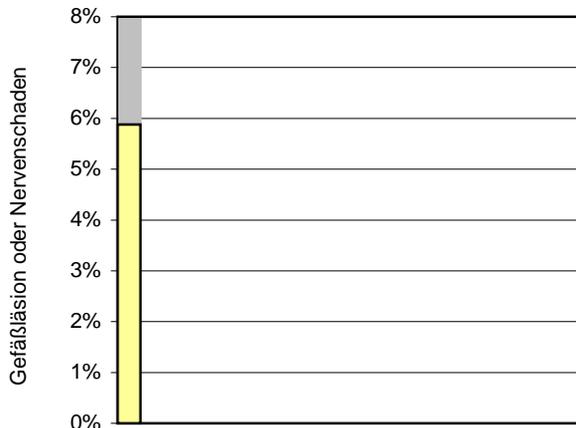
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			0 / 358	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/2220]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



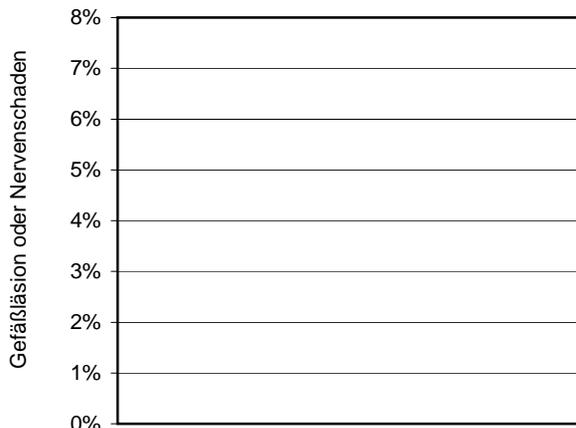
Abteilungen

%

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	5,9

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Fraktur

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

Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/300

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			2 / 572	0,3%
Vertrauensbereich				0,1% - 1,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

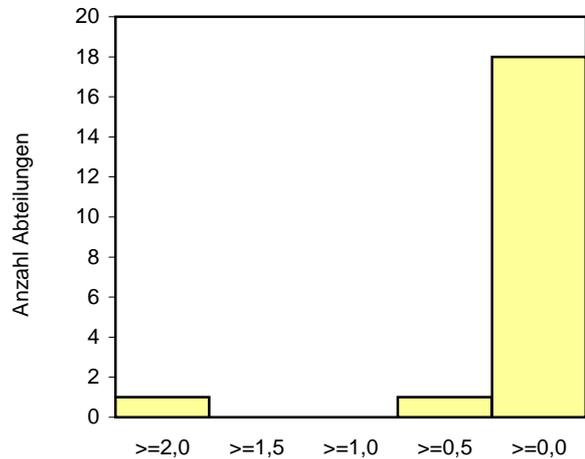
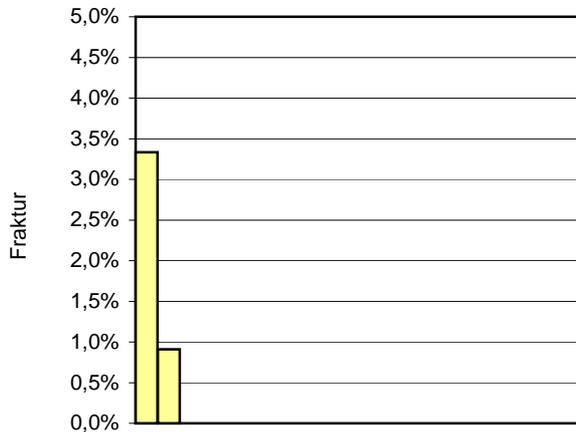
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			3 / 358	0,8%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/300]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



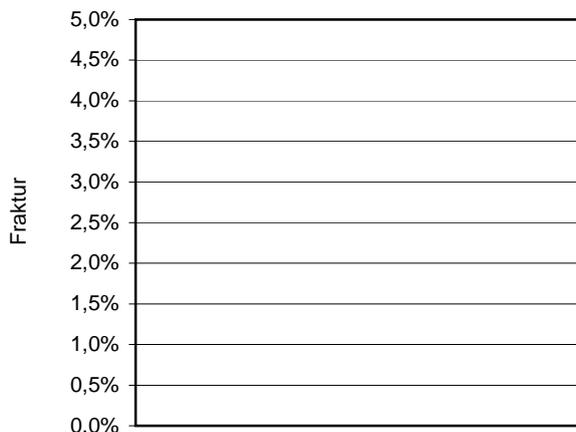
Abteilungen

%

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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51049
Referenzbereich: <= 7,55 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		2 / 572 0,35%
vorhergesagt (E) ¹		2,98 / 572 0,52%
O - E		-0,17%

¹ Erwartete Rate an Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 5b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,67
Vertrauensbereich		0,18 - 2,43
Referenzbereich	<= 7,55	<= 7,55

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.

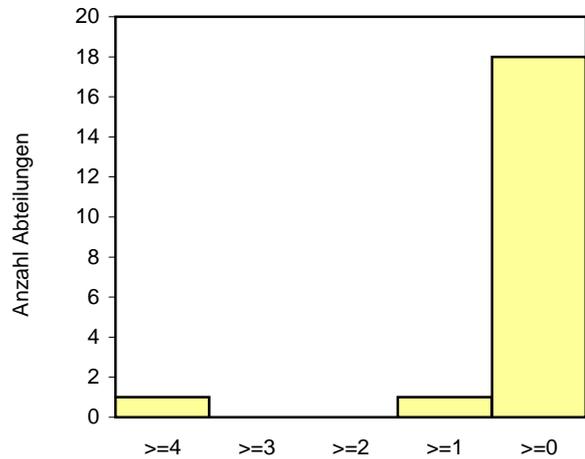
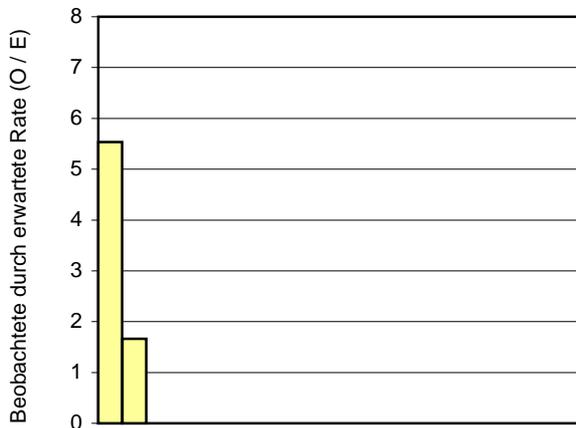
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		3 / 358 0,84%
vorhergesagt (E)		1,94 / 358 0,54%
O - E		0,29%
O / E		1,54
Vertrauensbereich		0,53 - 4,48

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51049]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

