

Jahresauswertung 2003  
Modul 17/5: Knie-Totalendoprothese (TEP)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 49  
Auswertungsversion: 13. Juli 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 19. Juli 2004  
Nr. Gesamt-2036  
2003 - L10396-P11346

## Übersicht Qualitätsindikatoren I

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
<b>Indikator</b>						
Anteil von Patienten mit Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium			79,51%	>= 32,6%	46,9%	1.1
<b>Perioperative Antibiotikaphylaxe</b>						
Anteil von Patienten mit periop. Antibiotikaphylaxe			99,34%	>= 95%	4,3%	1.3
<b>OP-Dauer</b>						
Median OP-Dauer (min)			85,0	<= 120,0 min	35,0 min	1.5
<b>Fremdblutbedarf</b>						
Anteil von Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut			3,58%	<= 11,4%	7,8%	1.7
<b>Postoperative Röntgenbilder</b>						
Anteil von Patienten mit postop. Röntgenbild in 2 Ebenen			99,07%	100%	-0,9%	1.9
<b>Postoperative Beweglichkeit</b>						
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Extension/Flexion) an allen Patienten			59,7%	>= 5,7%	54,0%	1.11
<b>Gehfähigkeit bei Entlassung</b>						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist			99,51%	>= 85%	14,5%	1.13
<b>Selbst. Versorgung in der Hygiene bei Entlassung</b>						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständige Versorgung in der Hygiene möglich ist			99,26%	>= 80%	19,3%	1.16
<b>Gefäßläsion</b>						
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion			0,04%	<= 1%	1,0%	1.18

\*Abweichung vom Referenzbereich

## Übersicht Qualitätsindikatoren II

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
<b>Nervenschaden</b>						
Anteil an Patienten mit Nervenschaden			0,20%	<= 1%	0,8%	1.20
<b>Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation</b>						
Anteil an Patienten mit Fraktur			0,20%	<= 2%	1,8%	1.22
<b>Postoperative Wundinfektion</b>						
Anteil von Patienten mit Wundinfektion an allen Patienten			1,45%	<= 2%	0,6%	1.24
Anteil von Patienten mit Wundinfektion an allen Pat. der Risikoklasse 0			1,27%	<= 1%	-0,3%	1.28
<b>Wundhämatome / Nachblutungen</b>						
Anteil von Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			3,31%	<= 17,2%	13,9%	1.31
<b>Allgemeine postoperative Komplikationen</b>						
Anteil von Pat. mit mindestens einer postop. Komplikation			7,05%	<= 14,9%	7,8%	1.33
<b>Reinterventionen wegen Komplikation</b>						
Anteil von Pat. mit Reintervention wegen Komplikation			2,43%	<= 8,8%	6,4%	1.35
<b>Letalität</b>						
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Pat.			0,05%	Sentinel event		1.37

\*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 Krankenhausergebnisse (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 Krankhausergebnisse

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 Krankhausergebnisse 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.

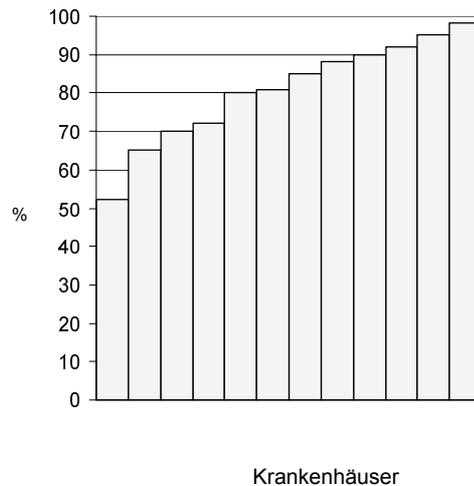
#### Beispiel:

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:

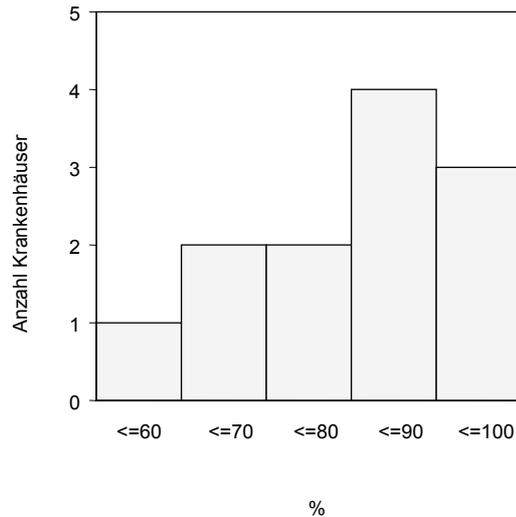
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

