

Jahresauswertung 2003
Modul 01/1: Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

Qualitätsmerkmale

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser: 65
Auswertungsversion: 12. August 2004
Datensatzversionen: 2003 5.0.1 / 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 12. August 2004
Nr. Gesamt-2063
2003 - L11081-P11538

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation						
Anteil von Patienten mit ausreichend gesicherter Indikation			92,1%	>= 90%	2,1%	1.1
OP-Verfahren bei offenen Ersteingriffen						
Anteil von Patienten mit durchgeführter interfaszikulärer Neurolyse an allen Patienten mit offenen Ersteingriffen ohne posttraumatische Ursache			7,4	<= 2%	-5,4%	1.3
OP-Verfahren bei Rezidivoperationen						
Anteil von Patienten mit nicht angemessener Schnittführung an allen Patienten mit Rezidiveingriffen			13,5%	sentinel event		1.5
Spezifische postoperative Komplikationen						
Anteil von Patienten mit spezifischen postoperativen Komplikationen an allen Patienten			0,4%	<= 4,3%	4,0%	1.7

*Abweichung vom Referenzbereich

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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 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 Krankenhauseergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

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. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen
Krankenhauswert:	10%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die grau 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. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median 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.

2.3.1 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.

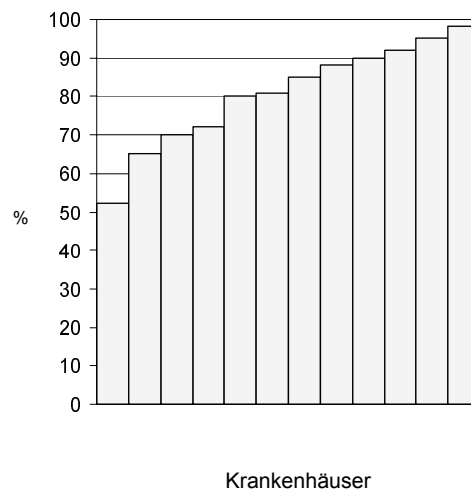
Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



2.3.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhäusergebnisse 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:

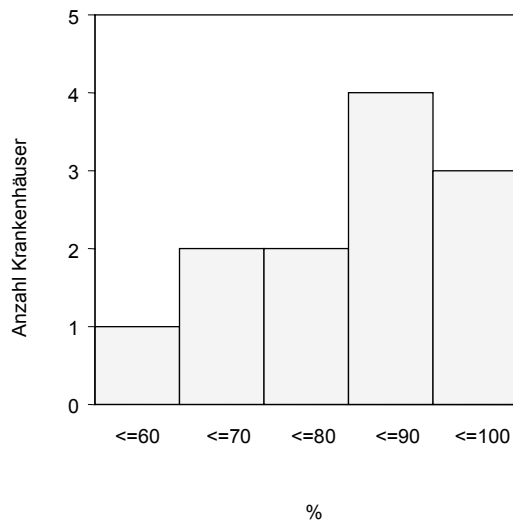
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

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	<= 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 Krankenhäuser? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen 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 Verhältnis

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.

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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 „Verhältnis“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Indikation

Qualitätsziel: Indikation stets ausreichend gesichert

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 90%

	Gesamt 2003		Gesamt 2003	
	ja	nein	ja	nein
Typische nächtliche Parästhesien in den Fingern 2 bis 4 und/oder sensible Störungen, die mit dem Karpaltunnelsyndrom übereinstimmen				
... sowie: Motorische distale Latenz verlängert oder sensible NLG* verzögert oder EMG* pathologisch Vertrauensbereich Referenzbereich			1.477 / 1.603 92,14%	11 / 1.603 0,69%
	>= 90%		90,71% - 93,41%	>= 90%

