

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.446
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12626-L81939-P38821

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.446
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12626-L81939-P38821

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n5-KNIE-TEP/276					
QI 1: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			96,5%	>= 90,0%	1.1
2012/17n5-KNIE-TEP/277					
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,7%	>= 95,0%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit					
3a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2218 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			99,6%	>= 90,0%	1.7
3b: 2012/17n5-KNIE-TEP/10953 von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode			94,3%	>= 80,0%	1.9
QI 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung					
4a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2288 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	1.12
4b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51004 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,75	<= 7,54	1.15
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden					
5a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2219 bei allen Patienten			0,0%	nicht definiert	1.17
5b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51009 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,30	<= 12,96	1.19
QI 6: Fraktur					
6a: 2012/17n5-KNIE-TEP/285 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	1.21
6b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51014 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,72	<= 14,88	1.23

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 7: Allgemeine postoperative Komplikationen					
7a: 2012/17n5-KNIE-TEP/289 bei allen Patienten			1,0%	nicht definiert	1.25
7b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51029 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,73	<= 3,19	1.28
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus					
8a: 2012/17n5-KNIE-TEP/472 bei allen Patienten			6,0 Fälle	Sentinel Event	1.30
8b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51039 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,58	nicht definiert	1.33

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

Qualitätsindikator 1: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		4 / 4.446	0,1%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		49 / 4.446	1,1%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		369 / 4.446	8,3%
Gruppe 4	5 - 6 Punkte		2.188 / 4.446	49,2%
Gruppe 5	7 - 8 Punkte		1.836 / 4.446	41,3%
Gruppe 6	4 - 8 Punkte		4.302 / 4.446	96,8%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			1.162 / 4.446	26,1%
Patienten mit Ruheschmerz			3.271 / 4.446	73,6%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			4.290 / 4.446	96,5%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,0%
Referenzbereich				>= 90,0%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

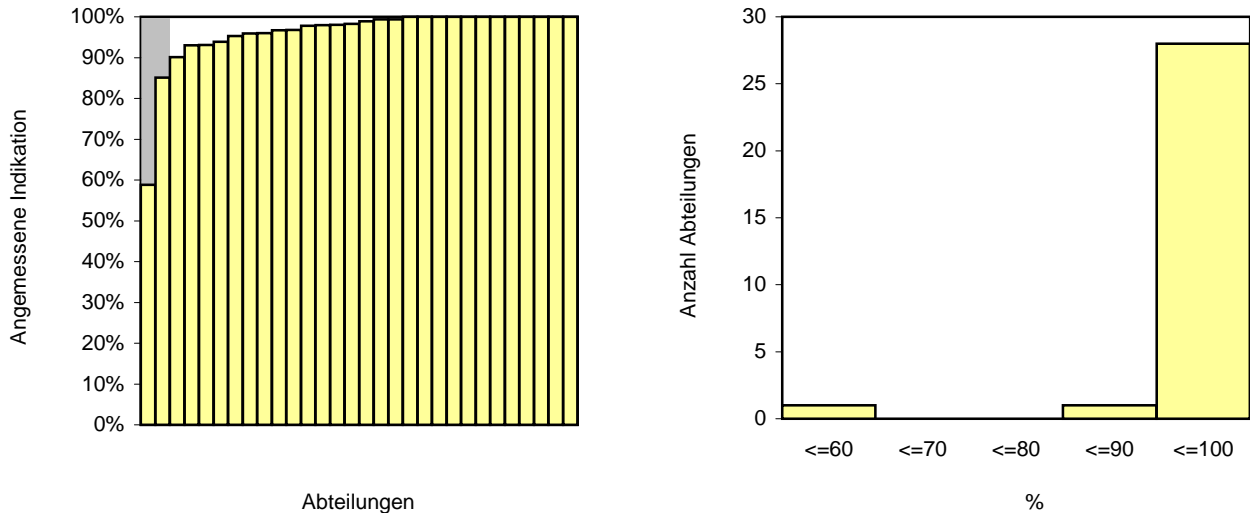
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerz Kriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			4.741 / 4.873	97,3% 96,8% - 97,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/276]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

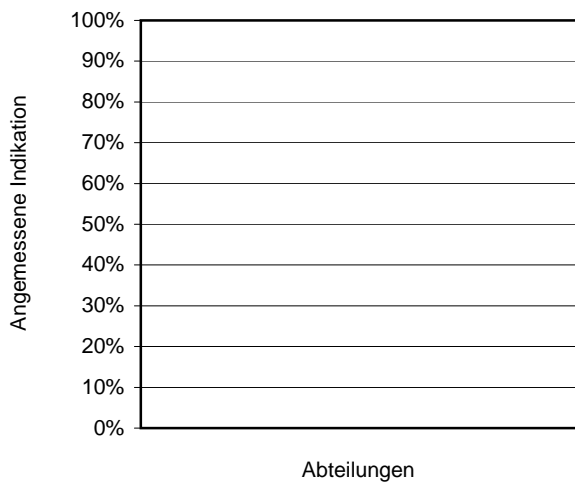
30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,8	85,1	91,6	95,9	98,6	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

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: 2012/17n5-KNIE-TEP/277

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			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

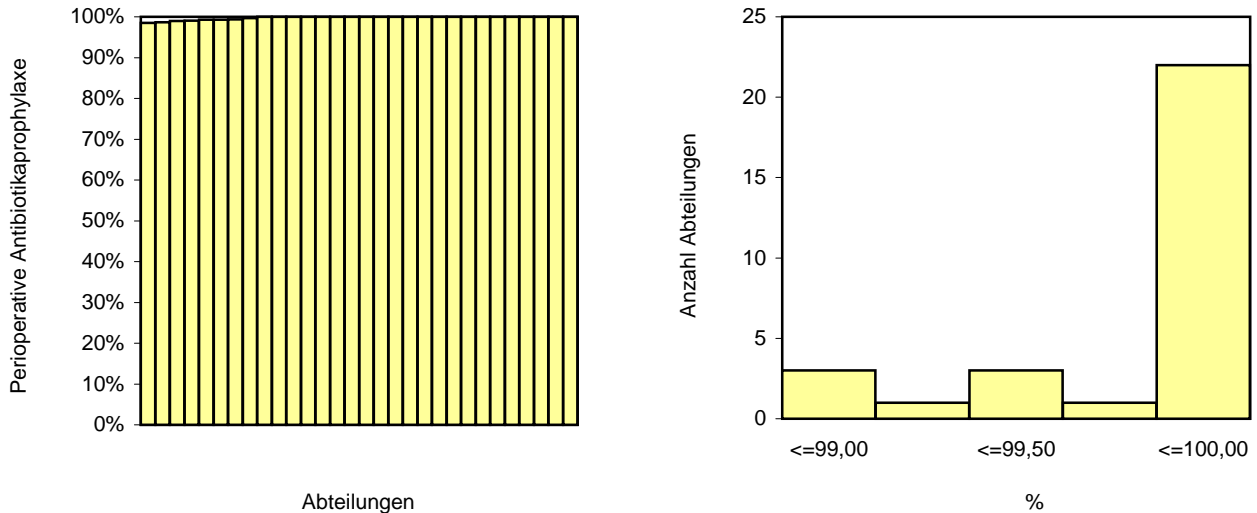
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	4.432 / 4.446 99,7%	3.984 / 3.998 99,6%	448 / 448 100,0%
Vertrauensbereich	99,5% - 99,8%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon single shot	4.098 / 4.432 92,5%	3.751 / 3.984 94,2%	347 / 448 77,5%
Zweitgabe oder öfter	334 / 4.432 7,5%	233 / 3.984 5,8%	101 / 448 22,5%

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	4.856 / 4.873 99,7% 99,4% - 99,8%	4.341 / 4.355 99,7%	515 / 518 99,4%