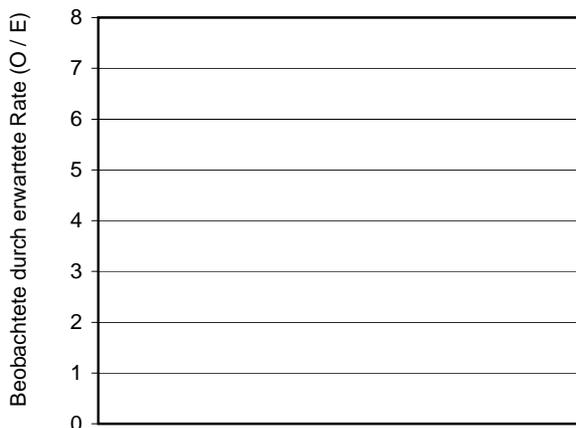


Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	3,60	5,54

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten

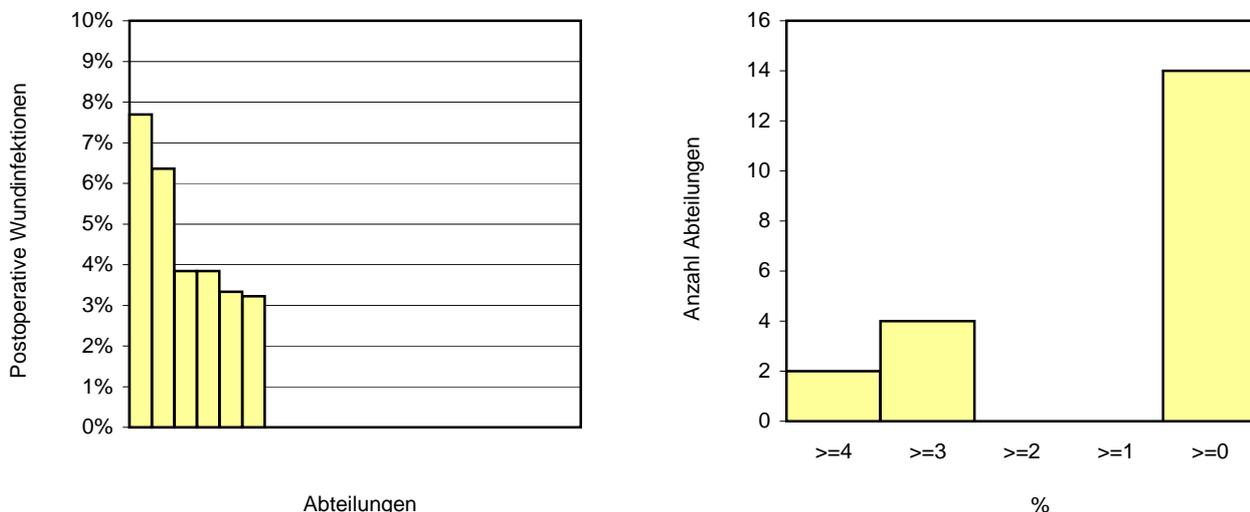
Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/301

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			14 / 572	2,4%
Vertrauensbereich				1,5% - 4,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			8 / 572	1,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			6 / 572	1,0%
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 358	0,3%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,6%

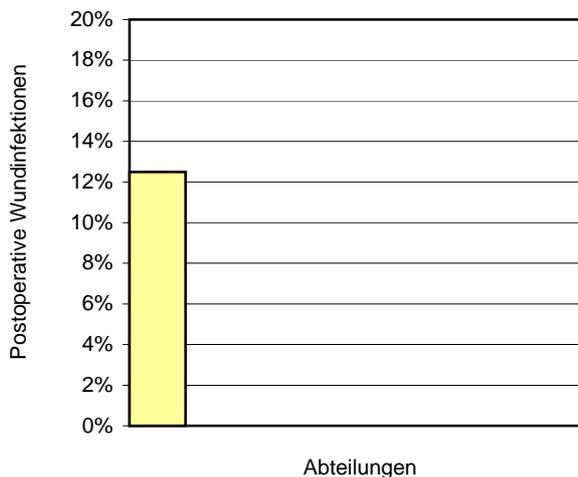
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/301]:
 Anteil von Patienten mit postoperativen Wundinfektionen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	5,1	7,0	7,7

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			12,5

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51416

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		14 / 572 2,45%
vorhergesagt (E) ¹		8,01 / 572 1,40%
O - E		1,05%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 6b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,75
Vertrauensbereich		1,05 - 2,90
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

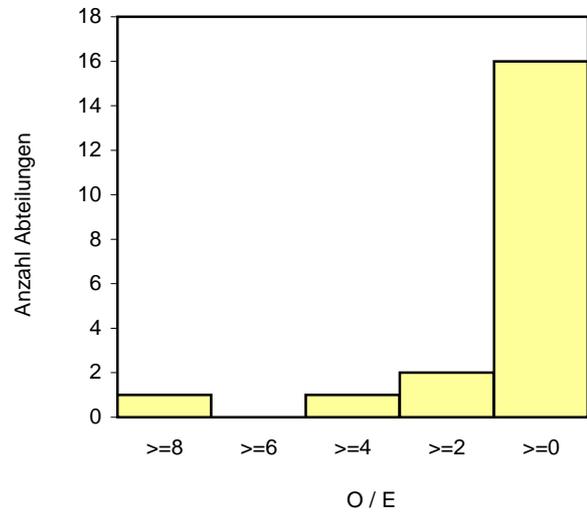
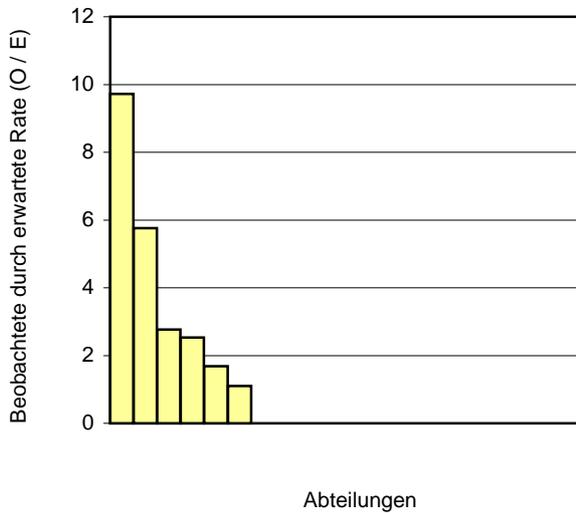
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Fraktur zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		1 / 358 0,28%
vorhergesagt (E)		4,48 / 358 1,25%
O - E		-0,97%
O / E		0,22
Vertrauensbereich		0,04 - 1,25