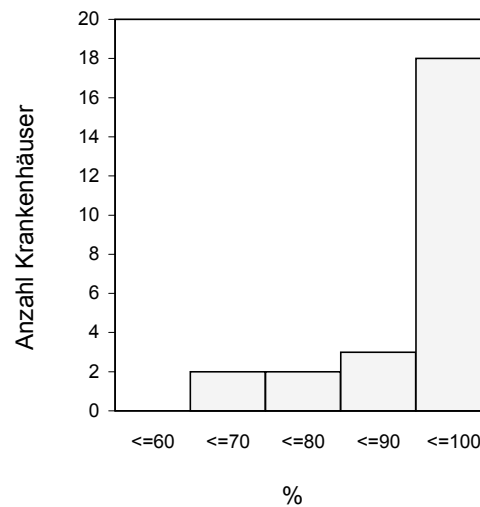
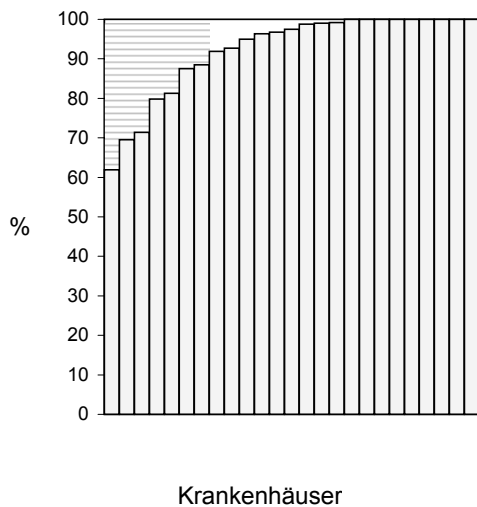
*NLG = Nervenleitgeschwindigkeit, EMG = Elektromyographie

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:

Anteil von Patienten mit verlängerter motorischer distaler Latenz oder verzögerter sensibler NLG oder pathologischem EMG sowie mit typischen nächtlichen Parästhesien in den Finger 2 bis 4 oder sensiblen Störungen, die mit dem Karpaltunnelsyndrom übereinstimmen, an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 61,9% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 97,5%

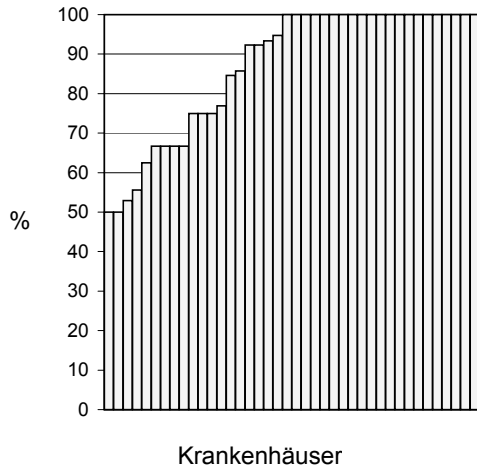


25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



40 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: OP – Verfahren bei offenen Ersteingriffen

Qualitätsziel: Bei offenen Erstoperationen unter Ausschluss von Patienten mit posttraumatischer Ätiologie soll selten eine interfaszikuläre Neurolyse erfolgen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit offenen Operationen (Schnitt nur in Höhe des Handgelenks **oder** Schnitt in Höhe des Handgelenks mit Erweiterung des Schnittes bis in die Hohlhand **oder** Schnitt nur in Höhe der Hohlhand **oder** Schnitt in Höhe der Hohlhand mit Erweiterung des Schnittes nach zentral) ohne Patienten mit Rezidiveingriffen und ohne Patienten mit posttraumatischer Ursache

Referenzbereich: <= 2%

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit durchgeführter interfaszikulärer Neurolyse			102 / 1.381	7,39%
Vertrauensbereich				6,06% - 8,90%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:

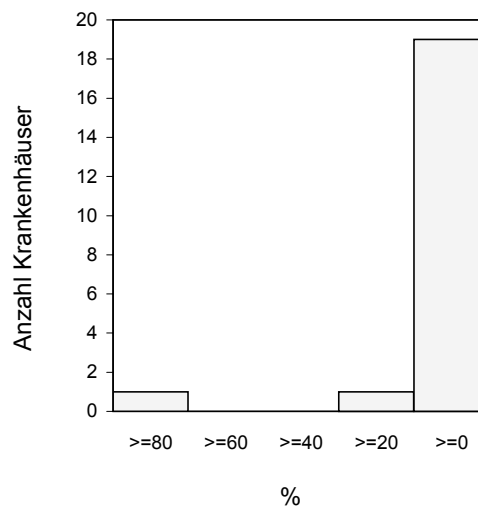
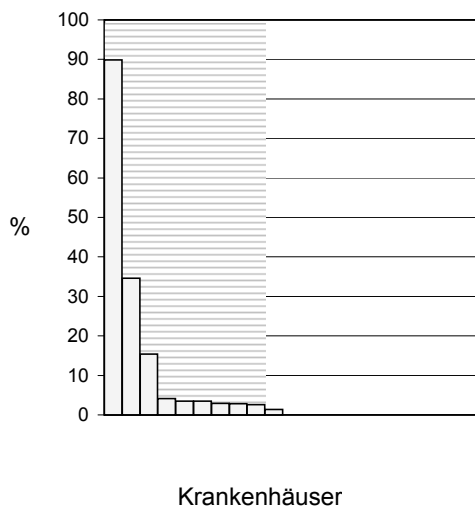
Anteil von Patienten mit durchgeführter interfaszikulärer Neurolyse an allen Patienten mit offenen Ersteingriffen ohne posttraumatische Ursache

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 89,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



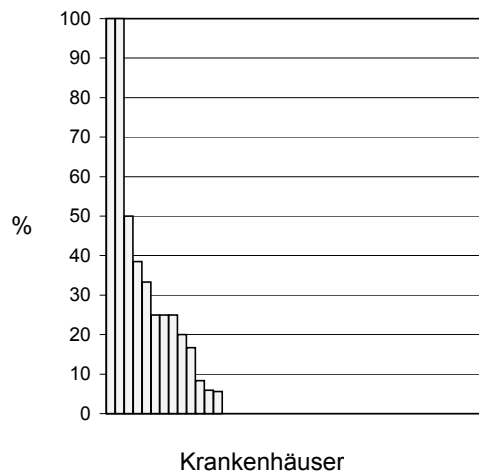
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



42 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: OP – Verfahren bei Rezidivoperationen

Qualitätsziel: Bei Rezidivoperationen Wahl einer angemessenen OP-Schnittführung

Grundgesamtheit: Patienten mit Rezidiv

Referenzbereich: sentinel event

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nicht angemessener OP-Technik bei Rezidivoperationen (Isolierter Schnitt in Höhe des Handgelenks oder isolierter Schnitt in Höhe der Hohlhand)			12 / 89	13,48%
Vertrauensbereich			7,13% - 22,43%	
Referenzbereich		sentinel event		sentinel event

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 3]:

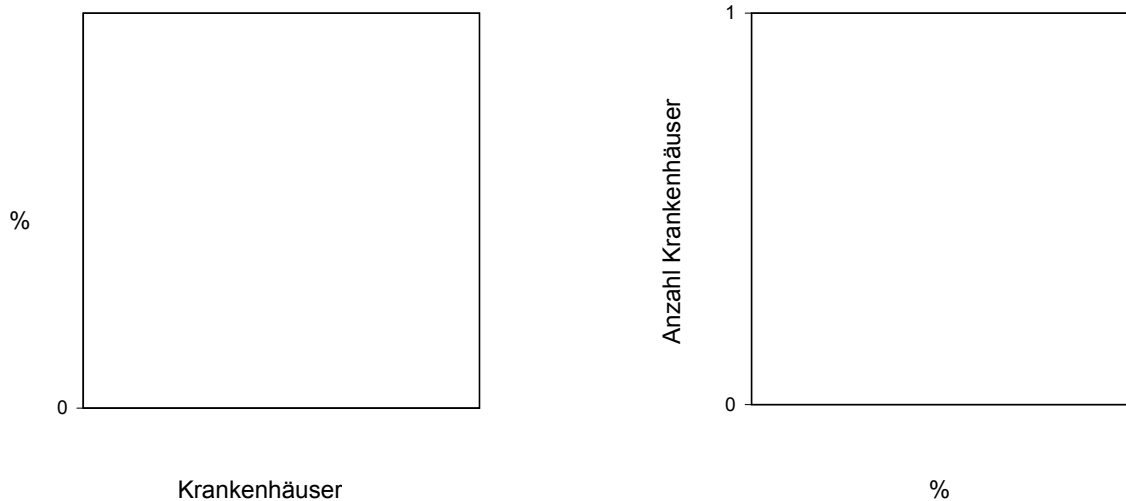
Anteil von Patienten mit nicht angemessener Schnittführung an allen Patienten mit Rezidiveingriffen