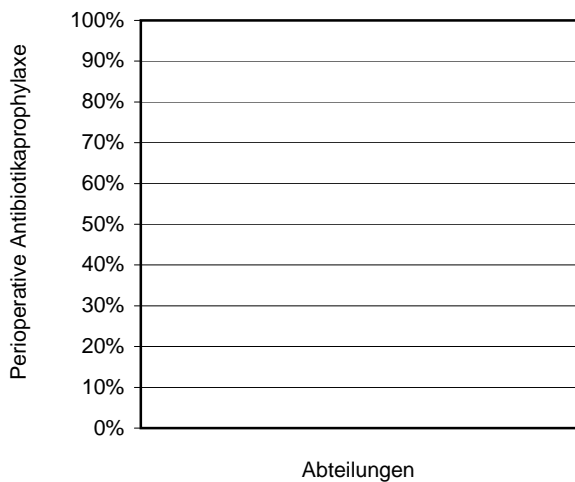
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/277]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,5	98,7	99,0	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Postoperative Beweglichkeit

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

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

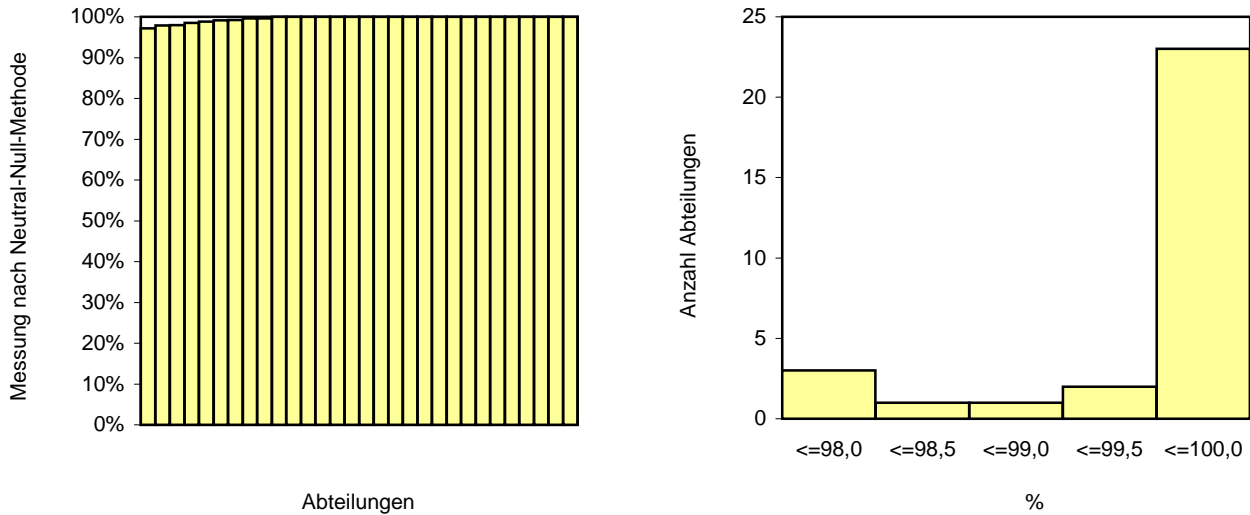
Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit Vertrauensbereich Referenzbereich			4.426 / 4.446	99,6% 99,3% - 99,7% >= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit Vertrauensbereich			4.829 / 4.873	99,1% 98,8% - 99,3%

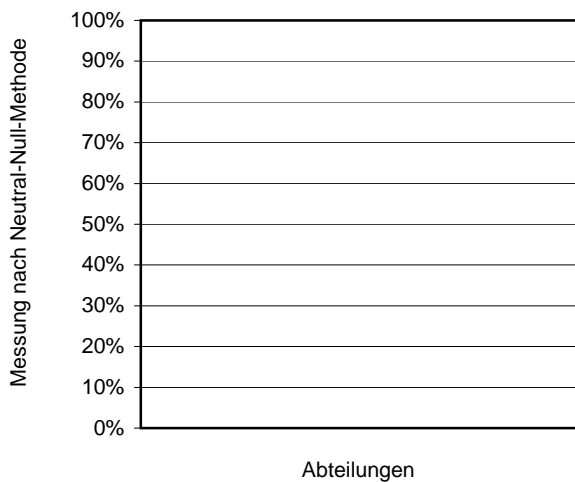
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/2218]:
Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,1	97,9	98,2	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Referenzbereich: >= 80,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			4.175 / 4.426	94,3% 93,6% - 95,0% >= 80,0%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			4.381 / 4.426	99,0%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)			4.210 / 4.426	95,1%

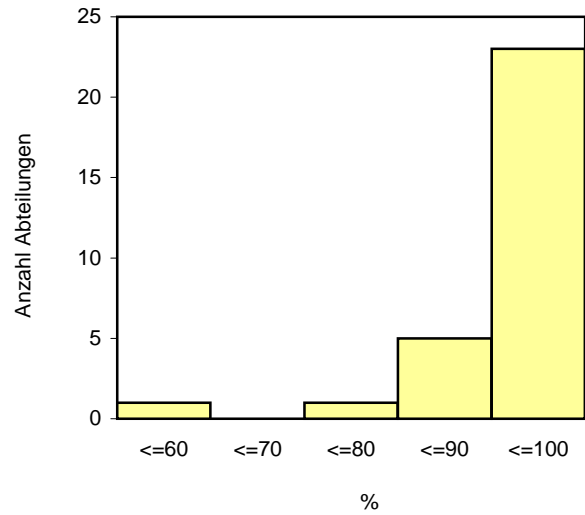
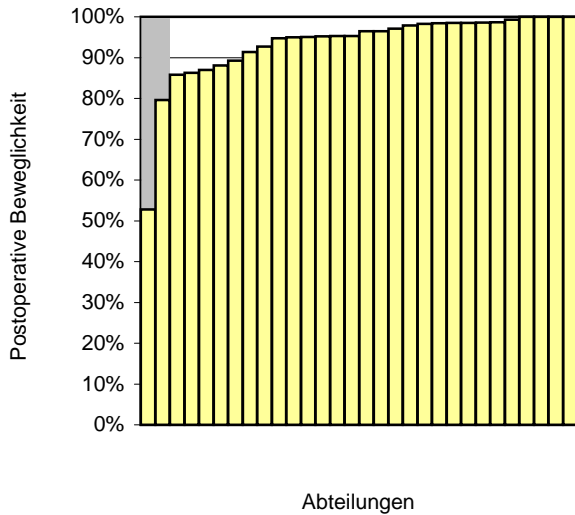
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			4.399 / 4.829	91,1% 90,3% - 91,9%

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

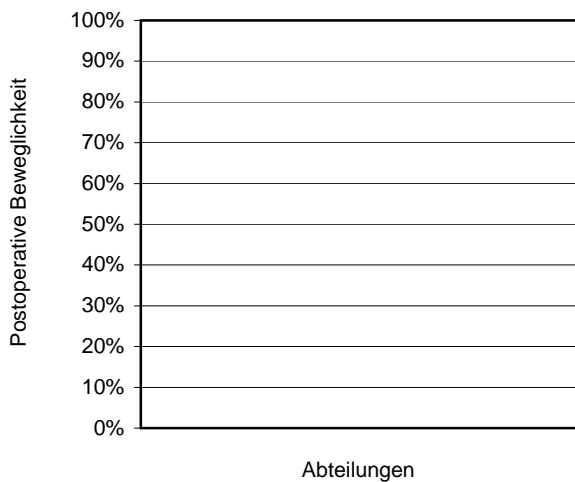
30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,8	79,6	86,1	91,4	95,9	98,5	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilung 2012				
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)				
Gesamt 2012				
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)	8 / 10 80,0%	2.779 / 2.926 95,0%	1.269 / 1.356 93,6%	119 / 134 88,8%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

