Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 33 Anzahl Datensätze Gesamt: 4.336

> Datensatzversion: 17/5 2012 15.0 Datenbankstand: 28. Februar 2013 2012 - D12608-L81968-P38906

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Qualitätsindikatoren

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 33 Anzahl Datensätze Gesamt: 4.336

> Datensatzversion: 17/5 2012 15.0 Datenbankstand: 28. Februar 2013 2012 - D12608-L81968-P38906

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n5-KNIE-TEP/276 QI 1: Knie-Endoprothesen- Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			96,6%	>= 90,0%	1.1
2012/17n5-KNIE-TEP/277 QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,1%	>= 95,0%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit 3a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2218 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			99,3%	>= 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			0,2%	nicht definiert	1.12
4b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51004 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,08	<= 7,54	1.15
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden 5a: 2012/17n5-KNIE-TEP/2219 bei allen Patienten			0,2%	nicht definiert	1.17
5b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51009 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,04	<= 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			0,54	<= 14,88	1.23

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 7: Allgemeine postoperative Komplikationen					
7a: 2012/17n5-KNIE-TEP/289 bei allen Patienten			1,6%	nicht definiert	1.25
7b: 2012/17n5-KNIE-TEP/51029 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,25	<= 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			1,59	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)

Röntgenologische Kriterien Patienten mit modifiziertem Arhrose-Score des Knies nach Kellgrens&Lawrence*		Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence¹ Gruppe 1 0 Punkte		Anzahl	%	Anzahl	%
Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence¹ Gruppe 1	Röntgenologische Kriterien				
Caruppe 1	Patienten mit modifiziertem				
Gruppe 1 0 Punkte 4 / 4.336 0,1% Gruppe 2 1 - 2 Punkte 39 / 4.336 0,9% Gruppe 3 3 - 4 Punkte 431 / 4.336 9,9% Gruppe 4 5 - 6 Punkte 2.148 / 4.336 49,5% Gruppe 5 7 - 8 Punkte 1.714 / 4.336 39,5% Gruppe 6 4 - 8 Punkte 4.224 / 4.336 97,4% Schmerzen Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%					
Gruppe 2 1 - 2 Punkte 39 / 4.336 0,9% Gruppe 3 3 - 4 Punkte 431 / 4.336 9,9% Gruppe 4 5 - 6 Punkte 2.148 / 4.336 49,5% Gruppe 5 7 - 8 Punkte 1.714 / 4.336 39,5% Gruppe 6 4 - 8 Punkte 4.224 / 4.336 97,4% Schmerzen Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 4.190 / 4.336 96,6% 96,1% - 97,1%	nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 3 3 - 4 Punkte 431 / 4.336 9,9% Gruppe 4 5 - 6 Punkte 2.148 / 4.336 49,5% Gruppe 5 7 - 8 Punkte 1.714 / 4.336 39,5% Gruppe 6 4 - 8 Punkte 4.224 / 4.336 97,4% Schmerzen Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 4.190 / 4.336 96,6% 96,1% - 97,1%	Gruppe 1 0 Punkte			4 / 4.336	0,1%
Gruppe 4 5 - 6 Punkte 2.148 / 4.336 49,5% Gruppe 5 7 - 8 Punkte 1.714 / 4.336 39,5% Gruppe 6 4 - 8 Punkte 4.224 / 4.336 97,4% Schmerzen Tatienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,6% 96,1% - 97,1%	Gruppe 2 1 - 2 Punkte			39 / 4.336	0,9%
Gruppe 5 7 - 8 Punkte 1.714 / 4.336 39,5% Gruppe 6 4 - 8 Punkte 4.224 / 4.336 97,4% Schmerzen 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	Gruppe 3 3 - 4 Punkte			431 / 4.336	9,9%
Gruppe 6 4 - 8 Punkte 4.224 / 4.336 97,4% Schmerzen Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	Gruppe 4 5 - 6 Punkte			2.148 / 4.336	49,5%
Schmerzen Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 Patienten mit Ruheschmerz 26,0% Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 4.190 / 4.336 96,6% 96,1% - 97,1%	Gruppe 5 7 - 8 Punkte			1.714 / 4.336	39,5%
Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 1.127 / 4.336 26,0% 4.190 / 4.336 96,6% 96,6%	Gruppe 6 4 - 8 Punkte			4.224 / 4.336	97,4%
Patienten mit Belastungsschmerz 1.127 / 4.336 26,0% Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 1.127 / 4.336 26,0% 4.190 / 4.336 96,6% 96,6% 96,1% - 97,1%					
Patienten mit Ruheschmerz 3.174 / 4.336 73,2% Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 3.174 / 4.336 73,2% 4.190 / 4.336 96,6% 96,1% - 97,1%	Schmerzen				
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	Patienten mit Belastungsschmerz			1.127 / 4.336	26,0%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	Deticutor mit Dub ocebaser			2.474 / 4.220	70.00/
oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	Patienten mit Runeschmerz			3.174 / 4.336	73,2%
mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich 4.190 / 4.336 96,6% 96,1% - 97,1%	Patienten mit mindestens einem der				
Kellgren- und Lawrence-Score 4.190 / 4.336 96,6% Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	oben genannten Schmerzkriterien und				
Vertrauensbereich 96,1% - 97,1%	mindestens 4 Punkten im modifizierten				
	Kellgren- und Lawrence-Score			4.190 / 4.336	96,6%
Referenzbereich >= 90,0% >= 90,0%					,
	Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

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

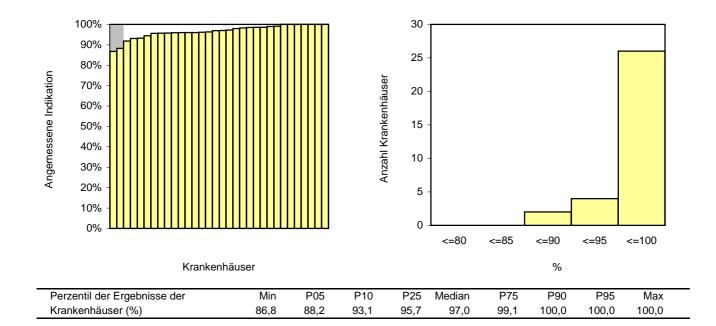
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			4.550 / 4.773 S	95,3% 94,7% - 95,9%		