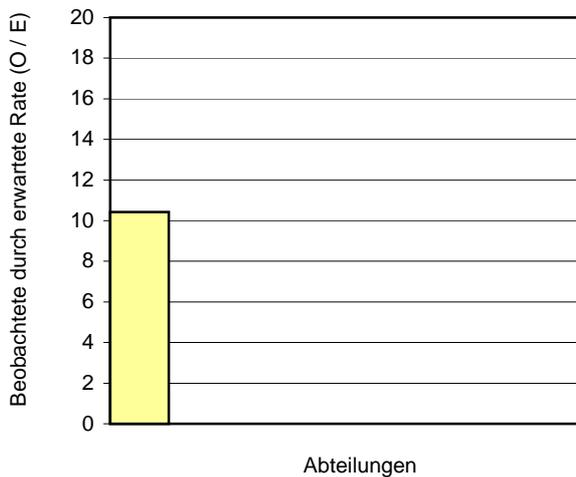
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51416]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	4,27	7,74	9,72

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			10,43

0 Abteilungen 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: > 149 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			229 / 572	40,0%
Risikoklasse 1			248 / 572	43,4%
Risikoklasse 2			93 / 572	16,3%
Risikoklasse 3			2 / 572	0,3%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 229	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 229	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 229	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 229	0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			7 / 248	2,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 248	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			4 / 248	1,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 248	0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			6 / 93	6,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			4 / 93	4,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			2 / 93	2,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 93	0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 2	0,0%

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

Qualitätsindikatorengruppe 7: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/473

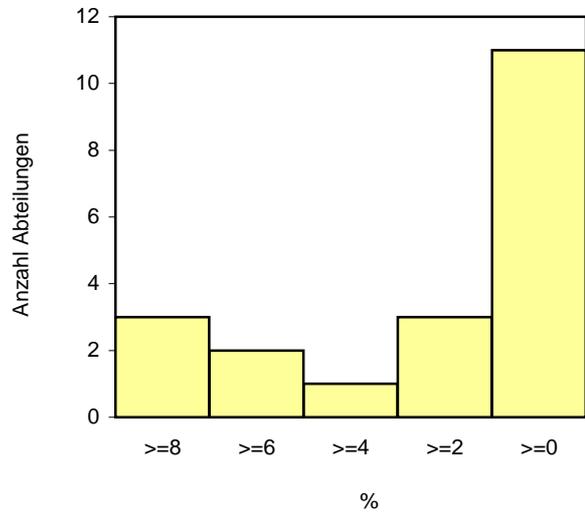
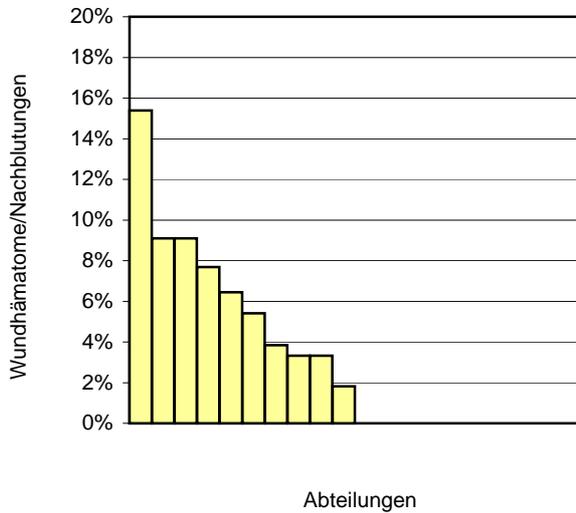
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			17 / 572	3,0%
Vertrauensbereich				1,9% - 4,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			13 / 358	3,6%
Vertrauensbereich				2,1% - 6,1%

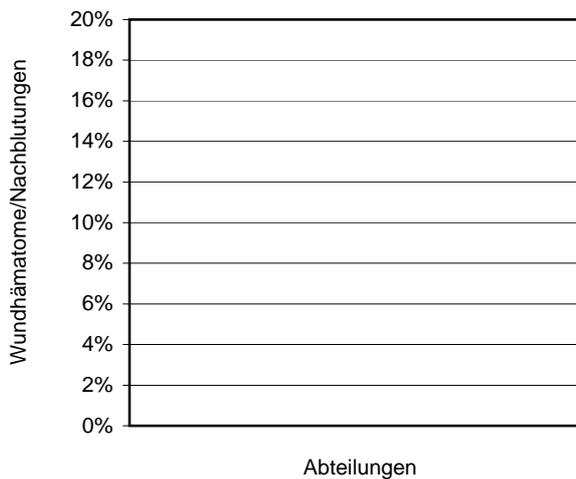
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/473]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	5,9	9,1	12,2	15,4

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 20 - 120 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min¹

	Abteilung 2012			
	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
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
	Gesamt 2012			
	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
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	6 / 332 1,8%	7 / 183 3,8%	3 / 45 6,7%	1 / 12 8,3%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51054
Referenzbereich: <= 6,80 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		17 / 572 2,97%
vorhergesagt (E) ¹		13,07 / 572 2,29%
O - E		0,69%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 7b.

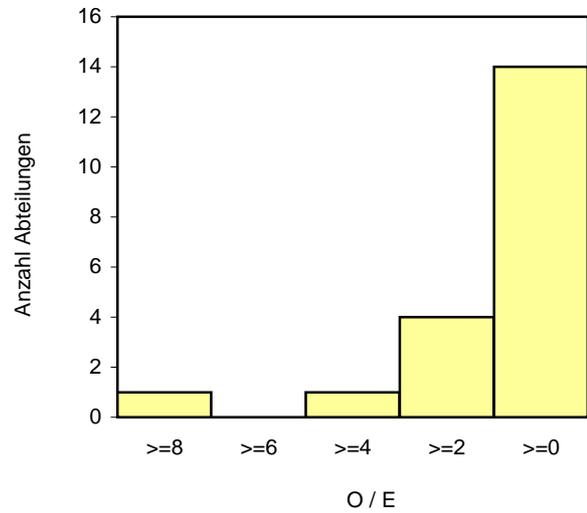
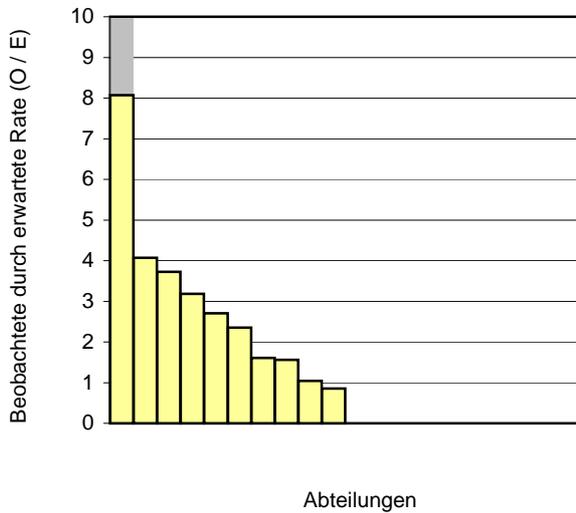
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,30
Vertrauensbereich		0,82 - 2,06
Referenzbereich	<= 6,80	<= 6,80

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		13 / 358 3,63%
vorhergesagt (E)		8,16 / 358 2,28%
O - E		1,35%
O / E		1,59
Vertrauensbereich		0,94 - 2,68