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

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.408 / 4.418	99,8%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			6 / 4.418	0,1%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (< 5 Tage)			1 / 10	10,0%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			3 / 2.929	0,1%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			2 / 1.351	0,1%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			0 / 128	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 Gefähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			10 / 4.840	0,2% 0,1% - 0,4%

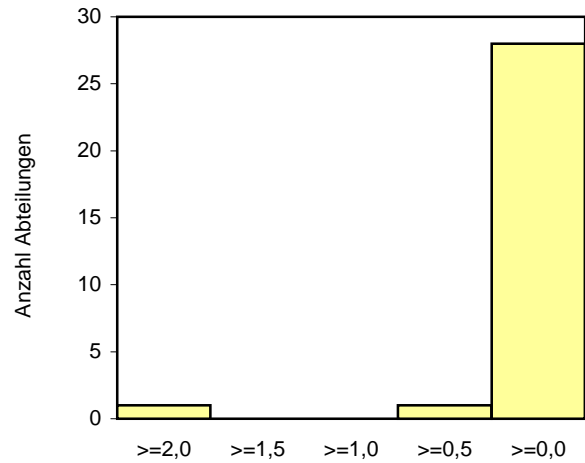
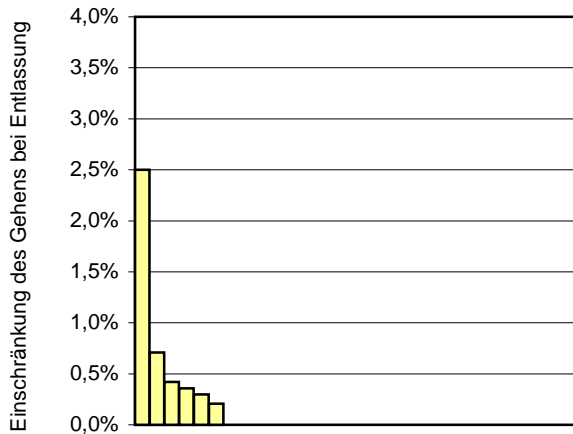
¹ d. h. Patient präoperativ gefähig, bei Entlassung nicht gefähig

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



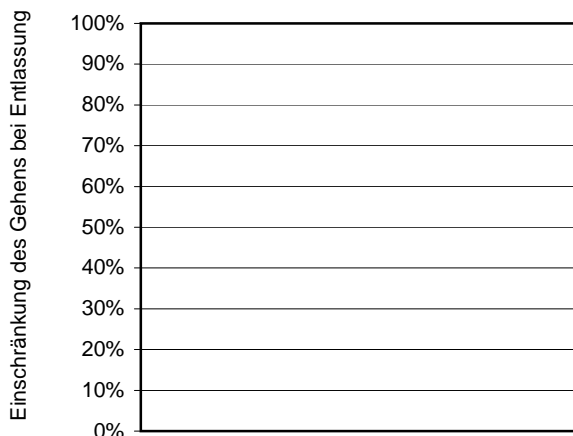
Abteilungen

%

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	0,4	0,7	2,5

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Abteilungen

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

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: 2012/17n5-KNIE-TEP/51004

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		6 / 4.418 0,14%
vorhergesagt (E) ¹		7,96 / 4.418 0,18%
O - E		-0,04%

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,75
Vertrauensbereich		0,35 - 1,64
Referenzbereich	<= 7,54	<= 7,54

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

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

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

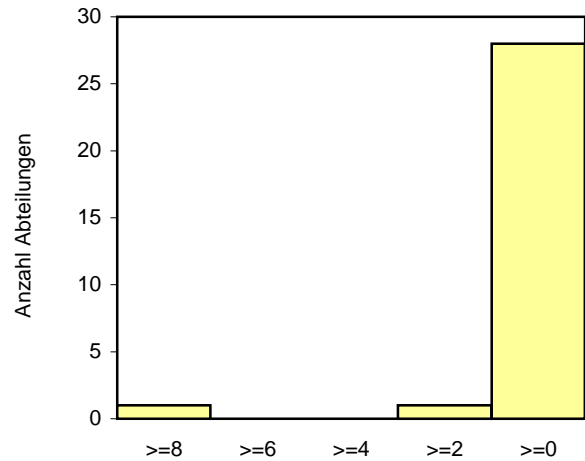
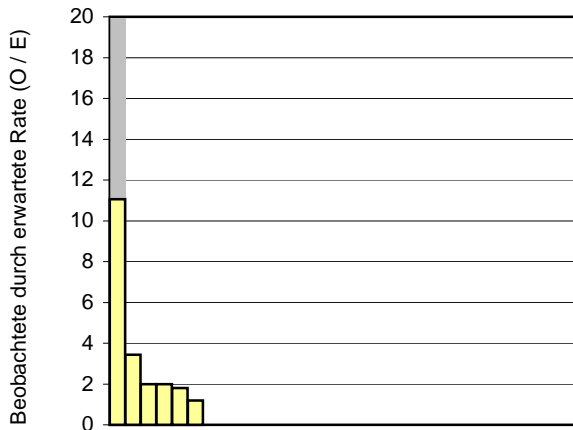
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		10 / 4.840 0,21%
vorhergesagt (E)		8,79 / 4.840 0,18%
O - E		0,03%
O / E		1,14
Vertrauensbereich		0,62 - 2,09

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

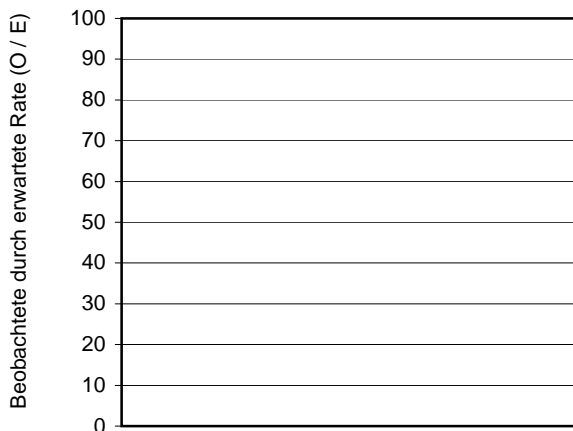
30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,00	3,44	11,05

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 4.446	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			2 / 4.446	0,0%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			2 / 4.446	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

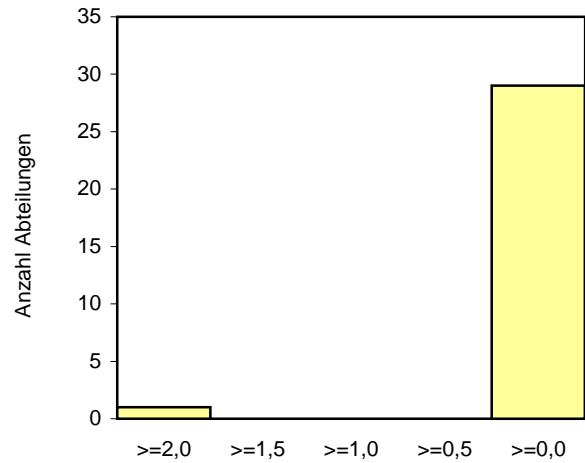
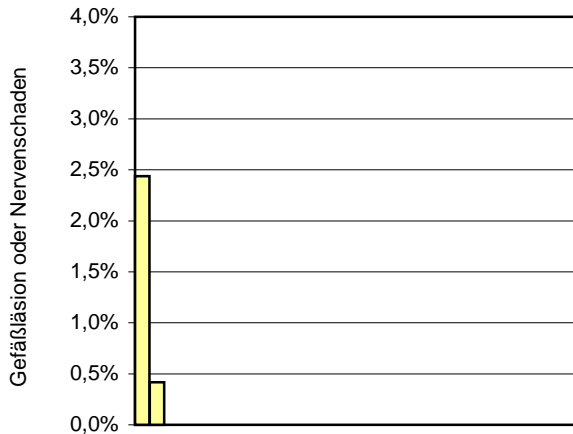
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			8 / 4.873	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/2219]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