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

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

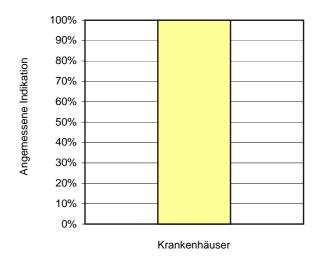
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: Alle Patienten Gruppe 1:

Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

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

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

Krankenhaus 2012		
Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alle	OP-Dauer	OP-Dauer
Patienten	<= 120 min	> 120 min

>= 95,0%

Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich

Referenzbereich

davon single shot

Zweitgabe oder öfter

Gesamt 2012		
Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alle	OP-Dauer	OP-Dauer
Patienten	<= 120 min	> 120 min
4 296 / 4 336	3 954 / 3 992	342 / 344
99,1%	99,0%	99,4%
98,7% - 99,3%	,	,
>= 95,0%		
3.122 / 4.296	2.885 / 3.954	237 / 342
72,7%	73,0%	69,3%
1.174 / 4.296	1.069 / 3.954	105 / 342
27,3%	27,0%	30,7%
	Gruppe 1 Alle Patienten 4.296 / 4.336 99,1% 98,7% - 99,3% >= 95,0% 3.122 / 4.296 72,7% 1.174 / 4.296	Gruppe 1 Alle OP-Dauer Patienten 4.296 / 4.336 99,1% 98,7% - 99,3% >= 95,0% 3.122 / 4.296 72,7% 73,0% 1.174 / 4.296 1.069 / 3.954

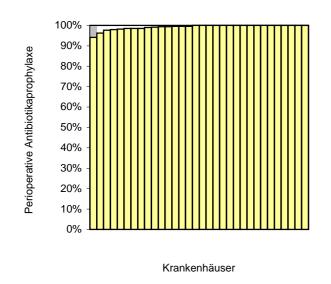
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		_
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle	OP-Dauer	OP-Dauer
	Patienten	<= 120 min	> 120 min
Patienten mit perioperativer			
Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3

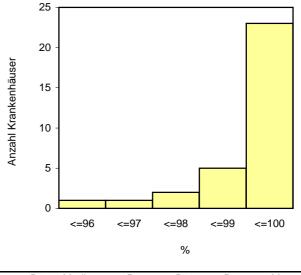
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle	OP-Dauer	OP-Dauer
	Patienten	<= 120 min	> 120 min
Patienten mit perioperativer	4.750 / 4.773	4.289 / 4.311	461 / 462
Antibiotikaprophylaxe	99,5%	99,5%	99,8%
Vertrauensbereich	99,3% - 99,7%		

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

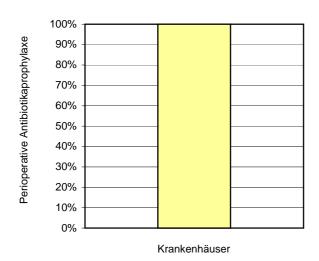




Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	94,1	96,2	98,0	98,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Qualitätsindikatorengruppe 3: Postoperative Beweglichkeit

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

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

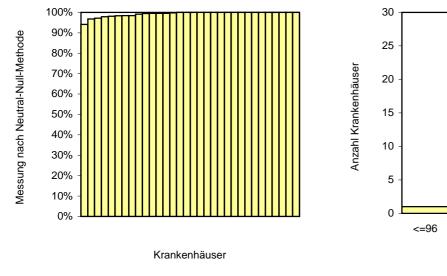
	Krankenhaus 2012	G	Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null- Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit Vertrauensbereich Referenzbereich		>= 90,0%	4.307 / 4.336 9	99,3% 9,0% - 99,5% >= 90,0%

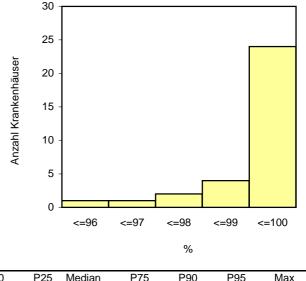
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null- Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit Vertrauensbereich			4.730 / 4.773	99,1% 98,8% - 99,3%

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

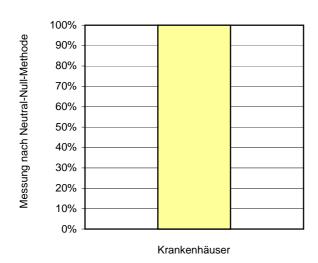




Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max	
Krankenhäuser (%)	94,1	96,8	97,9	98,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

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

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

Referenzbereich: >= 80,0% (Zielbereich)

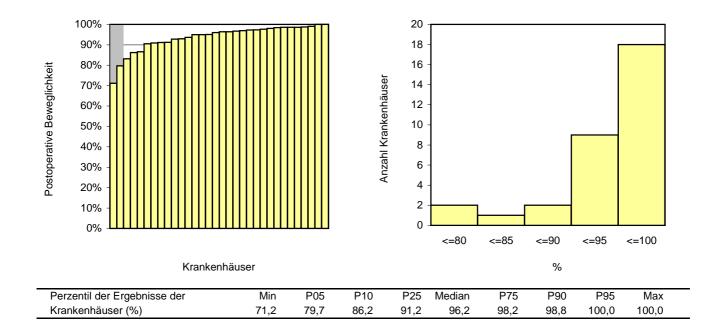
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
	Anzahl %	Anzahl %
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 80,0%	4.060 / 4.307 94,3% 93,5% - 94,9% >= 80,0%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad) Patienten mit geringem oder keinem		4.254 / 4.307 98,8%
postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)		4.101 / 4.307 95,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			4.435 / 4.730	93,8% 93,0% - 94,4%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/10953]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mind. 0 Grad, Beugung mind. 90 Grad) an allen Patienten mit bestimmter postoperativer Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