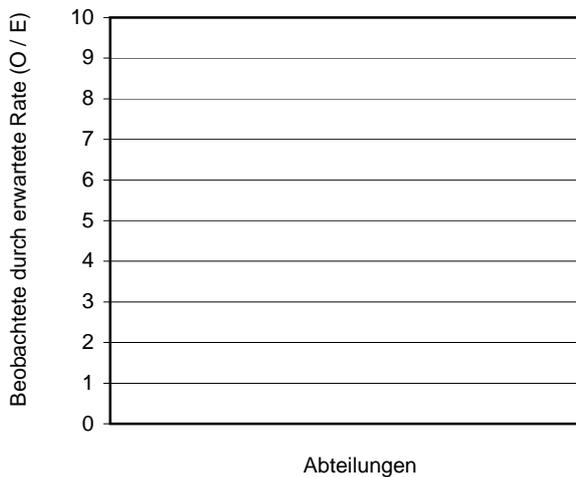
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51054]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	2,53	3,90	6,07	8,07

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Abteilungen 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: 2012/17n7-KNIE-WECH/474

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

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich			nicht definiert

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	3 / 572 0,5%	0 / 301 0,0%	3 / 271 1,1%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	9 / 572 1,6%	2 / 301 0,7%	7 / 271 2,6%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	1 / 572 0,2%	0 / 301 0,0%	1 / 271 0,4%
Patienten mit Lungenembolie	3 / 572 0,5%	1 / 301 0,3%	2 / 271 0,7%
Patienten mit sonstiger Komplikation	11 / 572 1,9%	3 / 301 1,0%	8 / 271 3,0%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	14 / 572 2,4% 1,5% - 4,1%	3 / 301 1,0%	11 / 271 4,1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	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			

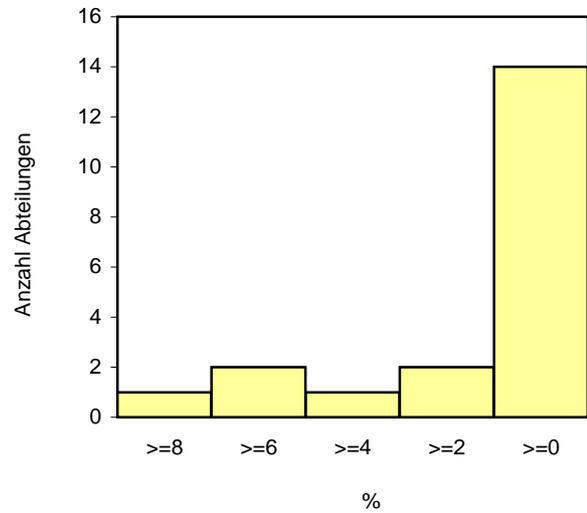
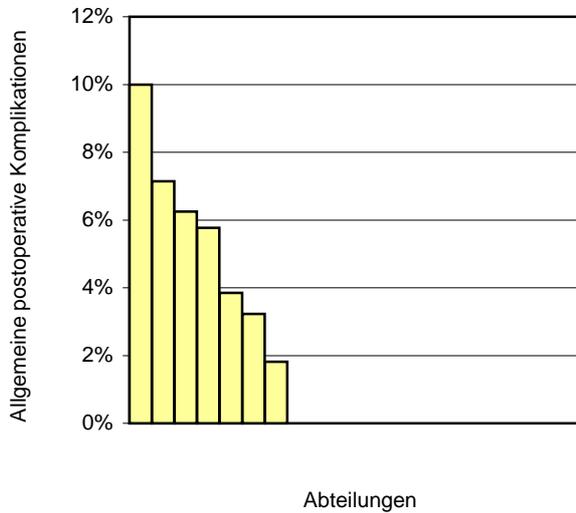
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	7 / 358 2,0% 1,0% - 4,0%	2 / 175 1,1%	5 / 183 2,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/474]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

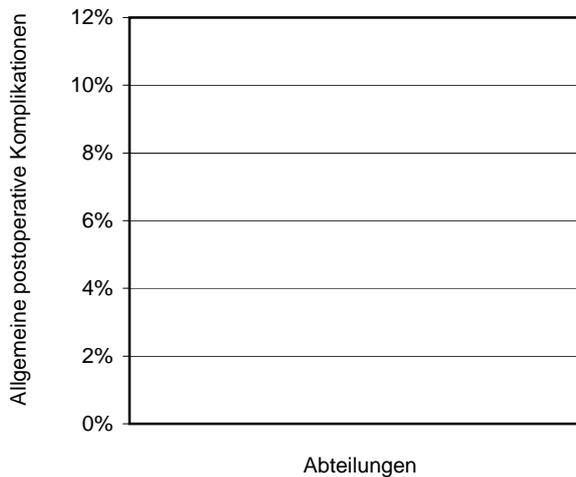
20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	6,7	8,6	10,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51059

Referenzbereich: <= 4,25 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		14 / 572 2,45%
vorhergesagt (E) ¹		9,60 / 572 1,68%
O - E		0,77%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 8b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,46
Vertrauensbereich		0,87 - 2,42
Referenzbereich	<= 4,25	<= 4,25

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

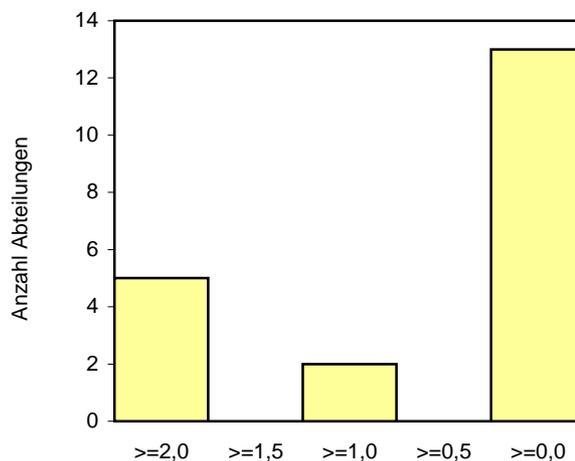
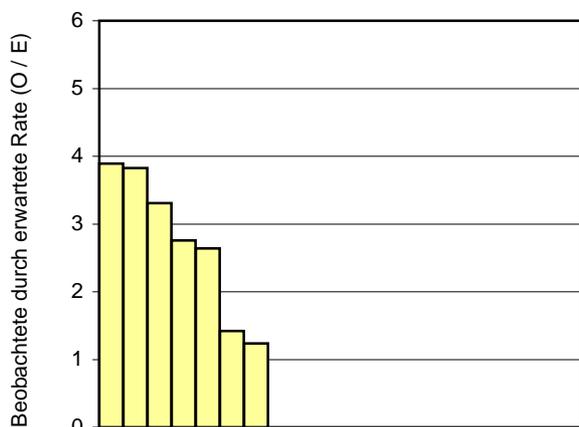
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		7 / 358 1,96%
vorhergesagt (E)		6,23 / 358 1,74%
O - E		0,21%
O / E		1,12
Vertrauensbereich		0,55 - 2,29