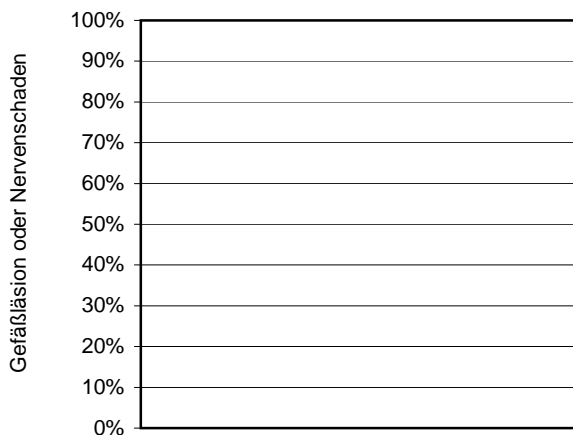
Abteilungen

%

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	0,4	2,4

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		2 / 4.446 0,04%
vorhergesagt (E) ¹		6,78 / 4.446 0,15%
O - E		-0,11%

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,30
Vertrauensbereich		0,08 - 1,08
Referenzbereich	<= 12,96	<= 12,96

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

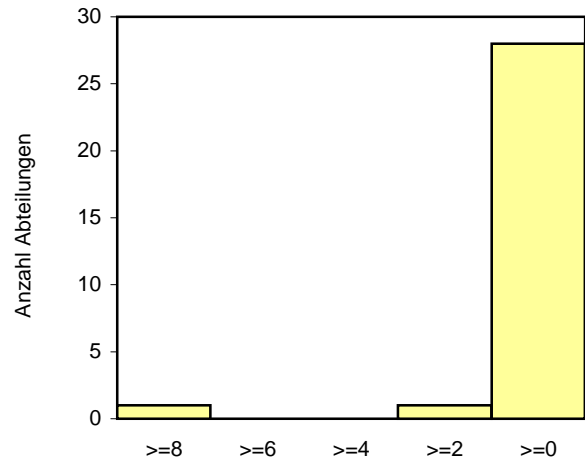
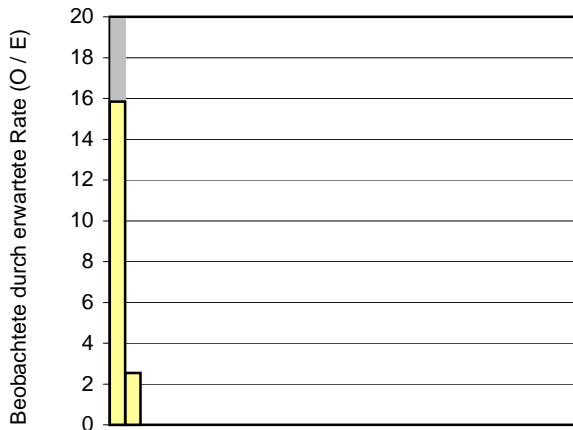
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		8 / 4.873 0,16%
vorhergesagt (E)		7,69 / 4.873 0,16%
O - E		0,01%
O / E		1,04
Vertrauensbereich		0,53 - 2,05

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

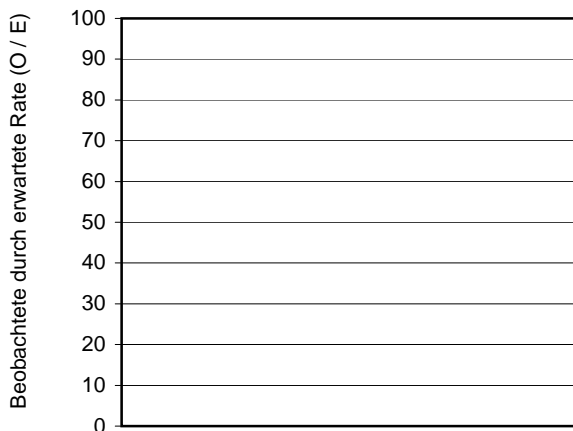
30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,55	15,84

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Fraktur

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

Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			4 / 4.446	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

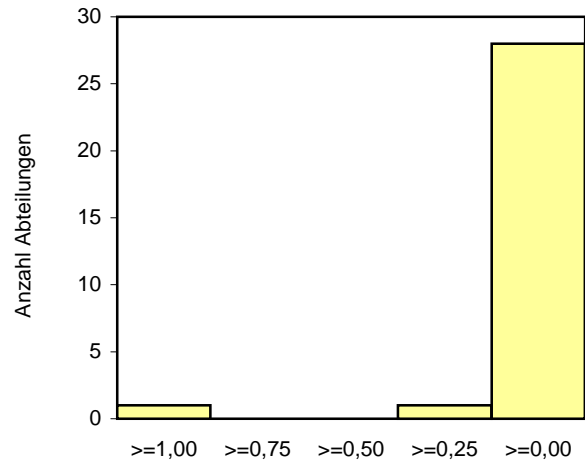
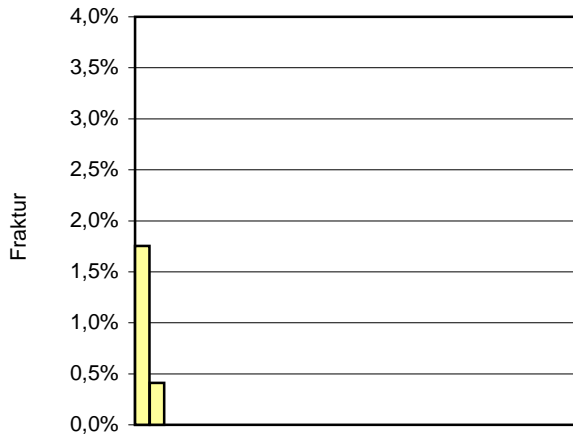
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			11 / 4.873	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/285]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



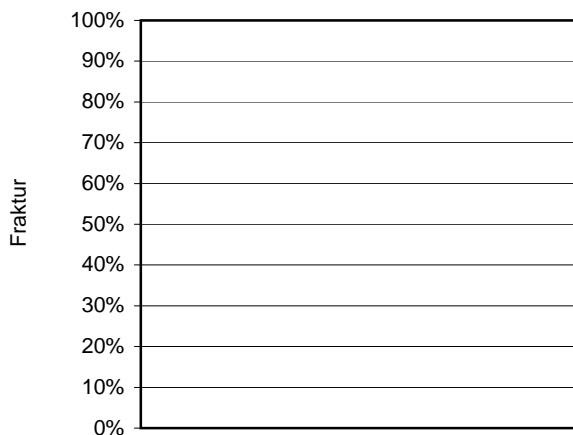
Abteilungen

%

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	0,4	1,8

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		4 / 4.446 0,09%
vorhergesagt (E) ¹		5,56 / 4.446 0,12%
O - E		-0,03%

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,72
Vertrauensbereich		0,28 - 1,85
Referenzbereich	<= 14,88	<= 14,88