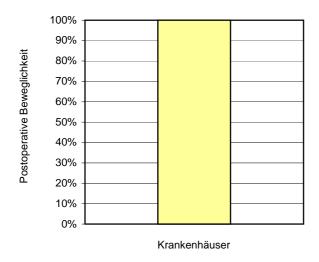
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

Kranke	nhaus 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	< 5 Tage	5 - 10 Tage	11 - 15 Tage	> 15 Tage
Patienten mit postopera-				
tiver Beweglichkeit von				
mindestens 0/0/90				
(Streckung mindestens				
0 Grad, Beugung				
mindestens 90 Grad)				

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	< 5 Tage	5 - 10 Tage	11 - 15 Tage	> 15 Tage
Patienten mit postopera- tiver Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens				
0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)	5 / 7 71,4%	2.476 / 2.610 94,9%	1.443 / 1.538 93,8%	136 / 152 89,5%

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 KrankenhausEntlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

und

Gruppe 1: alle Patienten

Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer < 5 Tage¹

Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 5 bis 10 Tagen Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 11 bis 15 Tagen

Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 15 Tage¹

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

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl %	, 0	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.302 / 4.314	99,7%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definier	t	8 / 4.314	0,2% 0,1% - 0,4% nicht definiert
Gruppe 2 (< 5 Tage)			3/9	33,3%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			2 / 2.613	0,1%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			1 / 1.540	0,1%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			2 / 152	1,3%

eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

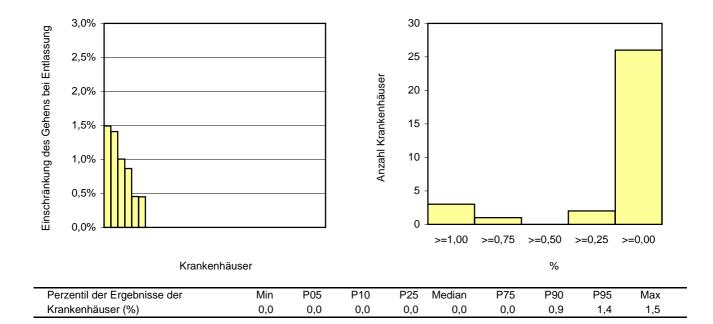
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			11 / 4.726	0,2% 0,1% - 0,4%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/2288]:
Anteil von Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

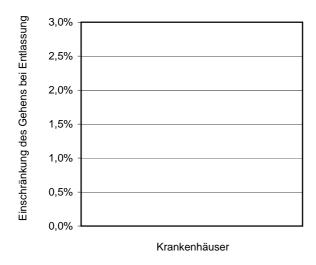
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:

- Behandlung regulär beendet

- Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- Verlegung in ein anderes Krankenhaus

- Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

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

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		8 / 4.314 0,19%
vorhergesagt (E) ¹		7,40 / 4.314 0,17%
O - E		0,01%

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ² Vertrauensbereich		1,08 0,55 - 2,13
Referenzbereich	<= 7,54	0,55 - 2,15 <= 7,54

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

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

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

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

 Vorjahresdaten
 Krankenhaus 2011
 Gesamt 2011

 beobachtet (O)
 11 / 4.726 0,23%

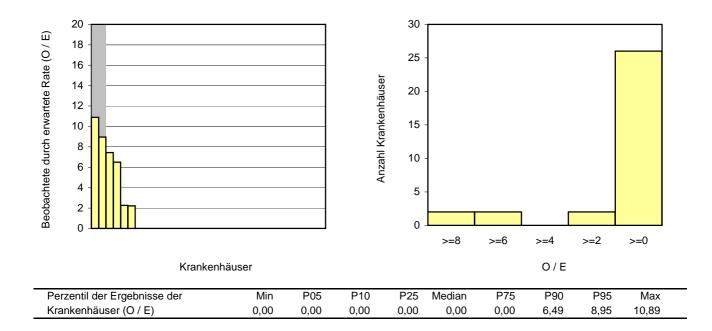
 vorhergesagt (E)
 8,34 / 4.726 0,18%

 O - E
 0,06%

 O / E
 1,32 0,74 - 2,36
 Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51004]: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

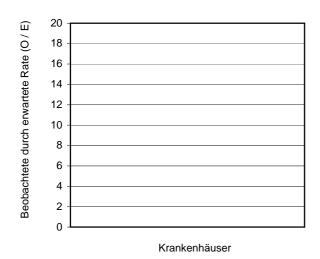
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25 M	<i>M</i> edian	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00				0,00				0,00

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

Qualitätsziel: Selten Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder

postoperative chirurgische Komplikation

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

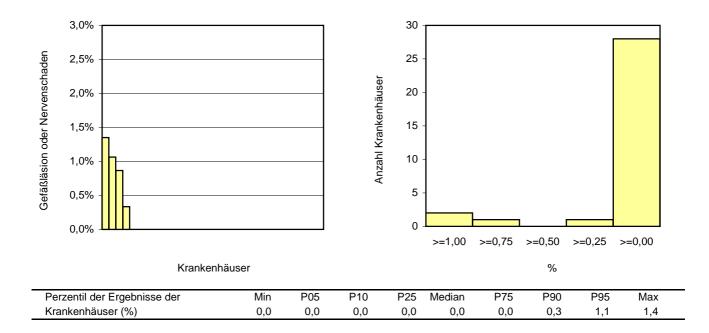
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Patienten mit Gefäßläsion			2 / 4.336	0,0%		
Patienten mit Nervenschaden			5 / 4.336	0,1%		
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	nich	t definiert	7 / 4.336	0,2% 0,1% - 0,3% nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich			9 / 4.773	0,2% 0,1% - 0,4%

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

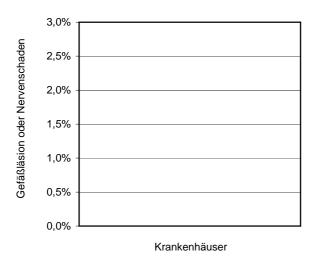
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51009

Referenzbereich: <= 12,96 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		7 / 4.336 0,16%
vorhergesagt (E) ¹		6,76 / 4.336 0,16%
O - E		0,01%

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ² Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 12,96	1,04 0,50 - 2,14 <= 12,96

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.