39 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:

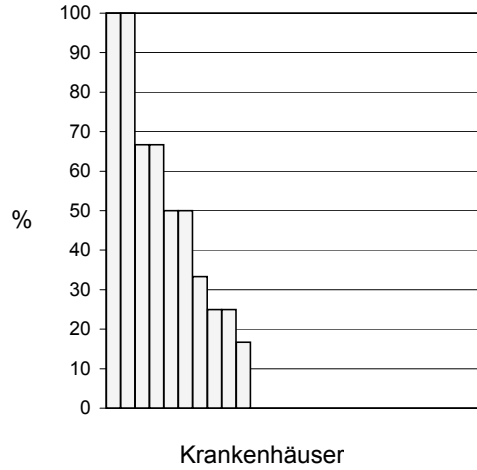


0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



26 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Spezifische postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten spezifische postoperative Komplikationen (bis zur Entlassung)

Grundgesamtheit: Gruppe I: Alle Patienten mit Ersteingriff
 Gruppe II: Alle Patienten mit Rezidivoperation*
 Gruppe III: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 4,3% (95%-Perzentile)

	Gesamt 2003					
	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
Patienten mit postoperativen motorischen oder sensiblen Ausfällen oder lokalen vegetativen Störungen				4 / 1.514	2 / 89	6 / 1.603
Vertrauensbereich				0,26%	2,25%	0,37%
Referenzbereich			<= 4,3%			0,13% - 0,82% <= 4,3%

* Voroperation wegen Karpaltunnelsyndrom oder anderer Operation am betroffenen Handgelenk

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 4]:

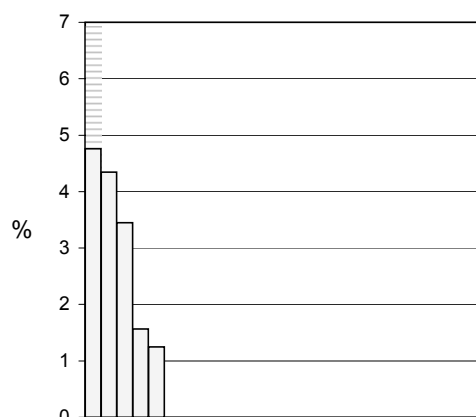
Anteil von Patienten mit spezifischen postoperativen Komplikationen (bis zur Entlassung) an allen Patienten (Gruppe III)

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

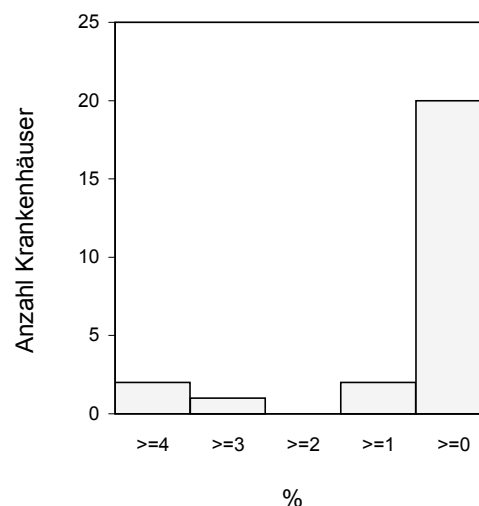
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



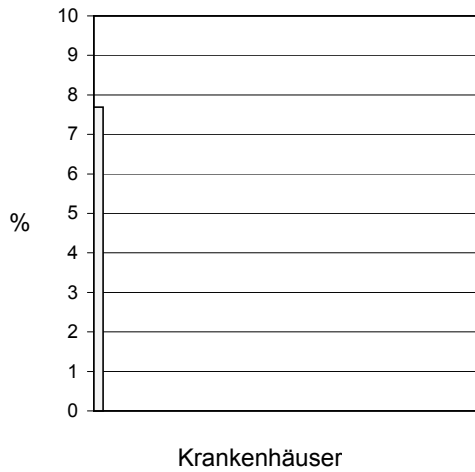
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



40 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2003
Modul 01/1: Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser: 65
Auswertungsversion: 12. August 2004
Datensatzversionen: 2003 5.0.1 / 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 12. August 2004
Nr. Gesamt-2063
2003 - L11081-P11538