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

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

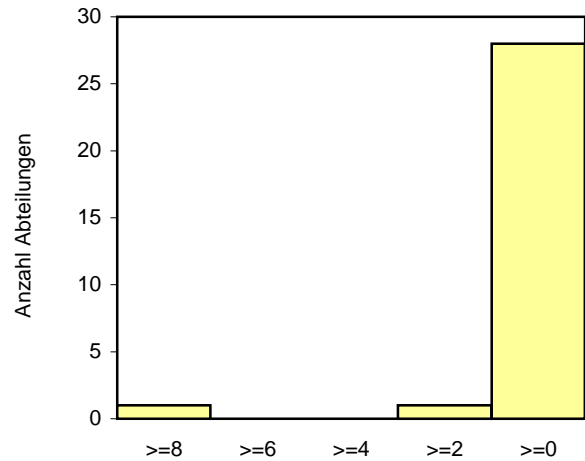
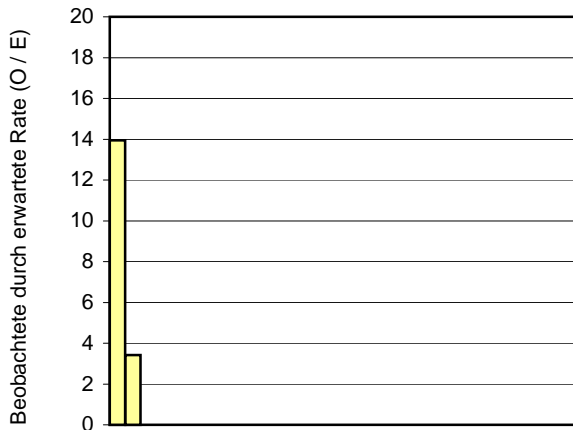
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		11 / 4.873 0,23%
vorhergesagt (E)		6,20 / 4.873 0,13%
O - E		0,10%
O / E		1,77
Vertrauensbereich		0,99 - 3,17

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



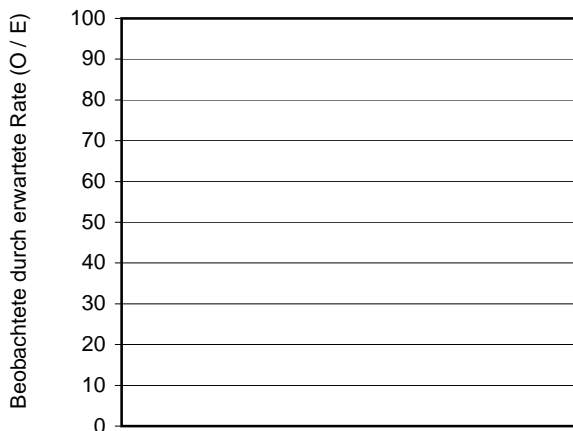
Abteilungen

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	0,00	3,42	13,94

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

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

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

	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	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	7 / 4.446 0,2%	2 / 2.584 0,1%	5 / 1.862 0,3%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	26 / 4.446 0,6%	7 / 2.584 0,3%	19 / 1.862 1,0%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	9 / 4.446 0,2%	5 / 2.584 0,2%	4 / 1.862 0,2%
Patienten mit Lungenembolie	4 / 4.446 0,1%	0 / 2.584 0,0%	4 / 1.862 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	62 / 4.446 1,4%	23 / 2.584 0,9%	39 / 1.862 2,1%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	44 / 4.446 1,0%	13 / 2.584 0,5%	31 / 1.862 1,7%
Vertrauensbereich	0,7% - 1,3%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

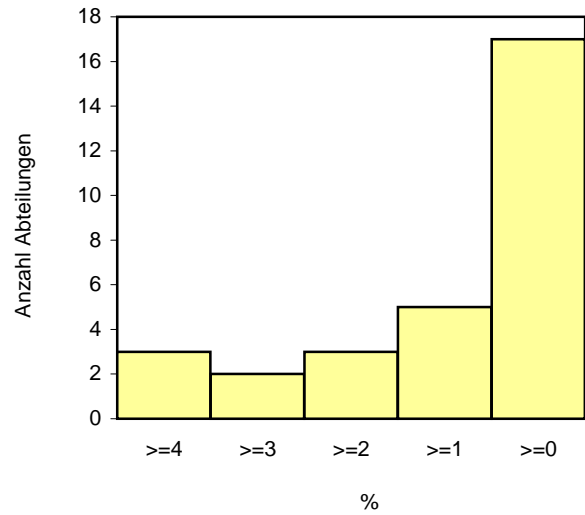
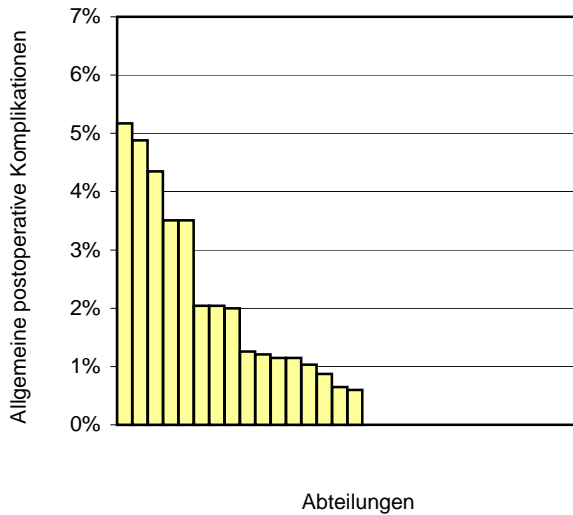
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	68 / 4.873 1,4%	34 / 2.886 1,2%	34 / 1.986 1,7%
Vertrauensbereich	1,1% - 1,8%		

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

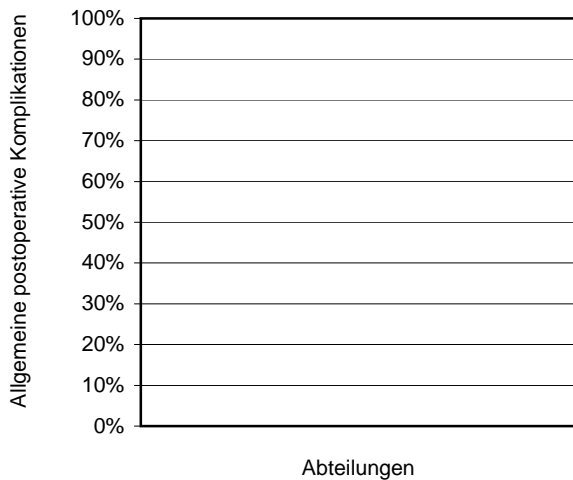
30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,0	3,9	4,9	5,2

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

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: 2012/17n5-KNIE-TEP/51029

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		44 / 4.446 0,99%
vorhergesagt (E) ¹		60,28 / 4.446 1,36%
O - E		-0,37%

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,73
Vertrauensbereich		0,54 - 0,98
Referenzbereich	<= 3,19	<= 3,19

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

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

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

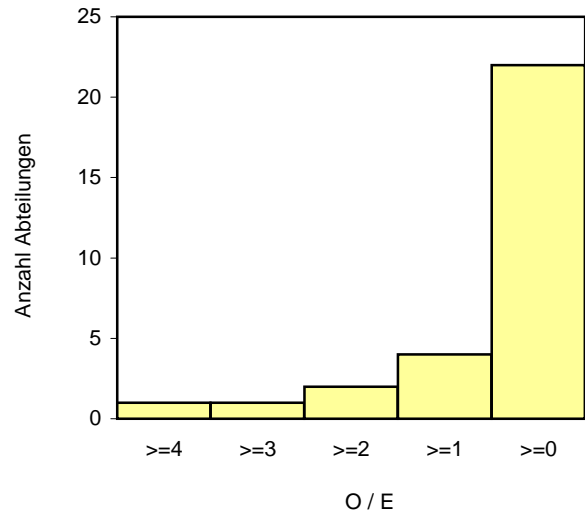
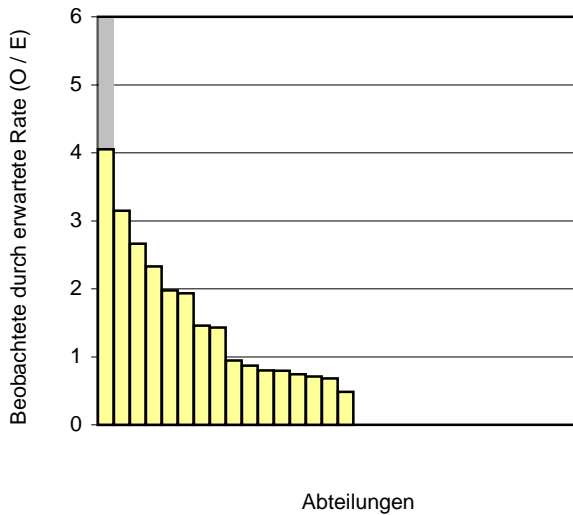
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		68 / 4.873 1,40%
vorhergesagt (E)		65,87 / 4.873 1,35%
O - E		0,04%
O / E		1,03
Vertrauensbereich		0,82 - 1,31