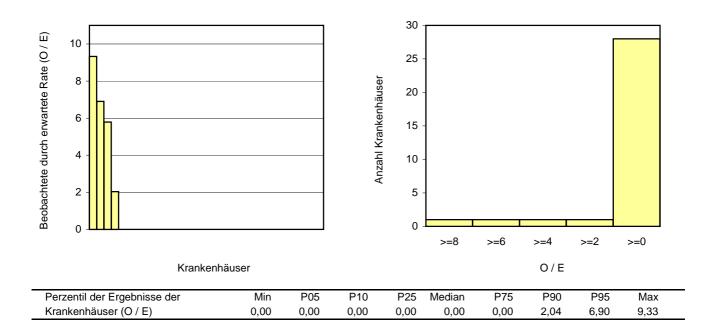
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 20% größer als erwartet. O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 10% kleiner als erwartet.

	2011 Gesamt 2011	Vorjahresdaten
3	9 / 4.773	beobachtet (O)
6	0,19%	
3	7.45 / 4.773	vorhergesagt (E)
	0,16%	
<u></u>	0.03%	O - F
o	0,0376	0-2
	1,21	O/E
9	0,64 - 2,29	Vertrauensbereich
3 % %	7,45 / 4.773 0,16% 0,03%	vorhergesagt (E) O - E O / E Vertrauensbereich

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51009]: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

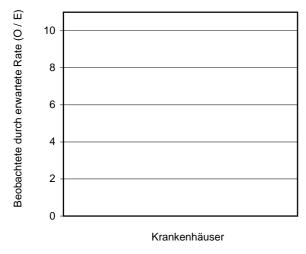
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25 M	<i>M</i> edian	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00				0,00				0,00

Qualitätsindikatorengruppe 6: Fraktur

Qualitätsziel: Selten Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative

chirurgische Komplikation

Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

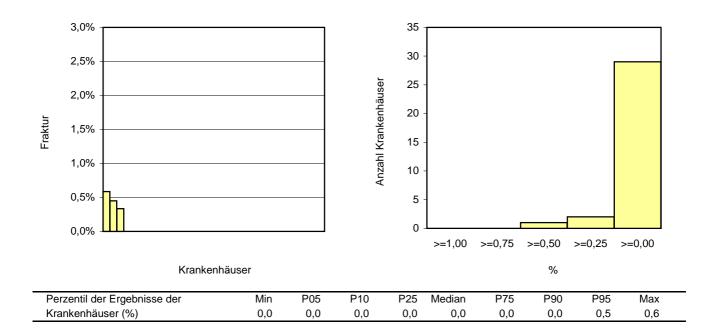
	Krankenhaus 2012 G		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert		0,1% 0,0% - 0,2% cht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011		
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur Vertrauensbereich			7 / 4.773	0,1% 0,1% - 0,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/285]: Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

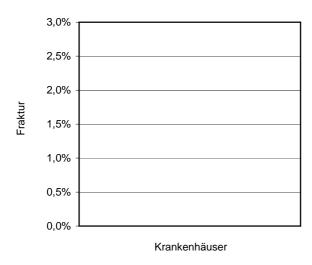
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/51014

Referenzbereich: <= 14,88 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		3 / 4.336 0,07%
vorhergesagt (E) ¹		5,56 / 4.336 0,13%
O - E		-0,06%

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ² Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 14,88	0,54 0,18 - 1,58 <= 14,88

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

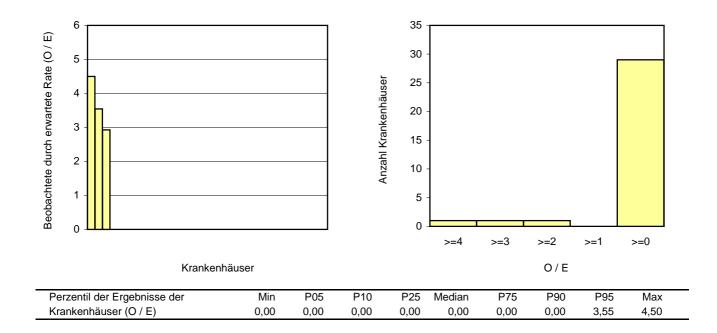
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur ist 20% größer als erwartet. O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Fraktur ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		7 / 4.773 0,15%
vorhergesagt (E)		6,20 / 4.773 0,13%
O-E		0,02%
O / E Vertrauensbereich		1,13 0,55 - 2,33

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51014]: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

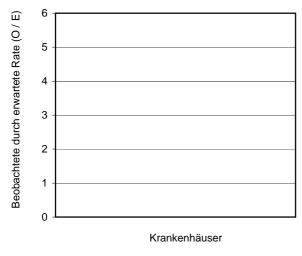
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Qualitätsindikatorengruppe 7: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten

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

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

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

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle	Gruppe 2 Patienten mit	Gruppe 3 Patienten mit
	Patienten	ASA 1 - 2	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		

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle	Patienten mit	Patienten mit
	Patienten	ASA 1 - 2	ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	8 / 4.336	1 / 2.825	7 / 1.510
	0,2%	0,0%	0,5%
Patienten mit kardiovaskulären	24 / 4.336	8 / 2.825	16 / 1.510
Komplikationen	0,6%	0,3%	1,1%
Patienten mit tiefer Bein-/	33 / 4.336	19 / 2.825	14 / 1.510
Beckenvenenthrombose	0,8%	0,7%	0,9%
Patienten mit Lungenembolie	9 / 4.336	2 / 2.825	7 / 1.510
-	0,2%	0,1%	0,5%
Patienten mit sonstiger	61 / 4.336	29 / 2.825	32 / 1.510
Komplikation	1,4%	1,0%	2,1%
Patienten mit mindestens einer			
der oben genannten Komplikationen	70 / 4.336	30 / 2.825	40 / 1.510
(außer sonstige Komplikationen)	1,6%	1,1%	2,6%
Vertrauensbereich	1,3% - 2,0%		
Referenzbereich	nicht definiert		