Basisdaten

	Gesamt 2003				Gesamt 2002	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			484	30,19	434	27,38
2. Quartal			393	24,52	408	25,74
3. Quartal			356	22,21	374	23,60
4. Quartal			370	23,08	369	23,28
Gesamt			1.603	100,00	1.585	100,00

	Gesamt 2003				Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonderentgelt-Nummer 1.01 Dekompression peripherer Nerven bei Karpaltunnelsyndrom			1.603	100,00	1.585	100,00

Behandlungszeiten

	Gesamt 2003		Gesamt 2002
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Postoperative Verweildauer (in Tagen)			
Anzahl der Patienten		1.603	1.585
Median		2,0	1,0
Mittelwert		2,6	2,5

* **Kommentar:** Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

Diagnosen

	Gesamt 2003			Gesamt 2002				
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*		
Entlassungsdiagnose(n)								
Liste der 8 häufigsten Diagnosen								
Bezug der Texte: Gesamt								
Karpaltunnel-Syndrom			G56.0	1.546	98,16	G56.0	1.458	97,92
Essentielle (primäre) Hypertonie			I10	122	7,75	G56.2	20	1,34
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr			E66.0	35	2,22	M65.3	3	0,20
Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung			I83.9	29	1,84	M77.0	2	0,13
Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]			M72.0	26	1,65	M72.0	2	0,13
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet			E11.90	25	1,59	S65.8	1	0,07
Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet			I25.9	21	1,33	S52.6	1	0,07
Schnellender Finger			M65.3	19	1,21	L23.0	1	0,07

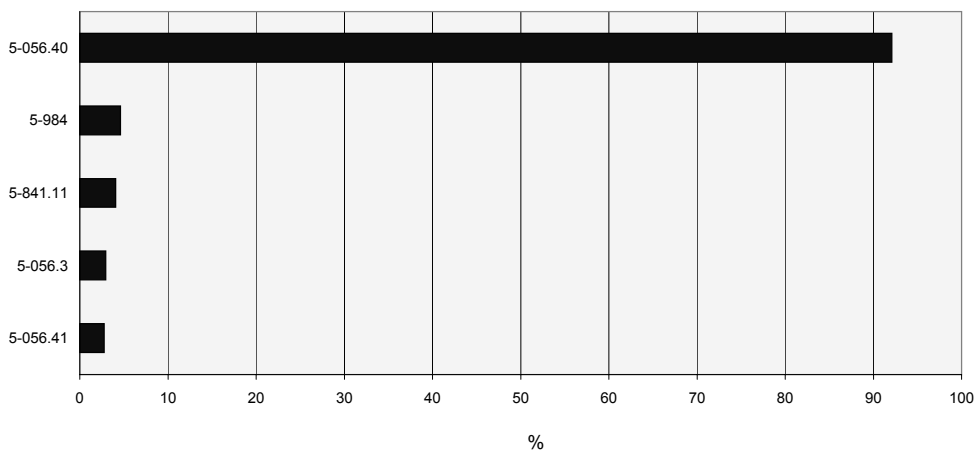
*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Verteilung der Operationstechniken

	Gesamt 2003			Gesamt 2002				
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*		
Liste der 5 häufigsten Angaben								
Bezug der Texte: Gesamt								
Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch			5-056.40	1.476	92,08	5-056.40	1.405	88,64
Mikrochirurgische Technik			5-984	74	4,62	5-056.3	66	4,16
Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum			5-841.11	65	4,05	5-056.41	55	3,47
Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm			5-056.3	47	2,93	5-057.4	18	1,14
Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Endoskopisch			5-056.41	44	2,75	5-056.4y	16	1,01