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

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

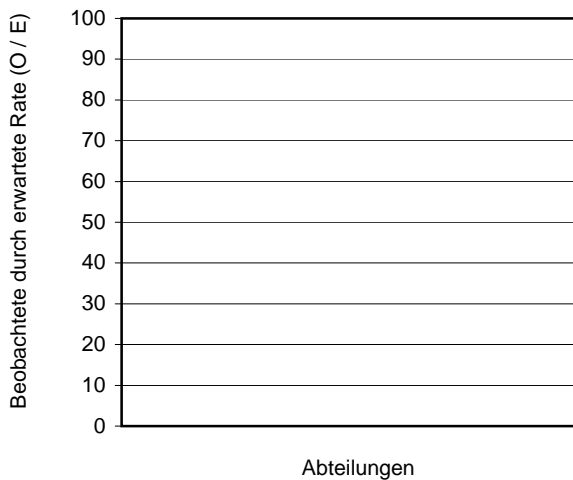
30 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	1,43	2,49	3,15	4,05

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

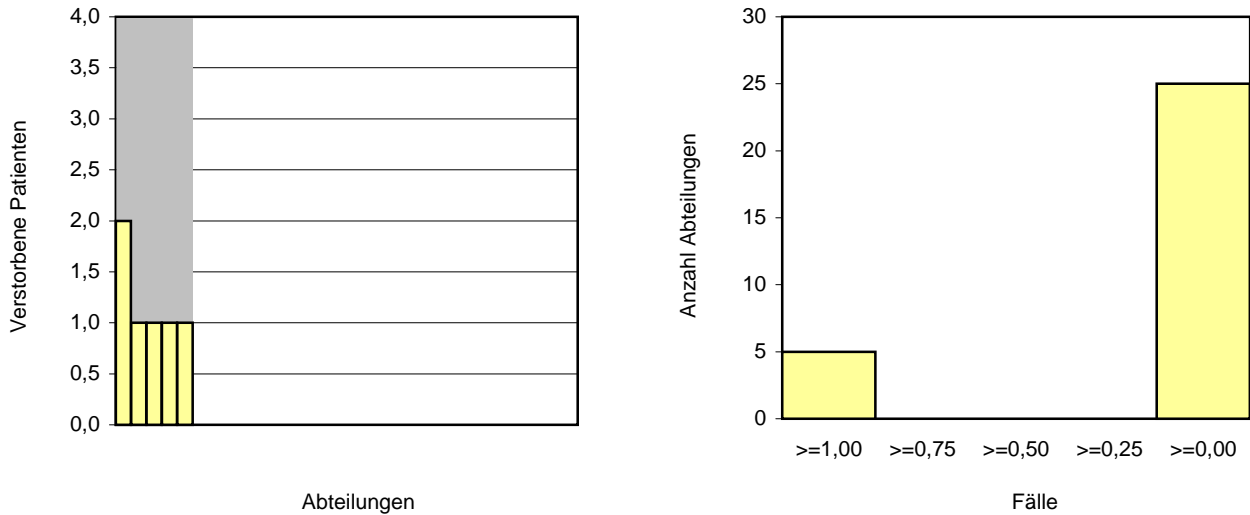
Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		6 Sentinel Event	6 / 4.446	6,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten		4	4 / 4.873	4,0 Fälle

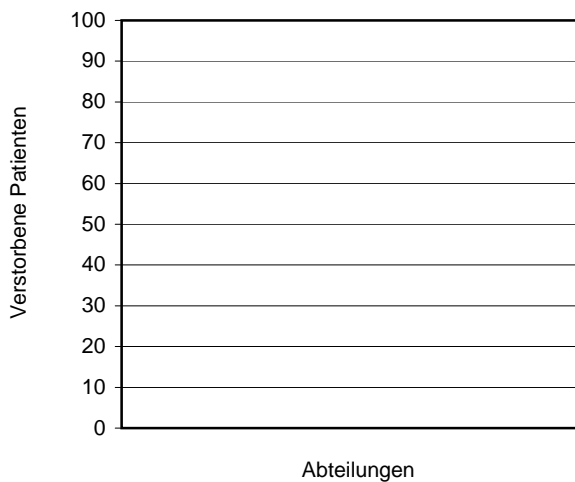
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/472]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 30 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	1,0	1,0	2,0

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



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

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	1 / 2.584 0,0%	5 / 1.848 0,3%	0 / 14 0,0%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		6 / 4.446 0,13%
vorhergesagt (E) ¹		3,80 / 4.446 0,09%
O - E		0,05%

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

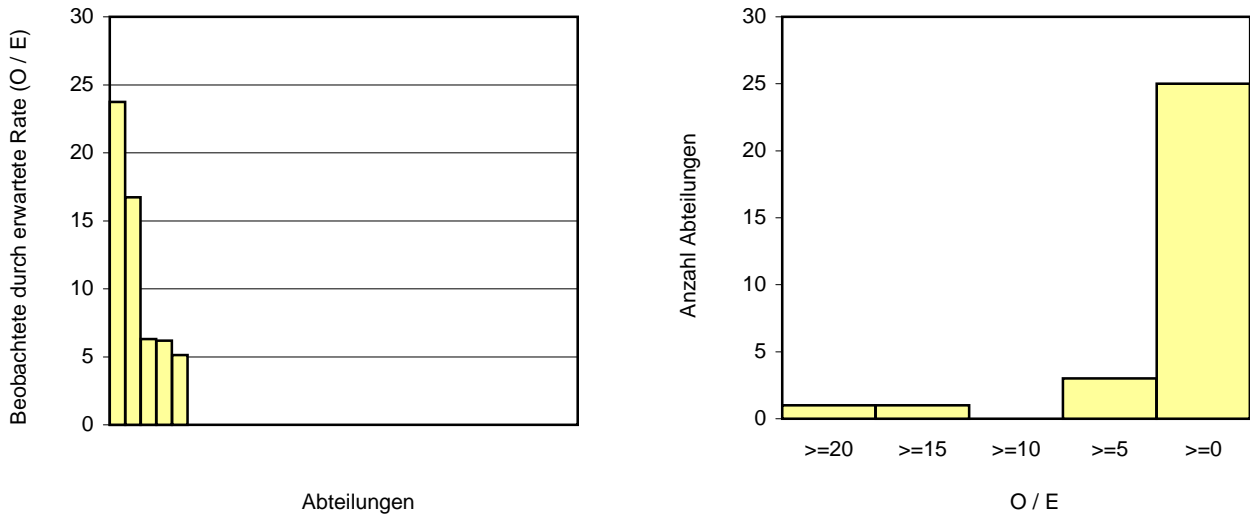
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,58
Vertrauensbereich		0,72 - 3,44
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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)		4 / 4.873 0,08%
vorhergesagt (E)		4,25 / 4.873 0,09%
O - E		-0,01%
O / E		0,94
Vertrauensbereich		0,37 - 2,42