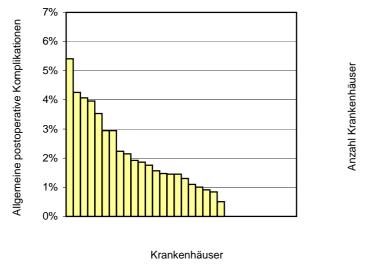
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle	Patienten mit	Patienten mit
	Patienten	ASA 1 - 2	ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

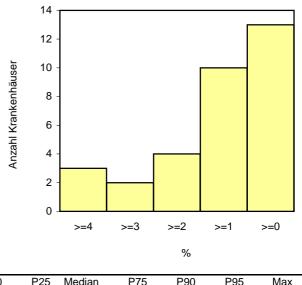
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle	Patienten mit	Patienten mit
	Patienten	ASA 1 - 2	ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer			
		,	
der oben genannten Komplikationen	64 / 4.773	32 / 3.045	32 / 1.727
(außer sonstige Komplikationen)	1,3%	1,1%	1,9%
Vertrauensbereich	1,1% - 1,7%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/289]: Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

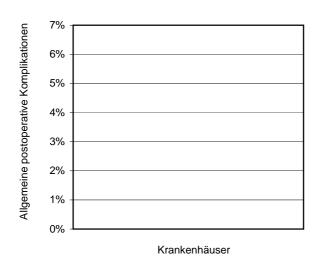




Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,2	4,0	4,3	5,4

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		70 / 4.336 1,61%
vorhergesagt (E) ¹		55,87 / 4.336 1,29%
O - E		0,33%

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		
O / E ² Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 3,19	1,25 0,99 - 1,58 <= 3,19		

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

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

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

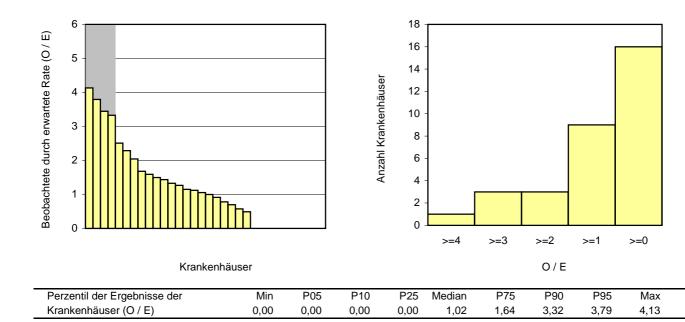
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		64 / 4.773 1,34%
vorhergesagt (E)		62,90 / 4.773 1,32%
O - E		0,02%
O / E Vertrauensbereich		1,02 0,80 - 1,30

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/51029]: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

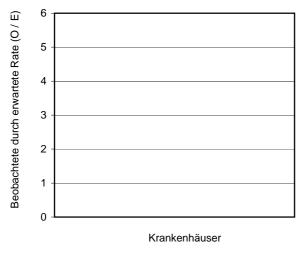
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

Referenzbereich: Sentinel Event

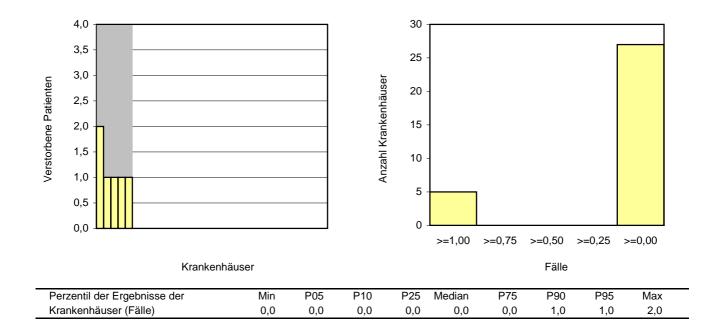
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		Sentinel Event	6 / 4.336	6,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011			
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle		
Verstorbene Patienten			2 / 4.773	2,0 Fälle		

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

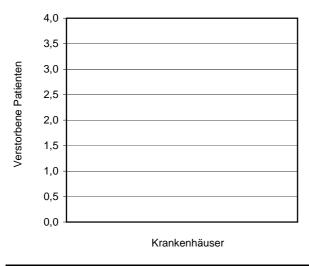
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Grundgesamtheit:	Gruppe 1: Patienten mit ASA 1 - 2 Gruppe 2: Patienten mit ASA 3 Gruppe 3: Patienten mit ASA 4 Gruppe 4: Patienten mit ASA 5						
	Krankenhaus 2	2012					
	Р	Gruppe 1 atienten mit	Gruppe 2 Patienten mit	Gruppe Patienten r	nit Patienten mit		
		ASA 1 - 2	ASA 3	ASA	4 ASA 5		
Verstorbene Patienten							
	Gesamt 2012						
	Р	Gruppe 1 atienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe Patienten r ASA	nit Patienten mit		
Verstorbene Patienten		1 / 2.825 0,0%	5 / 1.503 0,3%	0 / 0,0			

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		6 / 4.336 0,14%
vorhergesagt (E) ¹		3,76 / 4.336 0,09%
O - E		0,05%

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012				
O / E ² Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	1,59 0,73 - 3,48 nicht definiert				

Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

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

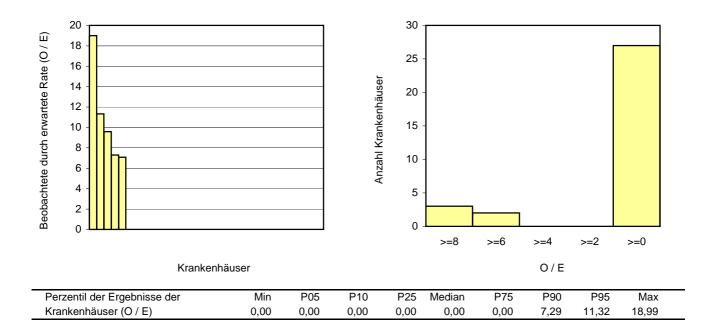
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet. O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		2 / 4.773 0,04%
vorhergesagt (E)		4,25 / 4.773 0,09%
O - E		-0,05%
O / E Vertrauensbereich		0,47 0,13 - 1,71