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51059]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

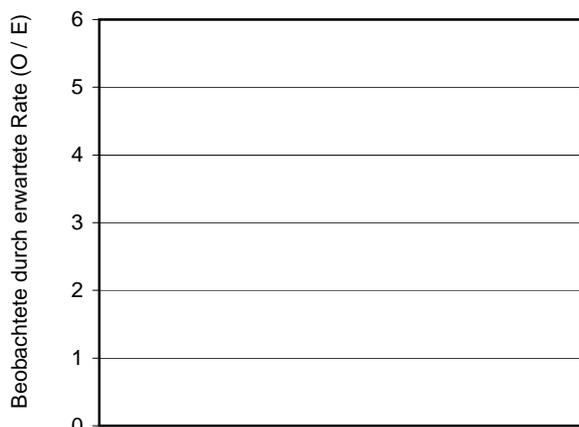


Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,03	3,57	3,86	3,89

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Abteilungen 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 Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/475

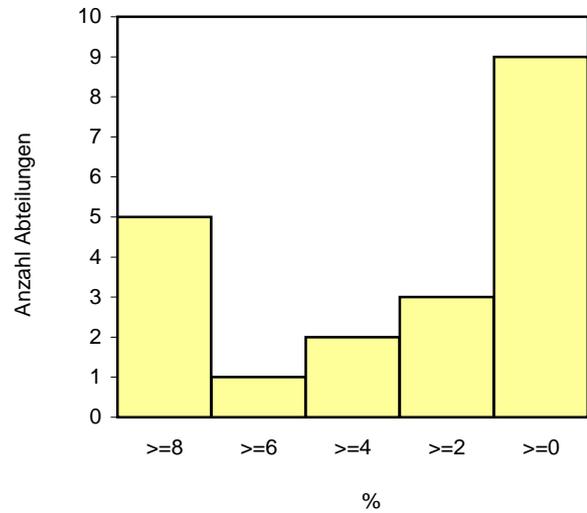
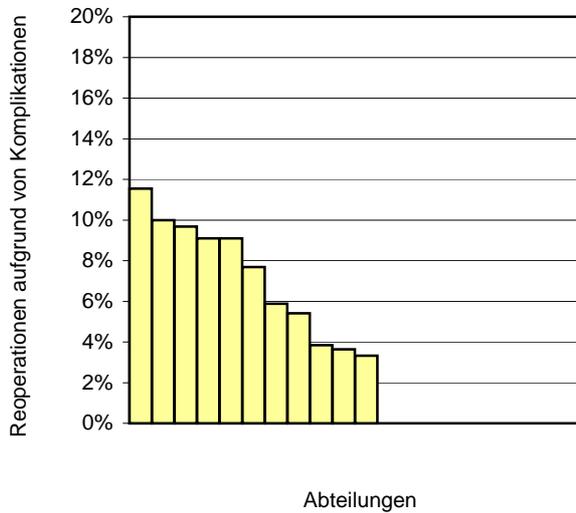
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			24 / 572	4,2%
Vertrauensbereich				2,8% - 6,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			13 / 358	3,6%
Vertrauensbereich				2,1% - 6,1%

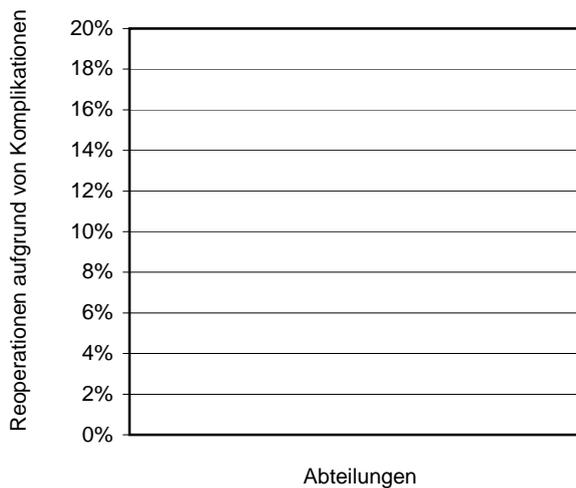
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/475]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	8,4	9,8	10,8	11,5

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51064
Referenzbereich: <= 3,76 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		24 / 572 4,20%
vorhergesagt (E) ¹		19,68 / 572 3,44%
O - E		0,76%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 9b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,22
Vertrauensbereich		0,82 - 1,79
Referenzbereich	<= 3,76	<= 3,76

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.

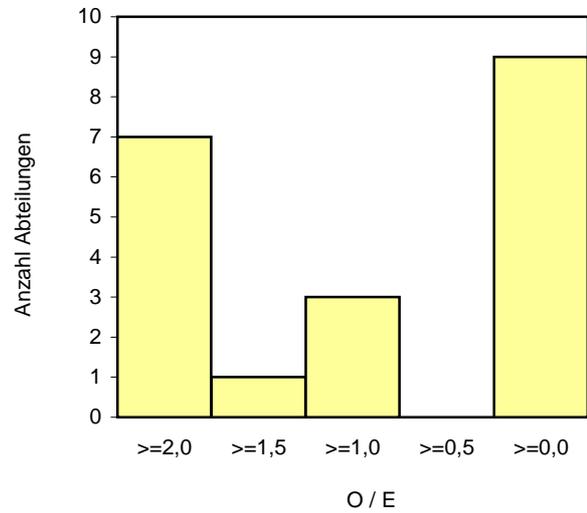
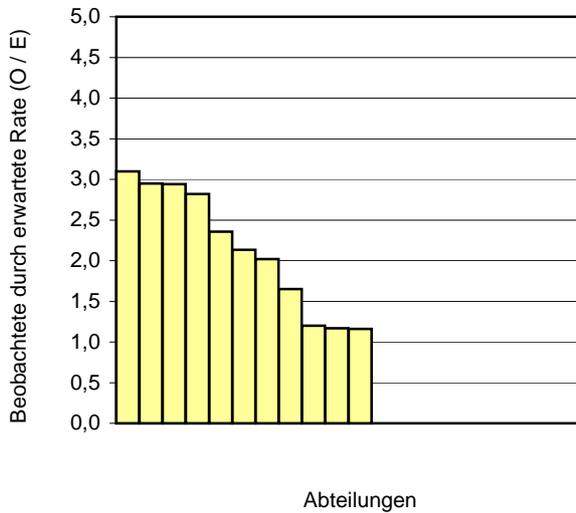
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		13 / 358 3,63%
vorhergesagt (E)		11,71 / 358 3,27%
O - E		0,36%
O / E		1,11
Vertrauensbereich		0,65 - 1,87

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51064]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