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 Krankenhäusern? (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:** Oft eine angemessene Indikation  
 (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** >= 32,6% (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>				
Patienten mit schmerzfreiem Gehen < 20 min			3.397 / 5.588	60,79%
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			5.025 / 5.588	89,92%
Patienten mit Ruheschmerz			4.639 / 5.588	83,02%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			5.495 / 5.588	98,34%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren & Lawrence*				
Gruppe 1	0 Punkte		60 / 5.588	1,07%
Gruppe 2	1-2 Punkte		424 / 5.588	7,59%
Gruppe 3	3-4 Punkte		2.126 / 5.588	38,05%
Gruppe 4	5-6 Punkte		2.380 / 5.588	42,59%
Gruppe 5	7-8 Punkte		598 / 5.588	10,70%
Gruppe 6	4-8 Punkte		4.447 / 5.588	79,58%
Patienten mit mindestens einem der o.g. Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 bis 8 Punkten			4.443 / 5.588	79,51%
Vertrauensbereich				78,43% - 80,56%
Referenzbereich		>= 32,6%		>= 32,6%

\*Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:**

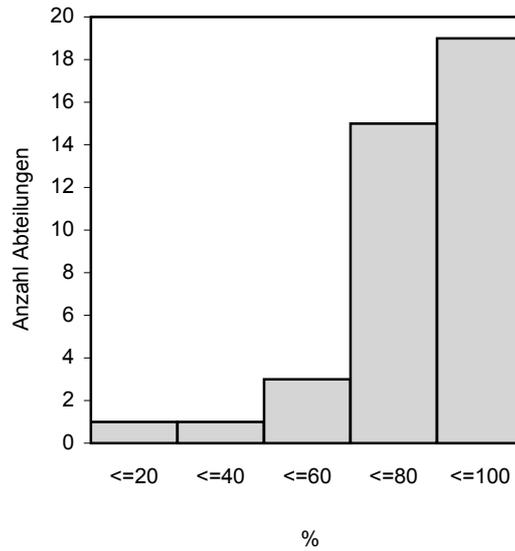
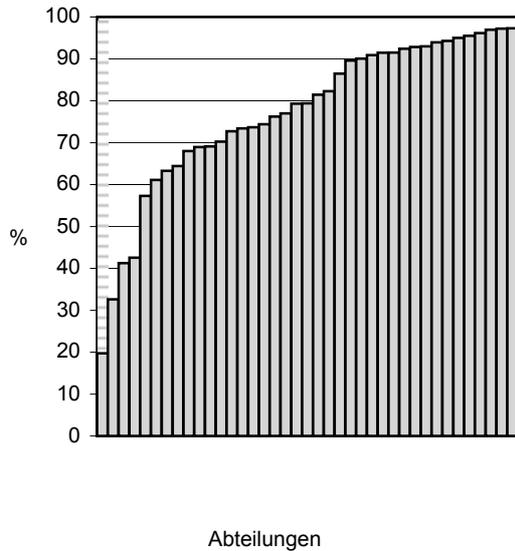
**Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 19,7% - 97,3%

Median der Abteilungswerte: 79,4%



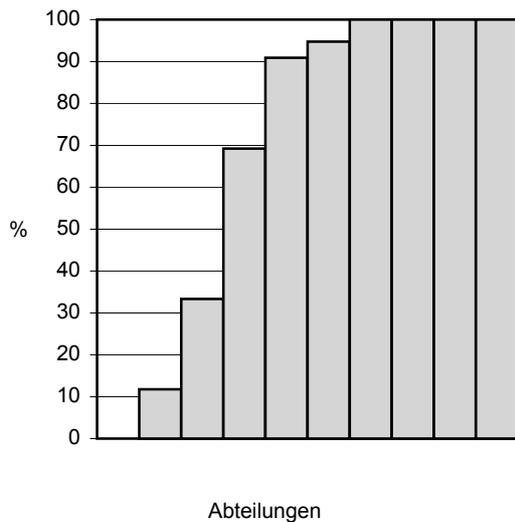
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 92,8%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaprofylaxe

**Qualitätsziel:** Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprofylaxe

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1 Alle Patienten\*  
 Gruppe 2 Operationsdauer <= 120 min\*  
 Gruppe 3 Operationsdauer > 120 min\*

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2003 OP - Dauer		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Antibiotikaprofylaxe			
Vertrauensbereich	99,09% - 99,53%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

\*Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

	Gesamt 2003 OP - Dauer		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Antibiotikaprofylaxe	5.551 / 5.588 99,34%	4.985 / 5.020 99,30%	566 / 568 99,65%
Vertrauensbereich	99,09% - 99,53%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	4.767 / 5.551 85,88%	4.319 / 4.985 86,64%	448 / 566 79,15%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	784 / 5.551 14,12%	666 / 4.985 13,36%	118 / 566 20,85%

\* Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:**

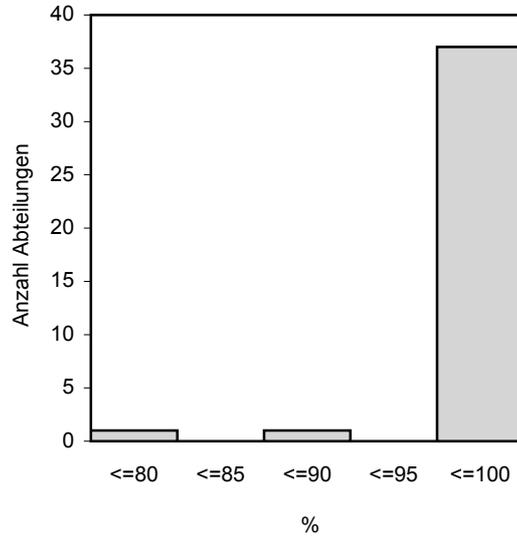
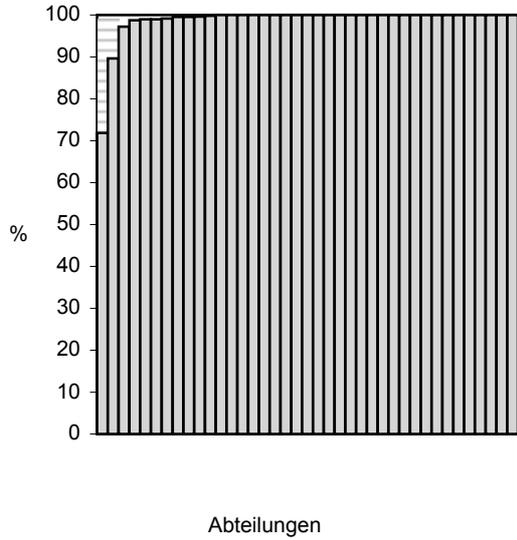
**Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 71,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



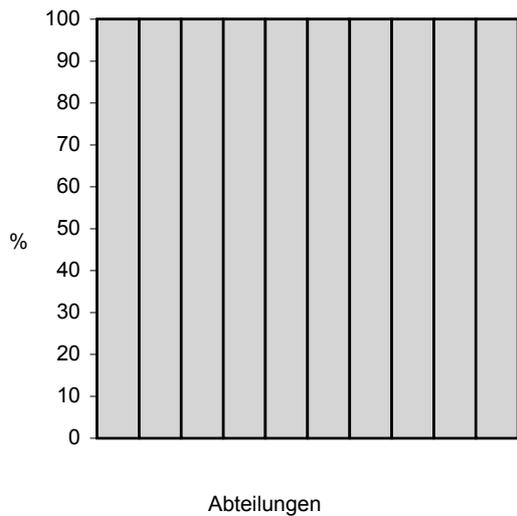
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: OP - Dauer**

**Qualitätsziel:** Angemessene OP-Dauer

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten\*

**Referenzbereich:** <= 120,0 min (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>OP - Dauer</b>				
1 - 60 min			704 / 5.588	12,60%
61 - 120 min			4.316 / 5.588	77,24%
121 - 180 min			511 / 5.588	9,14%
>180 min			57 / 5.588	1,02%
Median (min)			85,0 min	
Referenzbereich (Median)		<= 120,0 min	<= 120,0 min	

\* Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:**

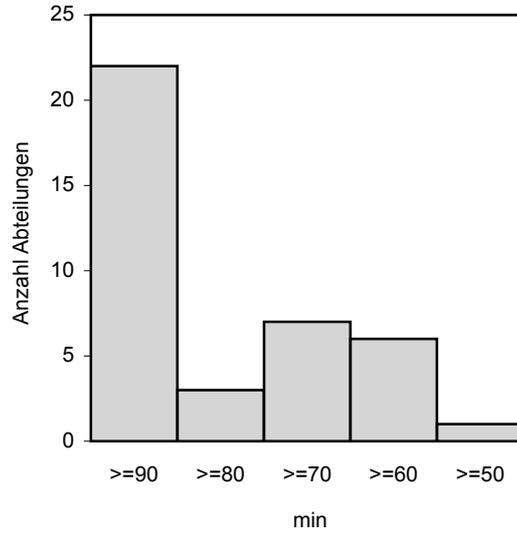
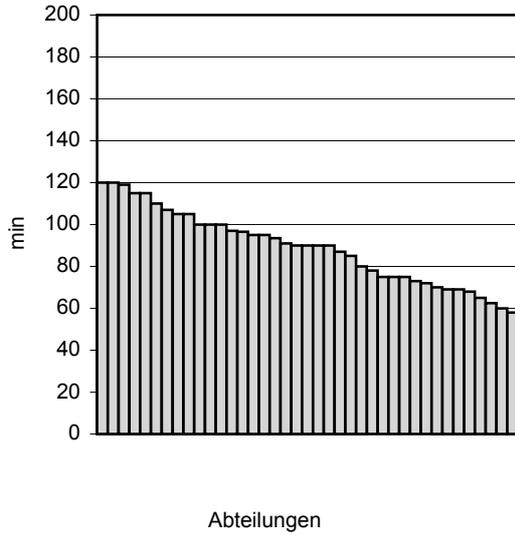
**OP-Dauer (Median in min)**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 58,0 min - 120,0 min

Median der Abteilungswerte: 90,0 min



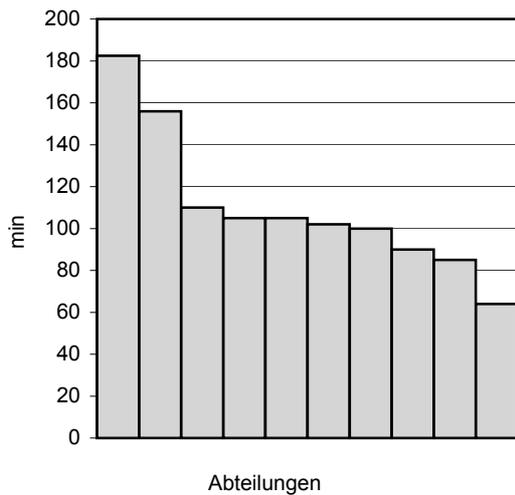
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 64,0 min - 182,5 min

Median der Abteilungswerte: 103,5 min



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Fremdblutbedarf**

**Qualitätsziel:** Selten Transfusionsbedarf von mehr als 2 TE Fremdblut

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 11,4% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. ohne Fremdbluttransfusion			4.430 / 5.588	79,28%
Pat. mit Fremdbluttransfusion			1.158 / 5.588	20,72%
Pat. mit >2 Transfusionseinheiten Fremdblut			200 / 5.588	3,58%
Vertrauensbereich				3,11% - 4,10%
Referenzbereich		<= 11,4%		<= 11,4%
Pat. ohne Angabe zur Anzahl der Transfusionseinheiten			4.468 / 5.588	79,96%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:**