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

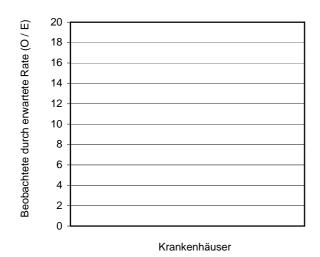
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 33 Anzahl Datensätze Gesamt: 4.336

> Datensatzversion: 17/5 2012 15.0 Datenbankstand: 28. Februar 2013 2012 - D12608-L81968-P38906

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl %¹	Anzahl %1	Anzahl %1
Anzahl importierter			
Datensätze			
1. Quartal		1.310 30,2	1.405 29,4
2. Quartal		1.041 24,0	1.165 24,4
3. Quartal		919 21,2	1.033 21,6
4. Quartal		1.066 24,6	1.170 24,5
Gesamt		4.336	4.773

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Präoperative Verweil-			
dauer (Tage)			
Anzahl Patienten mit gültigen			
Angaben		4.336	4.773
Median Mittelwert		1,0 1,1	1,0 1,2
wiitteiwert		1, 1	1,2
Postoperative Verweil-			
dauer (Tage)			
Anzahl Patienten mit			
gültigen Angaben		4.336	4.773
Median		10,0	10,0
Mittelwert		10,6	11,0
Stationäre Aufenthalts-			
dauer (Tage)			
Anzahl Patienten mit			
gültigen Angaben		4.336	4.773
Median		11,0	11,0
Mittelwert		11,7	12,2

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 20121

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	l10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
5	l10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
7	Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität
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)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	%²	ICD	Anzahl	%²	ICD	Anzahl	%²
1				M17.1	3.960	91,3	M17.1	4.249	89,0
2				I10.00	2.010	46,4	I10.00	1.782	37,3
3				D62	1.179	27,2	D62	1.053	22,1
4				E11.90	802	18,5	I10.90	892	18,7
5				I10.90	652	15,0	E11.90	839	17,6
6				Z96.6	584	13,5	Z96.6	634	13,3
7				Z74.0	395	9,1	E66.00	415	8,7
8				E66.00	334	7,7	Z74.0	399	8,4

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 Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 20121

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert
2	5-822.21	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie

OPS 2012Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

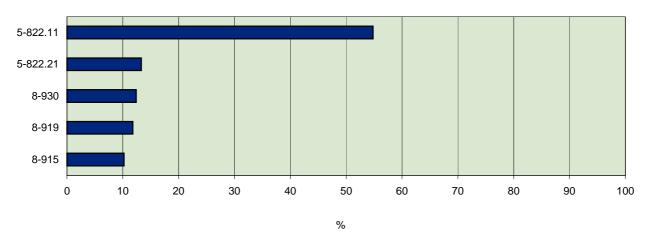
	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	%3	OPS	Anzahl	%³	OPS	Anzahl	%³
1				5-822.11	2.374	54,8	5-822.11	2.588	54,2
2				5-822.21	578	13,3	8-919	549	11,5
3				8-930	537	12,4	5-822.21	520	10,9
4				8-919	510	11,8	8-930	461	9,7
5				8-915	444	10,2	8-915	423	8,9

Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2012 (Gesamt 2012)



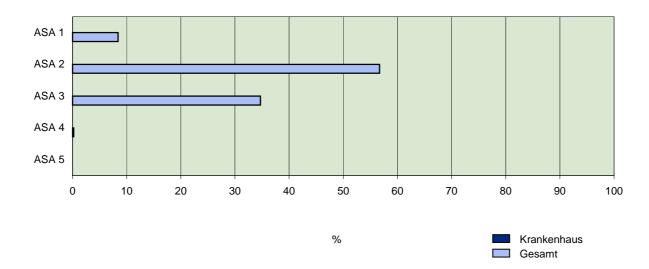
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl %	Anzahl %	Anzahl %
5-983 Reoperation		1 / 4.336 0,0	1 / 4.773 0,0
5-986 Minimalinvasive Technik		0 / 4.336 0,0	0 / 4.773 0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters		0 / 4.336 0,0	0 / 4.773 0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems		112 / 4.336 2,6	171 / 4.773 3,6

Patienten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011		
	A 0/	A	0/	A	%	
	Anzahl %	Anzahl	%	Anzahl	%	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit						
gültiger Altersangabe		4.336 / 4.336		4.773 / 4.773		
< 50 Jahre		103 / 4.336	2,4	128 / 4.773	2,7	
50 - 59 Jahre		636 / 4.336	14,7	700 / 4.773	14,7	
60 - 69 Jahre		1.212 / 4.336	28,0	1.288 / 4.773	27,0	
70 - 79 Jahre		1.964 / 4.336	45,3	2.149 / 4.773	45,0	
80 - 89 Jahre		417 / 4.336	9,6	501 / 4.773	10,5	
>= 90 Jahre		4 / 4.336	0,1	7 / 4.773	0,1	
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit						
gültiger Altersangabe		4.336		4.773		
Median			71,0		71,0	
Mittelwert			68,9		69,0	
Geschlecht						
männlich		1.525	35,2	1.666	34,9	
weiblich		2.811	64,8	3.107	65,1	
Simultaneingriff an der						
kontralateralen Seite						
dokumentiert		47	1,1	48	1,0	
nicht dokumentiert		6	0,1	10	0,2	
Einstufung nach						
ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten						
gesunder Patient		365	8,4	339	7,1	
2: mit leichter Allgemein-						
erkrankung		2.460	56,7	2.706	56,7	
3: mit schwerer Allgemein-						
erkrankung und						
Leistungseinschränkung		1.503	34,7	1.708	35,8	
4: mit inaktivierender Allge-						
meinerkrankung, ständige			_			
Lebensbedrohung		7	0,2	19	0,4	
5: moribunder Patient		1	0,0	1	0,0	