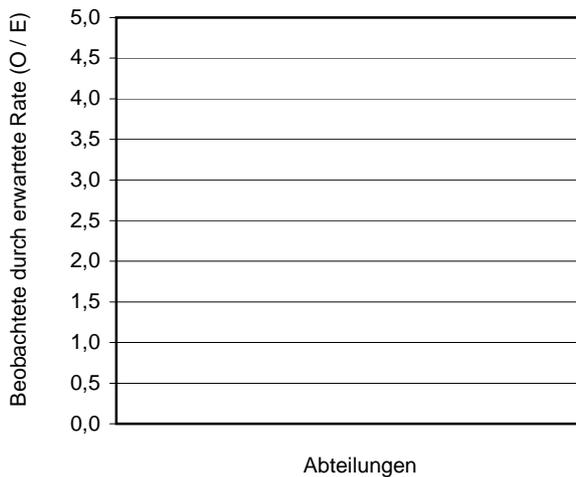
20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,17	2,24	2,95	3,02	3,10

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/476

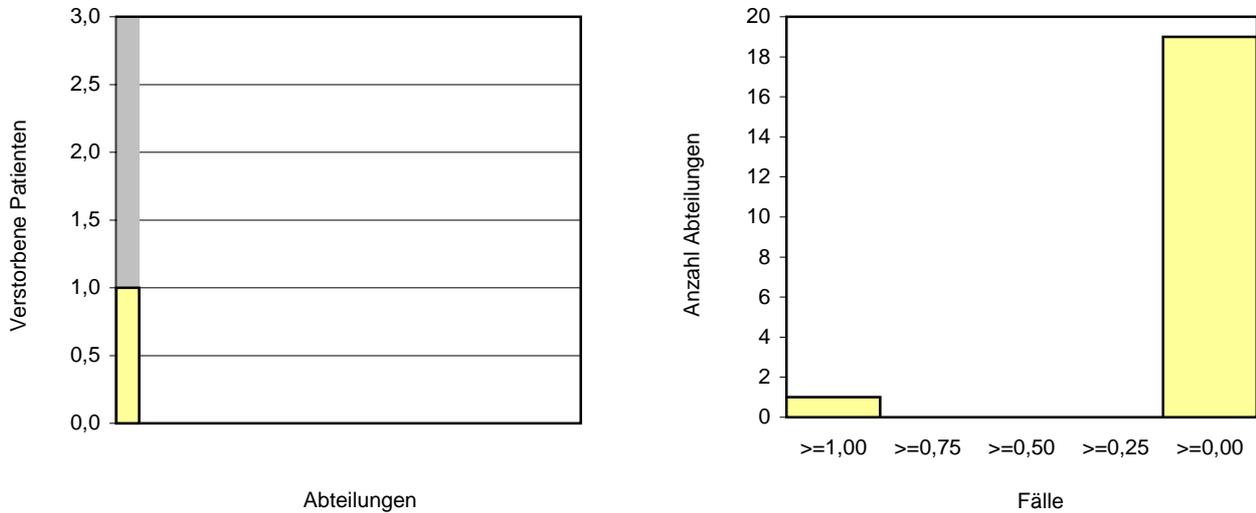
Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		1 Sentinel Event	1 / 572	1,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten		1	1 / 358	1,0 Fälle

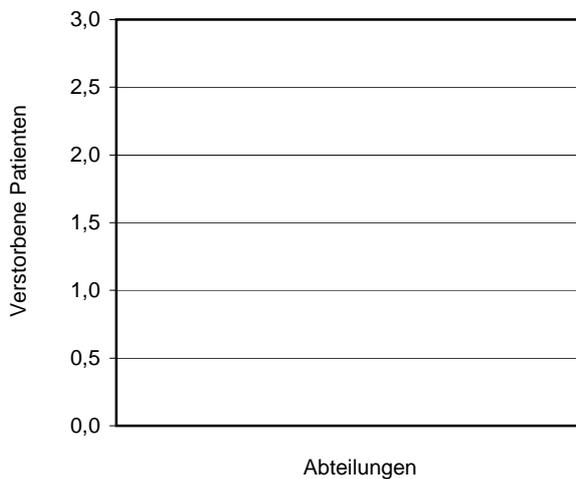
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/476]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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

Abteilung 2012				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
Gesamt 2012				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 301 0,0%	1 / 266 0,4%	0 / 5 0,0%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n7-KNIE-WECH/51069

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		1 / 572 0,17%
vorhergesagt (E) ¹		1,53 / 572 0,27%
O - E		-0,09%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KNIE-WECH-Score 10b.

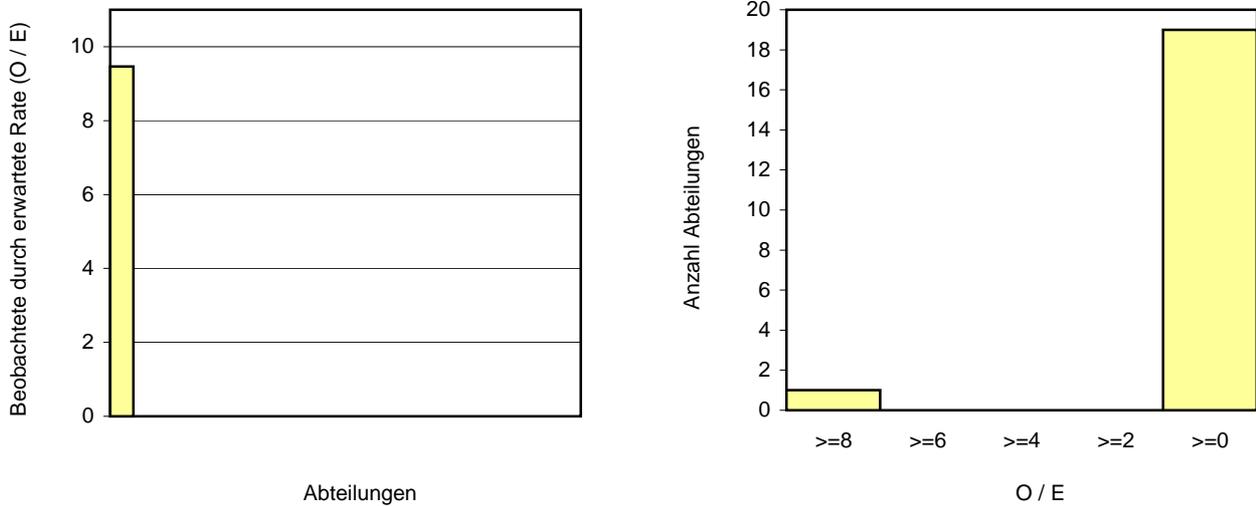
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,66
Vertrauensbereich		0,12 - 3,69
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		1 / 358 0,28%
vorhergesagt (E)		0,96 / 358 0,27%
O - E		0,01%
O / E		1,04
Vertrauensbereich		0,18 - 5,83