*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

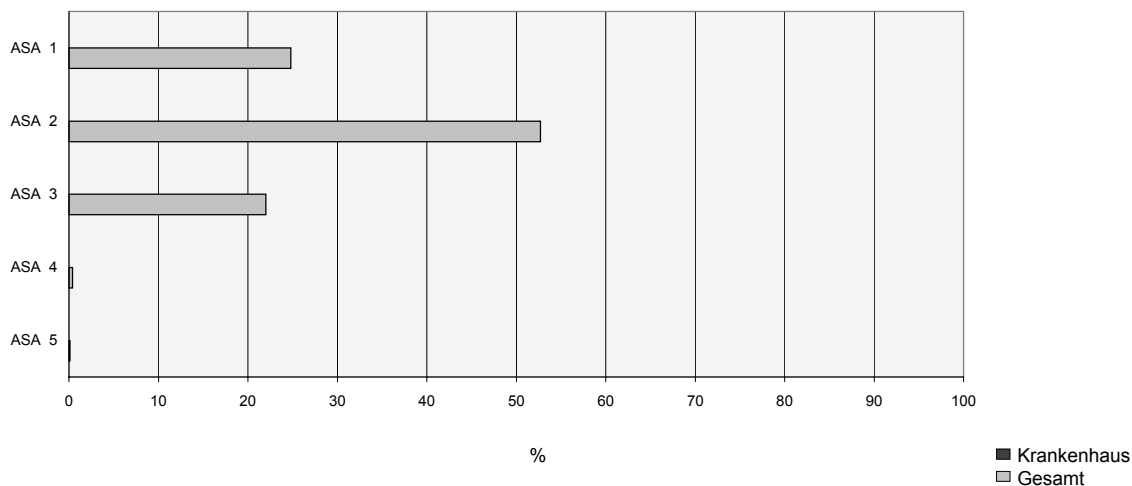
Verteilung der Operationstechniken (Gesamt 2003)



Patienten

	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangaben			1.603	100,00
< 20	2 / 1.603	0,12	4 / 1.582	0,25
20 - 39	72 / 1.603	4,49	108 / 1.582	6,83
40 - 59	609 / 1.603	37,99	589 / 1.582	37,23
60 - 79	736 / 1.603	45,91	713 / 1.582	45,07
>= 80	184 / 1.603	11,48	168 / 1.582	10,62
Alter (Jahre)				
Anzahl der Patienten	1.603		1.582	
Median	62,0		62,0	
Mittelwert	62,0		61,6	
Geschlecht				
männlich	437	27,26	413	26,06
weiblich	1.166	72,74	1.172	73,94
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	398	24,83	405	25,55
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	844	52,65	846	53,37
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	353	22,02	323	20,38
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	7	0,44	11	0,69
5: moribunder Patient	1	0,06	0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Anamnese/klinische Befunde

	Gesamt 2003		Gesamt 2002			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Voroperation			89	5,55	62	3,91
Abstand zur Voroperation (in Jahren)						
Anzahl der Patienten mit Voroperation und Angabe des Zeitabstands			62		57	
Median			0,8		0,9	
Mittelwert			1,70		1,5	
Idiopathische Ursachen			1.305	81,41	1.275	80,44
Posttraumatische Ursachen			131	8,17	87	5,49
Entzündliche Ursachen, z.B. Rheumatismus			102	6,36	108	6,81
Arthrosen			209	13,04	142	8,96
Polyneuropathie			116	7,24	60	3,79
Typische nächtliche Parästhesien in den Fingern 2 bis 4			1.543	96,26	1.525	96,22
Sensible Störungen, die mit dem Karpaltunnelsyndrom übereinstimmen			1.518	94,70	1.441	90,92
Motorischer Kraftgrad bestimmt						
Anzahl der Patienten			412	25,70	453 / 1.585	28,58
keine Aktivität (Plegie)			1 / 412	0,24	1 / 453	0,22
Muskelkontraktion ohne funktionalen Effekt			4 / 412	0,97	4 / 453	0,88
Muskelaktivität mit Hilfestellung			11 / 412	2,67	10 / 453	2,21
Muskelaktivität gegen Schwerkraft			49 / 412	11,89	44 / 453	9,71
Muskelaktivität ohne Gegenkraft			117 / 412	28,40	158 / 453	34,88
normale Muskeltätigkeit, volle Kraftentfaltung			230 / 412	55,83	236 / 453	52,10

Präoperative Diagnostik / Befunde

	Gesamt 2003		Gesamt 2002			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Elektrodiagnostik						
Motorische distale Latenz verlängert						
nein			219	13,66	128	8,08
ja			1.205	75,17	1.250	78,86
nicht bestimmt			179	11,17	207	13,06
Sensible Nervenleitgeschwindigkeit verzögert						
nein			52	3,24	48	3,03
ja			1.393	86,90	1.371	86,50
nicht bestimmt			158	9,86	166	10,47
Elektromyographie pathologisch						
nein			133	8,30	120	7,57
ja			1.056	65,88	971	61,26
nicht bestimmt			414	25,83	494	31,17