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			3.174	73,2	3.419	71,6
Belastungsschmerz			1.127	26,0	1.314	27,5
keine Schmerzen			35	0,8	40	0,8
Voronaration im						
Voroperation im Kniegelenk						
oder kniegelenksnah			980	22,6	1.141	23,9

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl %	S Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten					
keine oder beginnend					
Eminentia oder		111	2,6	189	4.0
gelenkseitige Patellapole eindeutig		4.225	2,6 97,4	4.584	4,0 96,0
omacang			0.,.		33,3
Gelenkspalt					
nicht oder mäßig verschmälert hälftig verschmälert		55 946	1,3 21,8	74 1.143	1,6 23,9
ausgeprägt verschmälert		940	21,0	1.143	23,9
oder aufgehoben		3.335	76,9	3.556	74,5
Sklerose keine Sklerose		20	0.5	52	4.4
mäßig subchondrale Sklerose		20 704	0,5 16,2	52 760	1,1 15,9
ausgeprägte		701	.0,2	7.00	10,0
subchondrale Sklerose		2.614	60,3	2.793	58,5
Sklerose mit Zysten an		200	00.0	4 400	04.5
Femur, Tibia, Patella		998	23,0	1.168	24,5
Deformierung					
keine Deformierung		183	4,2	258	5,4
Entrundung		0.005	55.0	0.547	50.7
der Femurkondylen ausgeprägte Destruktion,		2.385	55,0	2.517	52,7
Deformierung		1.768	40,8	1.998	41,9
Wundkontaminations- klassifikation					
(nach Definition der CDC)					
aseptische Eingriffe		4.317	99,6	4.746	99,4
bedingt aseptische Eingriffe		17	0,4	17	0,4
kontaminierte Eingriffe		1	0,0	1	0,0
septische Eingriffe		1	0,0	9	0,2

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl %	Anzahl %	Anzahl %
Röntgenologische Kriterien Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence¹			
Gruppe 1 0 Punkte		4 / 4.336 0,1	13 / 4.773 0,3
Gruppe 2 1 - 2 Punkte		39 / 4.336 0,9	72 / 4.773 1,5
Gruppe 3 3 - 4 Punkte		431 / 4.336 9,9	510 / 4.773 10,7
Gruppe 4 5 - 6 Punkte		2.148 / 4.336 49,5	2.300 / 4.773 48,2
Gruppe 5 7 - 8 Punkte		1.714 / 4.336 39,5	1.878 / 4.773 39,3
Gruppe 6 4 - 8 Punkte		4.224 / 4.336 97,4	4.586 / 4.773 96,1

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

Operation

Anzahl % Anzahl % Anzahl	%
Dauer des Eingriffs	
Schnitt-Nahtzeit (min) Anzahl Patienten	
mit gültiger Angabe 4.336 4.773	
Median 80,0	83,0
Mittelwert 85,4	87,1
Parianarativa	
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	
keine Prophylaxe 40 0,9 23	0,5
mit Prophylaxe 4.296 99,1 4.750	99,5
davon	
single shot 3.122 / 4.296 72,7 3.322 / 4.750	69,9
Zweitgabe 616 / 4.296 14,3 747 / 4.750	15,7
öfter 558 / 4.296 13,0 681 / 4.750	14,3

Verlauf

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl %	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives		4.200	00.0	4.740	00.2
Röntgenbild in 2 Ebenen		4.300	99,2	4.740	99,3
Behandlungsbedürftige					
intra-/postoperative					
chirurgische Komplikation(en)					
Anzahl Patienten mit					
mindestens einer Komplikation		53	1,2	112	2,3
(Mehrfachnennungen möglich)					
Implantatfehllage		0	0.0	0	0.0
Femur-Komponente Tibia-Komponente		0	0,0 0,0	0	0,0 0,0
Implantatdislokation		0	0,0	1	0,0
Patellafehlstellung		0	0,0	0	0,0
Wundhämatom/					
Nachblutung		10	0,2	37	0,8
Gefäßläsion		2	0,0	2	0,0
Nervenschaden Fraktur		5 3	0,1 0,1	7	0,1 0,1
Sonstige		33	0,1	64	1,3
			-,-		,-
Postoperative					
Wundinfektion (nach Definition der CDC)					
Anzahl Patienten		14	0,3	21	0,4
davon			0,0		0, 1
A1 (oberflächliche Infektion)		14 / 14	100,0	13 / 21	61,9
A2 (tiefe Infektion)		0 / 14	0,0	6 / 21	28,6
A3 (Räume/Organe)		0 / 14	0,0	2 / 21	9,5
Reoperation wegen					
Komplikation(en)					
erforderlich		32	0,7	63	1,3
Allgemeine					
behandlungsbedürftige					
postoperative					
Komplikation(en)					
Anzahl Patienten mit		404	0.0	404	0.7
mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)		124	2,9	131	2,7
Pneumonie		8	0,2	5	0,1
kardiovaskuläre		ŭ	٥,٢		J, 1
Komplikation(en)		24	0,6	33	0,7
tiefe Bein-/Beckenvenen-		0.2	2.2		
thrombose		33	0,8	19	0,4
Lungenembolie Sonstige		9	0,2 1,4	10 75	0,2 1,6
			1,7		

Entlassung I

Zustand hai Futha aum	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
Zustand bei Entlassung	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß						
aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			4.307	99,3	4.730	99,1
Extension/Flexion						
Anzahl Patienten mit						
plausiblen Angaben			4.307	100,0	4.730	100,0
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				91,8		92,2

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
Zustand bei Entlassung	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja Nein			4.317 13	99,7 0,3	4.751 20	99,6 0,4
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			9	69,2	11	55,0
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja Nein			4.318 12	99,7 0,3	4.743 28	99,4 0,6
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			6	50,0	13	46,4