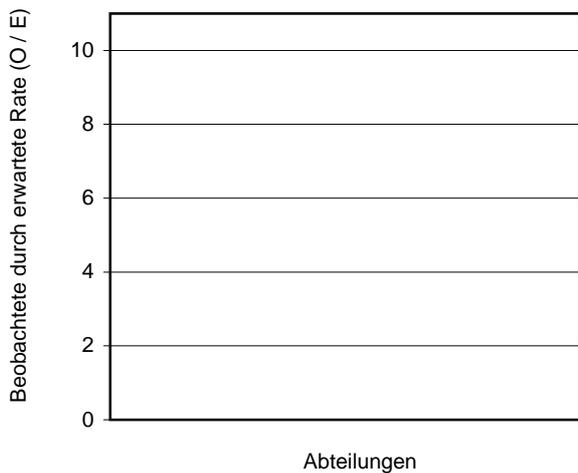
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2012/17n7-KNIE-WECH/51069]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (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	4,73	9,47

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012
Knie-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/7

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 572
Datensatzversion: 17/7 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12627-L82000-P38889

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			155	27,1	104	29,1
2. Quartal			142	24,8	102	28,5
3. Quartal			126	22,0	87	24,3
4. Quartal			149	26,0	65	18,2
Gesamt			572		358	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			572		358	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				2,9		2,2
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			572		358	
Median				10,0		10,5
Mittelwert				12,3		12,6
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			572		358	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				15,2		14,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
8	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	420	73,4	T84.0	297	83,0
2				I10.00	202	35,3	I10.00	144	40,2
3				Z96.6	195	34,1	Z96.6	136	38,0
4				D62	107	18,7	D62	92	25,7
5				T84.5	91	15,9	E11.90	49	13,7
6				E11.90	62	10,8	T84.5	38	10,6
7				E66.00	51	8,9	E79.0	34	9,5
8				I10.90	47	8,2	E66.00	32	8,9

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2012¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel
2	5-829.d	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel von modularen Endoprothesen bei knöchernem Defekt mit Gelenk- und/oder Knochen(teil)ersatz oder individuell angefertigten Implantaten
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
4	5-823.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert
5	5-800.5h	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-823.27	181	31,6	5-829.d	128	35,8
2				5-829.d	162	28,3	8-915	101	28,2
3				8-915	97	17,0	5-823.24	72	20,1
4				5-823.24	79	13,8	5-823.26	70	19,6
5				5-800.5h	73	12,8	8-919	50	14,0

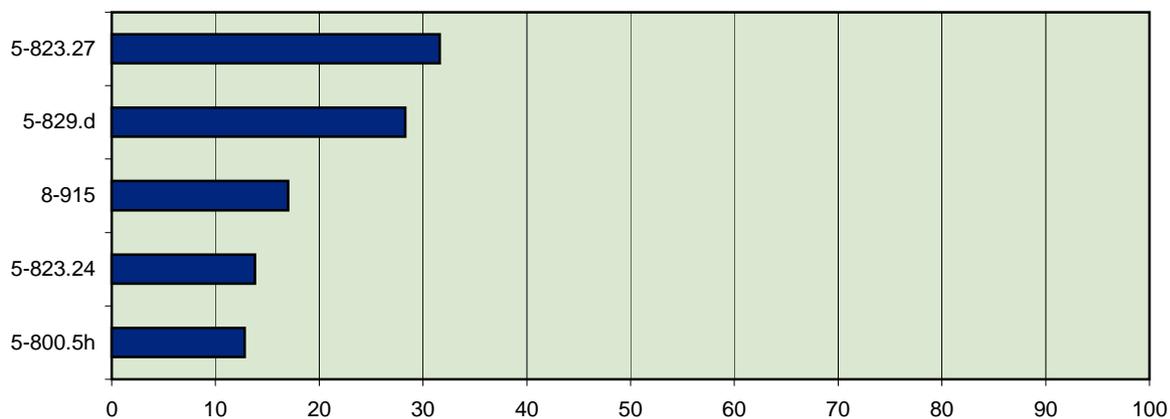
¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen

in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2012 (Gesamt 2012)



%

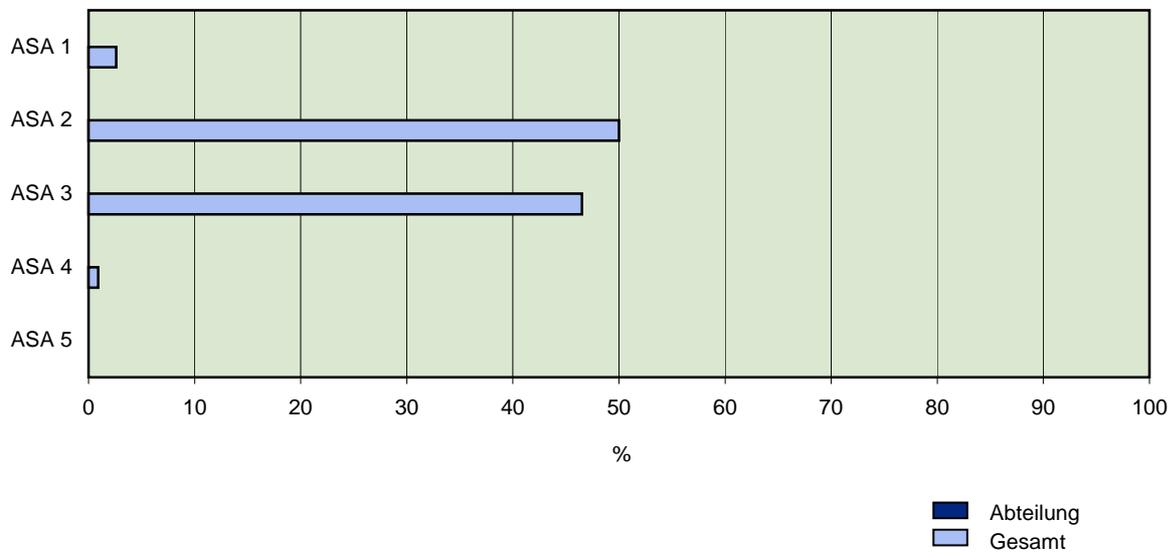
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			42	7,3	19	5,3
5-986 Minimalinvasive Technik			0	0,0	0	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0	0,0	0	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			6	1,0	6	1,7

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			572 / 572		358 / 358	
< 50 Jahre			32 / 572	5,6	14 / 358	3,9
50 - 59 Jahre			104 / 572	18,2	42 / 358	11,7
60 - 69 Jahre			166 / 572	29,0	126 / 358	35,2
70 - 79 Jahre			209 / 572	36,5	131 / 358	36,6
80 - 89 Jahre			59 / 572	10,3	42 / 358	11,7
>= 90 Jahre			2 / 572	0,3	3 / 358	0,8
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			572		358	
Median				69,0		69,0
Mittelwert				67,4		68,9
Geschlecht						
männlich			228	39,9	134	37,4
weiblich			344	60,1	224	62,6
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			10	1,7	2	0,6
nicht dokumentiert			0	0,0	1	0,3
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			15	2,6	1	0,3
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			286	50,0	174	48,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			266	46,5	181	50,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			5	0,9	2	0,6
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruhschmerz			346	60,5	222	62,0
Belastungsschmerz			202	35,3	130	36,3
Keine Schmerzen			24	4,2	6	1,7