Operation

	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Medik. Thromboseprophylaxe				
Anzahl der Patienten	652	40,67	573	36,15
Anästhesie				
Allgemeinanästhesie	549	34,25	454	28,64
Regionalanästhesie				
vom Operateur	282	17,59	310	19,56
vom Anästhesisten	850	53,03	848	53,50
keine	471	29,38	427	26,94
OP-Team				
Operateur hat Facharztstatus	1.249	77,92	1.221	77,03
1. Assistent				
Facharzt	945	58,95	926	58,42
Arzt in Weiterbildung	408	25,45	386	24,35
kein ärztlicher Assistent	250	15,60	273	17,22
OP-Pflegekraft				
mit Krankenpflegeexamen	1.580	98,56	1.534	96,78
ohne Krankenpflegeexamen	15	0,94	34	2,14
keine	8	0,50	17	1,07
Dauer des Eingriffs (in Minuten)				
Schnitt-Nahtzeit, alle Operationen				
Anzahl der Patienten	1.603		1.585	
Median	20,0		20,0	
Mittelwert	26,7		25,7	
Operation - offen				
(Mehrfachnennungen möglich)				
Schnitt nur in Höhe des Handgelenks	188	11,73	213	13,44
Schnitt in Höhe des Handgelenks mit Erweiterung des Schnittes bis in die Hohlhand	801	49,97	675	42,59
Schnitt nur in Höhe der Hohlhand	480	29,94	580	36,59
Schnitt in Höhe der Hohlhand mit Erweiterung d. Schnittes nach zentral	136	8,48	61	3,85
Operation - endoskopisch				
Operation rein endoskopisch	38	2,37	47	2,96
Minischnitt und endoskopischer Einsatz	17	1,06	9	0,57
Blutleere	1.396	87,09	1.374	86,69
Vergrößerungstechnik eingesetzt (z.B. Operationsmikroskop)	416	25,95	282	17,79
Dekompression der Nerven				
durch				
Spaltung des Retinaculum flexorum (Lig. carpi transversum)	1.564	97,57	1.547	97,60
Neurolyse unter Erhaltung der Hüllensubstanz	1.220	76,11	1.202	75,84
Interfaszikuläre Neurolyse	123	7,67	85	5,36

Verlauf

	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezifische postop. Komplikationen (bis zur Entlassung) (Mehrfachnennungen möglich)				
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			6	0,37
Komplikation ohne nähere Angabe			0	0,00
Motorische Ausfälle			0	0,00
Sensible Ausfälle			1	0,06
Lokale vegetative Störung(en)			5	0,31
			1	0,06

Entlassung

	Gesamt 2003		Gesamt 2002		
	Anzahl	%	Anzahl	%	
Entlassungsgrund					
01: Behandlung regulär beendet		1.487	92,76	1.472	92,87
02: Behandlung regulär beendet, nachstat. Behandlung vorgesehen	104	6,49	99	6,25	
03: Behandlung aus sonst. Gründen beendet	0	0,00	6	0,38	
04: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet	5	0,31	1	0,06	
05: Zuständigkeitswechsel des Leistungsträgers	0	0,00	0	0,00	
06: Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00	1	0,06	
07: Tod	0	0,00	0	0,00	
08: Verlegung in ein and. Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95)	0	0,00	2	0,13	
09: Entl. in e. Rehabilitationseinrichtung	1	0,06	2	0,13	
10: Entlassung in e. Pflegeeinrichtung	3	0,19	1	0,06	
11: Entlassung in ein Hospiz	0	0,00	0	0,00	
12: Interne Verlegung	2	0,12	1	0,06	
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung	0	0,00	0	0,00	
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00	
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1	0,06	0	0,00	
16*: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung	0	0,00	0		
17*: Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG	0	0,00	0		
18*: Rückverlegung	0	0,00	0		
Wenn Entlassungsgrund = 07 (Tod) Sektion erfolgt		0 / 0		0 / 0	

*Entlassungsgrund 16-18 : Nur Version 6.0