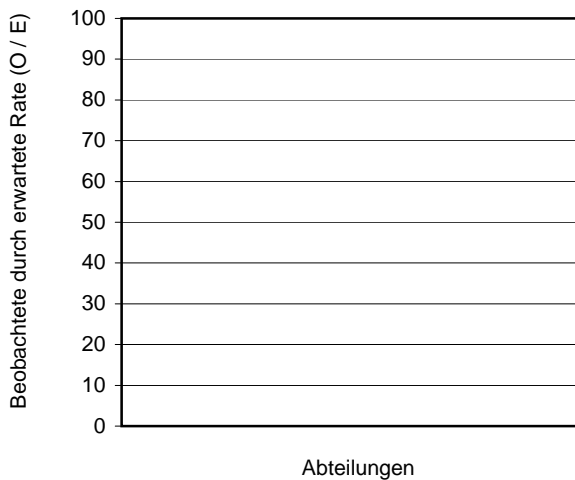
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51039]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 30 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	6,25	16,72	23,73

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.446
Datensatzversion: 17/5 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12626-L81939-P38821

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.355	30,5	1.410	28,9
2. Quartal			1.055	23,7	1.215	24,9
3. Quartal			971	21,8	1.079	22,1
4. Quartal			1.065	24,0	1.169	24,0
Gesamt			4.446		4.873	

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			4.446		4.873	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,2		1,2
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.446		4.873	
Median				10,0		10,0
Mittelwert				10,2		10,6
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.446		4.873	
Median				11,0		11,0
Mittelwert				11,4		11,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
5	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
7	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

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				M17.1	3.600	81,0	M17.1	3.955	81,2
2				I10.00	1.812	40,8	I10.00	1.939	39,8
3				D62	916	20,6	D62	989	20,3
4				Z96.6	696	15,7	Z96.6	847	17,4
5				E11.90	586	13,2	E11.90	626	12,8
6				M17.9	504	11,3	I10.90	560	11,5
7				I10.90	466	10,5	M17.9	556	11,4
8				E66.00	420	9,4	E66.00	424	8,7

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

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

OPS 2012¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
3	5-988	Anwendung eines Navigationssystems
4	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)
5	5-822.31	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert

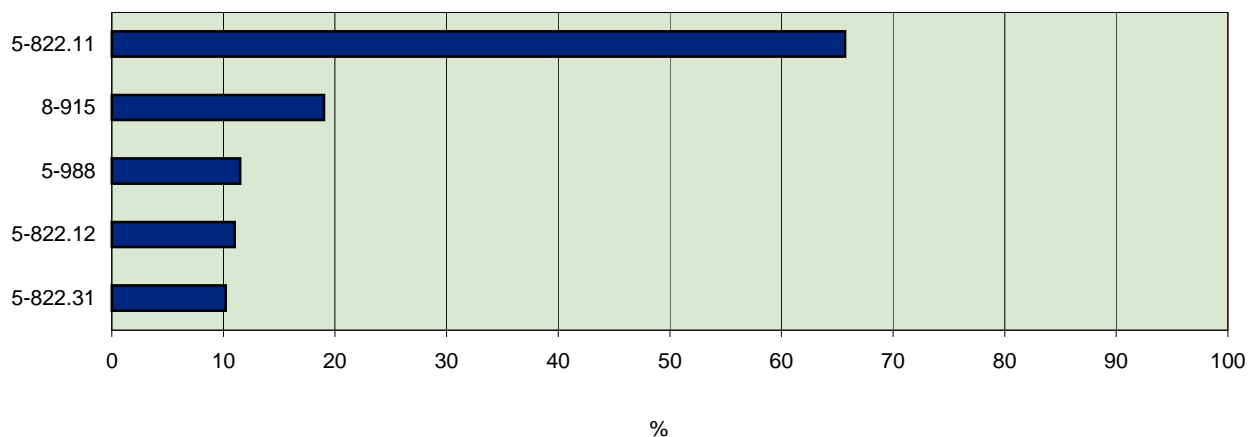
OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-822.11	2.920	65,7	5-822.11	3.050	62,6
2				8-915	845	19,0	8-915	940	19,3
3				5-988	510	11,5	5-822.12	682	14,0
4				5-822.12	489	11,0	5-988	551	11,3
5				5-822.31	454	10,2	8-919	545	11,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.
² Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.
³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2012 (Gesamt 2012)



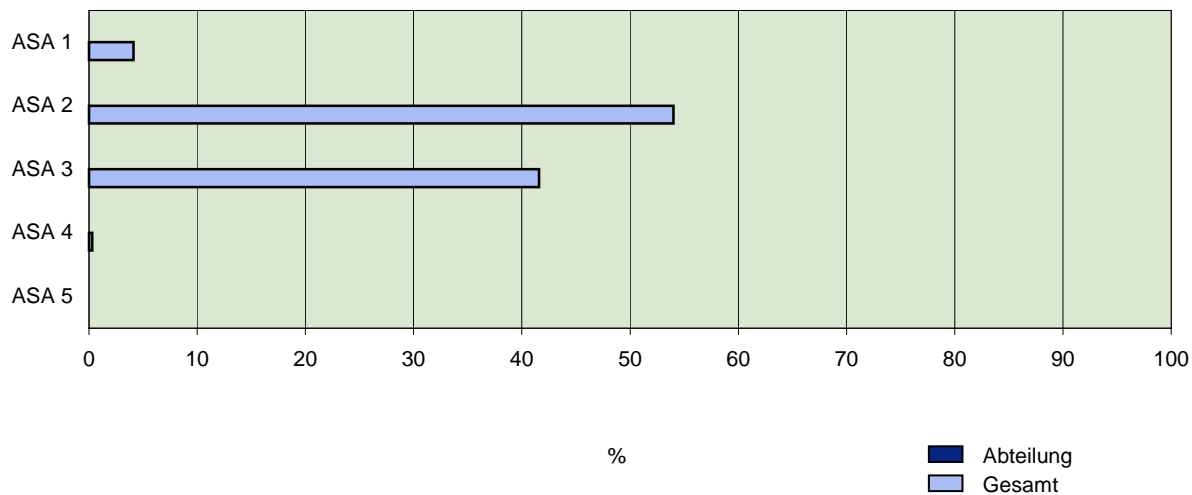
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			8 / 4.446	0,2	12 / 4.873	0,2
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 4.446	0,0	0 / 4.873	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			1 / 4.446	0,0	0 / 4.873	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			510 / 4.446	11,5	551 / 4.873	11,3

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.446 / 4.446		4.873 / 4.873	
< 50 Jahre			88 / 4.446	2,0	94 / 4.873	1,9
50 - 59 Jahre			693 / 4.446	15,6	638 / 4.873	13,1
60 - 69 Jahre			1.282 / 4.446	28,8	1.449 / 4.873	29,7
70 - 79 Jahre			1.977 / 4.446	44,5	2.222 / 4.873	45,6
80 - 89 Jahre			400 / 4.446	9,0	464 / 4.873	9,5
>= 90 Jahre			6 / 4.446	0,1	6 / 4.873	0,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.446		4.873	
Median				70,0		71,0
Mittelwert				68,7		69,2
Geschlecht						
männlich			1.644	37,0	1.714	35,2
weiblich			2.802	63,0	3.159	64,8
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			43	1,0	84	1,7
nicht dokumentiert			16	0,4	8	0,2
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			184	4,1	154	3,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.400	54,0	2.732	56,1
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.848	41,6	1.974	40,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			14	0,3	12	0,2
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			3.271	73,6	3.772	77,4
Belastungsschmerz			1.162	26,1	1.074	22,0
keine Schmerzen			13	0,3	27	0,6
Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah			1.218	27,4	1.352	27,7