Entlassung II

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
Entlassungsgrund ¹					
	Anzahl %	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet		2.954	68,1	3.167	66,4
02: nachstationäre Behandlung		2.004	00,1	0.107	00,4
vorgesehen		80	1,8	73	1,5
03: aus sonstigen Gründen		0	0,0	2	0,0
04: gegen ärztlichen Rat		4	0,1	10	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des		·	3, .		5,2
Kostenträgers		0	0,0	0	0,0
06: Verlegung		39	0,9	49	1,0
07: Tod		6	0,1	2	0,0
08: Verlegung nach § 14		3	0,1	1	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung		1.238	28,6	1.436	30,1
10: in Pflegeeinrichtung		8	0,2	10	0,2
11: in Hospiz		0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung		0	0,0	3	0,1
13: externe Verlegung zur					
psychiatrischen Behandlung		2	0,0	1	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit					
nachstationärer Behandlung		0	0,0	7	0,1
15: gegen ärztlichen Rat		0	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung		0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung					
(Wechsel BPfIV/KHG)		2	0,0	6	0,1
18: Rückverlegung		0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit					
Neueinstufung		0	0,0	4	0,1
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	1	0,0

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

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 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
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Entlassung III

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit					
Entlassung am					
Montag		895	20,6	968	20,3
Dienstag		521	12,0	643	13,5
Mittwoch		387	8,9	456	9,6
Donnerstag		521	12,0	532	11,1
Freitag		942	21,7	960	20,1
Samstag		569	13,1	687	14,4
Sonntag		501	11,6	527	11,0

Risikoadjustierung

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

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

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

Jahresauswertung 2012 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Statistische Basisprüfung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 33 Anzahl Datensätze Gesamt: 4.336 Datensatzversion: 17/5 2012 15.0

Datenbankstand: 28. Februar 2013

2012 - D12608-L81968-P38906

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n5-KNIE-TEP/813130 AK 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			67,4%	< 100,0%	AK.1
2012/17n5-KNIE-TEP/813128 AK 7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen			1,0 Fälle	<= 0,0 Fälle	AK.3

Auffälligkeitskriterium 4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage

(90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) aus Krankenhäusern,

die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

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

Referenzbereich: < 100,0%

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich		< 100,0%	122 / 181	67,4% 60,3% - 73,8% < 100,0%

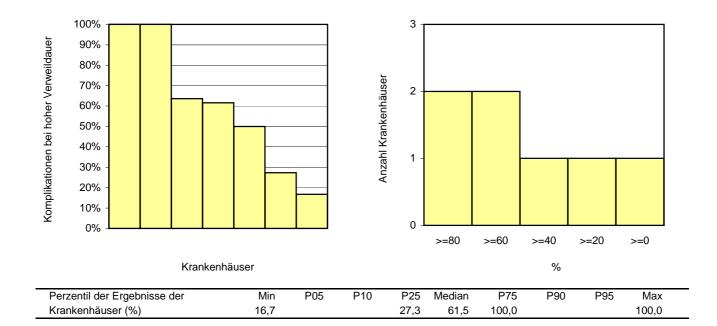
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			156 / 250	62,4% 56,3% - 68,2%		

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4a, Indikator-ID 2012/17n5-KNIE-TEP/813130]:
Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

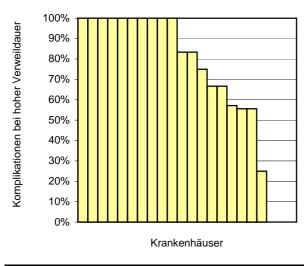
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,0	0,0	0,0	55,6	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0

⁴ Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n5-KNIE-TEP/813128

Referenzbereich: <= 0,0 Fälle

ID-Bezugskennzahl(en):

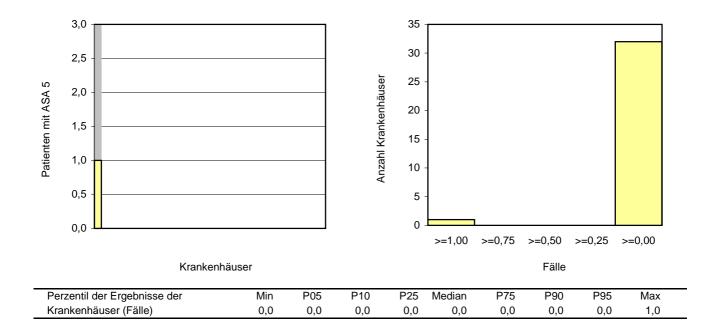
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle	
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		<= 0,0 Fälle	1 / 4.336	1,0 Fälle <= 0,0 Fälle	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle	
Patienten mit ASA 5			1 / 4.773	1,0 Fälle	

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

33 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Leseanleitung

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 <= 15% definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten > 15% gelten als auffällig.

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

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von <= 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.

Leseanleitung

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,5% 5 von 200 = 2,5% <= 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 <= 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.

Leseanleitung

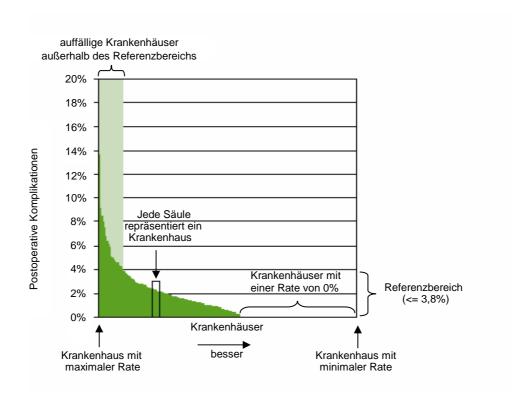
2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen

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



2.4.2 Histogramm

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

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

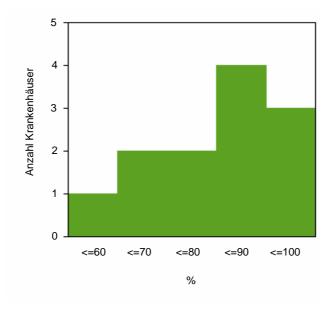
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Mögliche Klasseneinteilung: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

1. Klasse: <= 60%

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



Leseanleitung

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.

Leseanleitung

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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