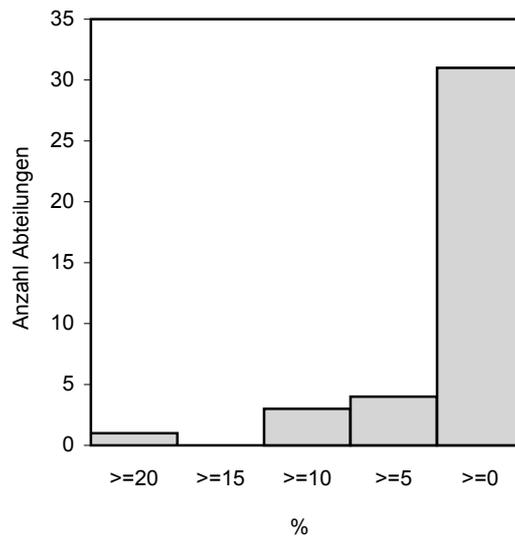
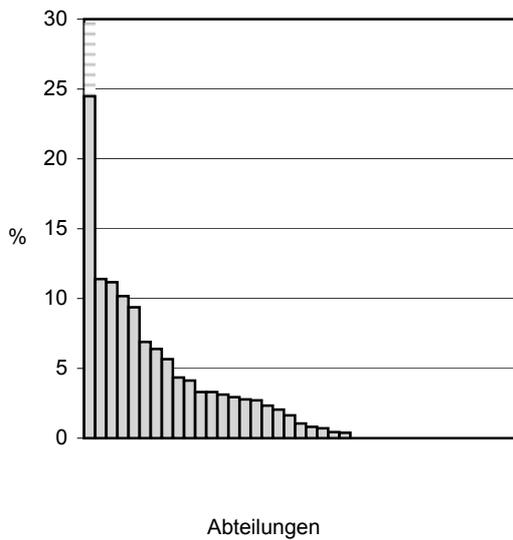
**Anteil von Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 24,5%

Median der Abteilungswerte: 1,0%



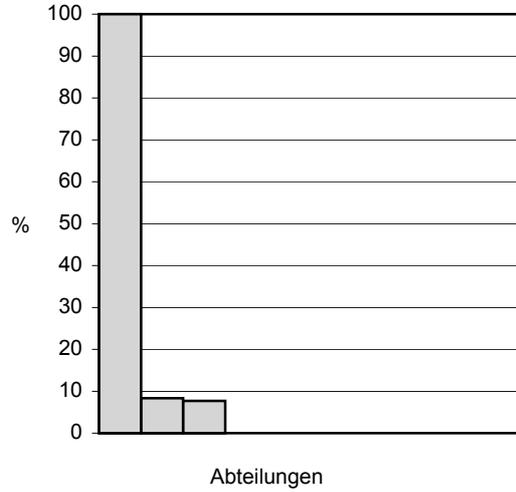
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder**

**Qualitätsziel:** Immer postoperatives Röntgen in 2 Ebenen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten (unter Ausschluss der Todesfälle)

**Referenzbereich:** 100%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen			5.533 / 5.585	99,07%
Vertrauensbereich				98,78% - 99,30%
Referenzbereich		100%		100%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr.5]:**

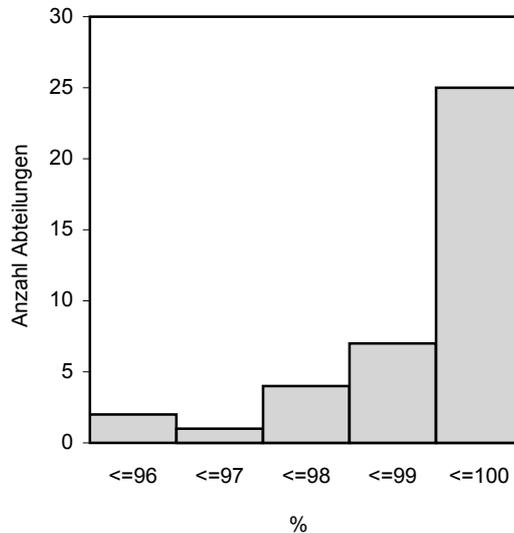
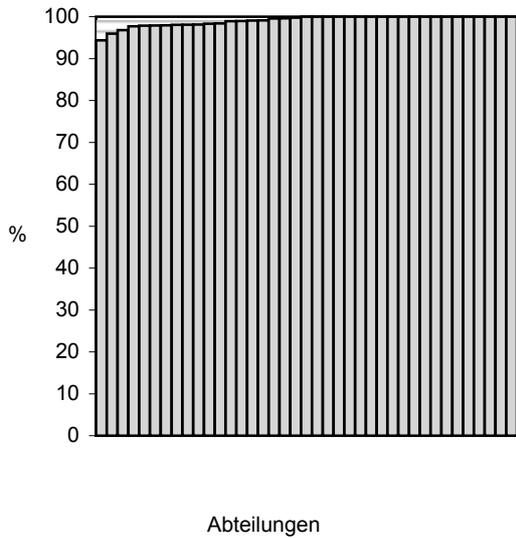
**Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