Labor

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor			111	19,4	59	16,5
Gelenkpunktion			217	37,9	133	37,2
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			274	47,9	161	45,0
durchgeführt, negativ			248	43,4	172	48,0
durchgeführt, positiv			50	8,7	25	7,0

Röntgendiagnostik

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung/ -versagen			150	26,2	86	24,0
Lockerung der Femur-Komponente			154	26,9	118	33,0
Lockerung der Tibia-Komponente			210	36,7	176	49,2
Lockerung der Patella-Komponente			11	1,9	8	2,2
Substanzverlust Femur			117	20,5	87	24,3
Substanzverlust Tibia			140	24,5	124	34,6
Verschleiß der Gleitfläche			184	32,2	92	25,7
periprothetische Fraktur			27	4,7	22	6,1
Prothesen(sub)luxation			63	11,0	37	10,3
Instabilität im Kniegelenk			251	43,9	151	42,2
Zunahme der Arthrose (bei Schlittenprothesen)			113	19,8	61	17,0
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			476	83,2	318	88,8
bedingt aseptische Eingriffe			61	10,7	21	5,9
kontaminierte Eingriffe			3	0,5	2	0,6
septische Eingriffe			32	5,6	17	4,7

Operation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			572		358	
Median				100,0		100,0
Mittelwert				111,5		125,5
Zweizeitiger Wechsel¹			33	5,8	-	-
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			1	0,2	1	0,3
mit Prophylaxe			571	99,8	357	99,7
davon						
single shot			309 / 571	54,1	191 / 357	53,5
Zweitgabe			83 / 571	14,5	41 / 357	11,5
öfter			179 / 571	31,3	125 / 357	35,0

¹ Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

Verlauf

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			561	98,1	356	99,4
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			29	5,1	21	5,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			1	0,2	1	0,3
Tibia-Komponente			1	0,2	1	0,3
Implantatdislokation			1	0,2	1	0,3
Patellafehlstellung			2	0,3	0	0,0
Wundhämatom/ Nachblutung			17	3,0	13	3,6
Gefäßläsion			1	0,2	0	0,0
Nervenschaden			0	0,0	0	0,0
Fraktur			2	0,3	3	0,8
Sonstige			8	1,4	5	1,4
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			14	2,4	1	0,3
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			8 / 14	57,1	0 / 1	0,0
A2 (tiefe Infektion)			6 / 14	42,9	0 / 1	0,0
A3 (Räume/Organe)			0 / 14	0,0	1 / 1	100,0
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			24	4,2	13	3,6

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			24	4,2	15	4,2
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			3	0,5	0	0,0
kardiovaskuläre Komplikation(en)			9	1,6	6	1,7
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			1	0,2	0	0,0
Lungenembolie			3	0,5	1	0,3
Sonstige			11	1,9	9	2,5

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			563	98,6	350	98,0
Nein			8	1,4	7	2,0
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			4	50,0	1	14,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			559	97,9	351	98,3
Nein			12	2,1	6	1,7
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			4	33,3	1	16,7

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			353	61,7	198	55,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			20	3,5	5	1,4
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,2	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			16	2,8	10	2,8
07: Tod			1	0,2	1	0,3
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	1	0,3
09: in Rehabilitationseinrichtung			172	30,1	137	38,3
10: in Pflegeeinrichtung			8	1,4	4	1,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	2	0,6
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,2	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung III

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			108	18,9	58	16,2
Dienstag			59	10,3	43	12,0
Mittwoch			84	14,7	55	15,4
Donnerstag			78	13,6	56	15,6
Freitag			134	23,4	69	19,3
Samstag			69	12,1	51	14,2
Sonntag			40	7,0	26	7,3

Knie-Endoprothesenwechsel Risikoadjustierung mit dem logistischen KNIWECH-Score

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

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

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

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

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

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

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

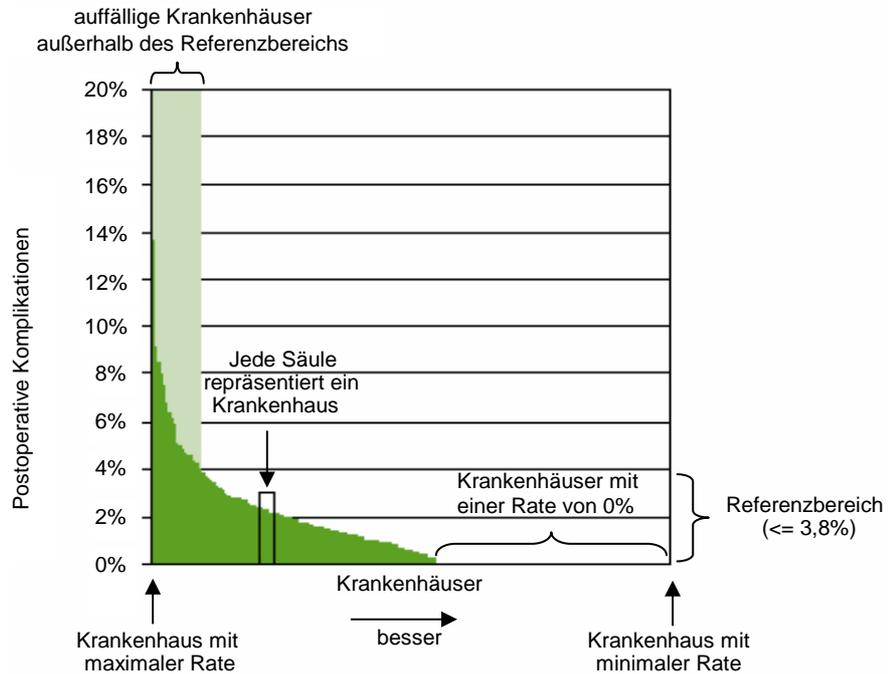
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

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

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

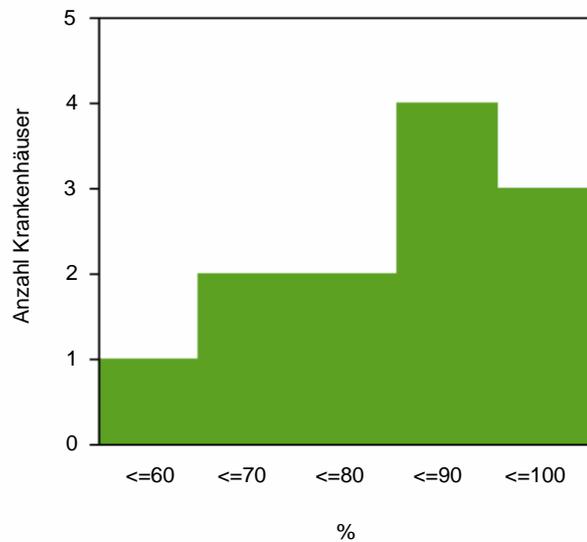
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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