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder beginnend						
Eminentia oder						
gelenkseitige Patellapole			152	3,4	164	3,4
eindeutig			4.294	96,6	4.709	96,6
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			39	0,9	38	0,8
häufig verschmälert			886	19,9	1.137	23,3
ausgeprägt verschmälert						
oder aufgehoben			3.521	79,2	3.698	75,9
Sklerose						
keine Sklerose			33	0,7	31	0,6
mäßig subchondrale Sklerose			547	12,3	675	13,9
ausgeprägte						
subchondrale Sklerose			3.111	70,0	3.421	70,2
Sklerose mit Zysten an						
Femur, Tibia, Patella			755	17,0	746	15,3
Deformierung						
keine Deformierung			320	7,2	198	4,1
Entrundung						
der Femurkondylen			2.145	48,2	2.417	49,6
ausgeprägte Destruktion,						
Deformierung			1.981	44,6	2.258	46,3
Wundkontaminations-						
klassifikation						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.440	99,9	4.854	99,6
bedingt aseptische Eingriffe			6	0,1	16	0,3
kontaminierte Eingriffe			0	0,0	1	0,0
septische Eingriffe			0	0,0	2	0,0

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

		Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien							
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹							
Gruppe 1	0 Punkte			4 / 4.446	0,1	10 / 4.873	0,2
Gruppe 2	1 - 2 Punkte			49 / 4.446	1,1	31 / 4.873	0,6
Gruppe 3	3 - 4 Punkte			369 / 4.446	8,3	431 / 4.873	8,8
Gruppe 4	5 - 6 Punkte			2.188 / 4.446	49,2	2.360 / 4.873	48,4
Gruppe 5	7 - 8 Punkte			1.836 / 4.446	41,3	2.041 / 4.873	41,9
Gruppe 6	4 - 8 Punkte			4.302 / 4.446	96,8	4.763 / 4.873	97,7

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

Operation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.446		4.873	
Median				83,0		84,0
Mittelwert				86,6		86,9
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			14	0,3	17	0,3
mit Prophylaxe			4.432	99,7	4.856	99,7
davon						
single shot			4.098 / 4.432	92,5	4.433 / 4.856	91,3
Zweitgabe			238 / 4.432	5,4	255 / 4.856	5,3
öfter			96 / 4.432	2,2	168 / 4.856	3,5

Verlauf

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			4.415	99,3	4.841	99,3
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			57	1,3	107	2,2
Implantatfehl- lage						
Femur-Komponente			0	0,0	1	0,0
Tibia-Komponente			0	0,0	0	0,0
Implantatdislokation			1	0,0	0	0,0
Patellafehlstellung			0	0,0	1	0,0
Wundhämatom/ Nachblutung			20	0,4	55	1,1
Gefäßläsion			0	0,0	1	0,0
Nervenschaden			2	0,0	7	0,1
Fraktur			4	0,1	11	0,2
Sonstige			30	0,7	33	0,7
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			2	0,0	8	0,2
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			1 / 2	50,0	4 / 8	50,0
A2 (tiefe Infektion)			1 / 2	50,0	3 / 8	37,5
A3 (Räume/Organe)			0 / 2	0,0	1 / 8	12,5
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			34	0,8	70	1,4
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			103	2,3	156	3,2
Pneumonie			7	0,2	10	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			26	0,6	29	0,6
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			9	0,2	24	0,5
Lungenembolie			4	0,1	13	0,3
Sonstige			62	1,4	92	1,9

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			4.426	99,6	4.829	99,1
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.426	100,0	4.829	100,0
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,2
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				90,3		90,5

Entlassung I (Fortsetzung)

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.425	99,7	4.851	99,6
Nein			15	0,3	18	0,4
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			9	60,0	11	61,1
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.420	99,5	4.841	99,4
Nein			20	0,5	28	0,6
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			12	60,0	12	42,9

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2.171	48,8	2.251	46,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			39	0,9	64	1,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,1	5	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			62	1,4	92	1,9
07: Tod			6	0,1	4	0,1
08: Verlegung nach § 14			2	0,0	6	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.144	48,2	2.427	49,8
10: in Pflegeeinrichtung			15	0,3	16	0,3
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			2	0,0	2	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	6	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	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			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung III

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			821	18,5	904	18,6
Dienstag			547	12,3	633	13,0
Mittwoch			557	12,5	673	13,8
Donnerstag			664	14,9	704	14,4
Freitag			1.036	23,3	1.063	21,8
Samstag			518	11,7	567	11,6
Sonntag			303	6,8	329	6,8

Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen KNIETEP-Score

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

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

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.

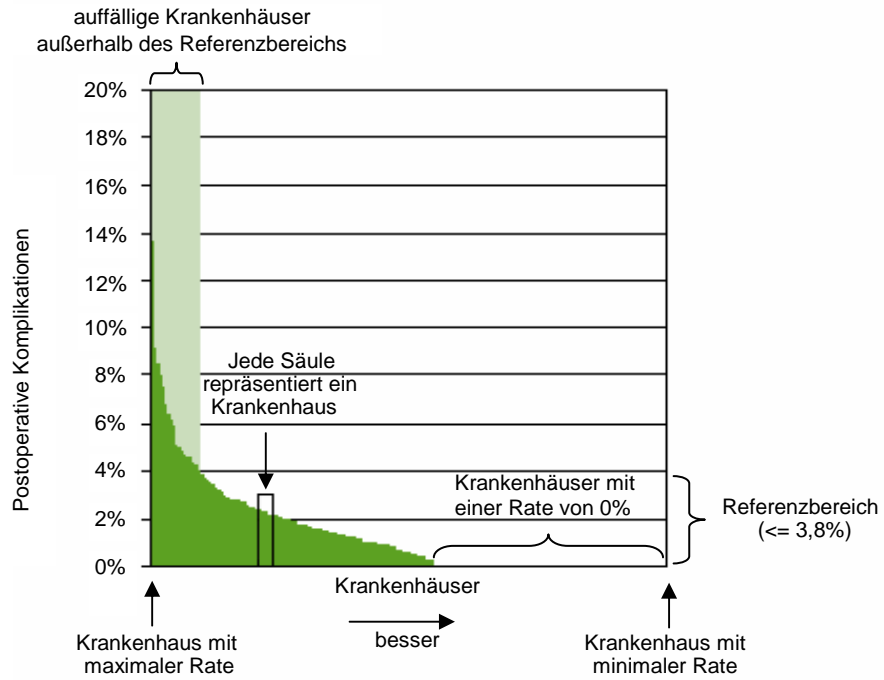
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

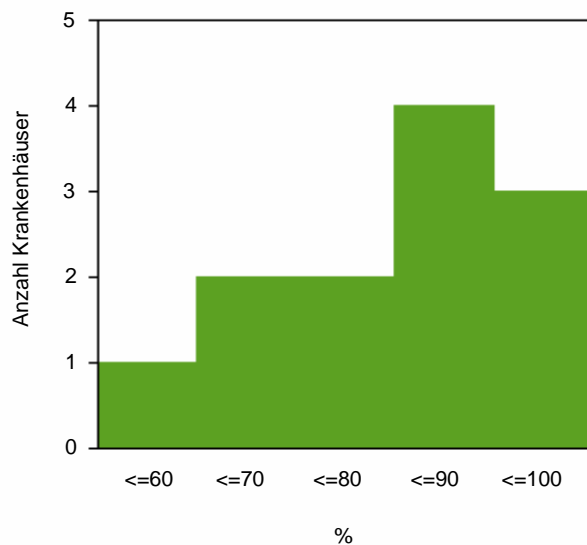
Beispiel:

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.