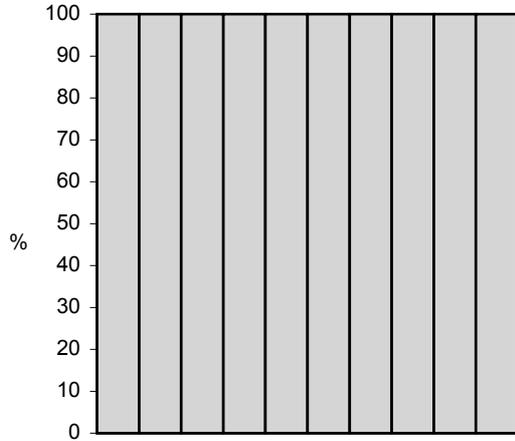
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Postoperative Beweglichkeit

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

**Grundgesamtheit:**

- Gruppe 1: Alle Patienten\*
- Gruppe 2: Pat. mit Verweildauer <= 15 Tage\*
- Gruppe 3: Pat. mit Verweildauer von 16 bis 20 Tagen\*
- Gruppe 4: Pat. mit Verweildauer von 21 bis 25 Tagen\*
- Gruppe 5: Pat. mit Verweildauer > 25 Tage\*

**Referenzbereich:** >= 5,7% (5%-Perzentile)

Abteilung 2003					
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Pat. mit postoperativer aktiver Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Extension/Flexion)					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	>= 5,7%				

\*Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

Gesamt 2003					
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Pat. mit postoperativer aktiver Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Extension/Flexion)	3.318 / 5.558	1.624 / 2.667	1.173 / 1.967	343 / 591	177 / 331
Vertrauensbereich	59,7%	60,9%	59,6%	58,0%	53,5%
Referenzbereich	58,4% - 61,0%				
	>= 5,7%				

\*Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:**

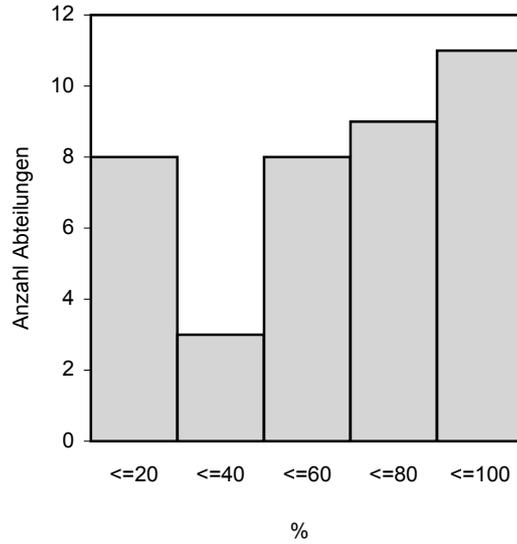
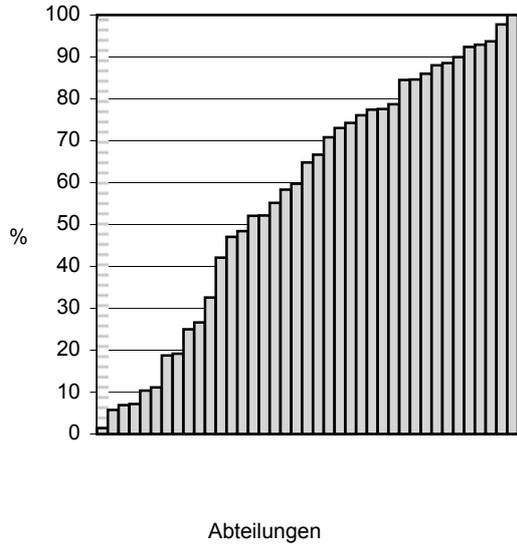
**Anteil von Patienten mit postoperativer aktiver Beweglichkeit (Extension/Flexion) von mindestens 0/0/90 an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 1,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 64,8%



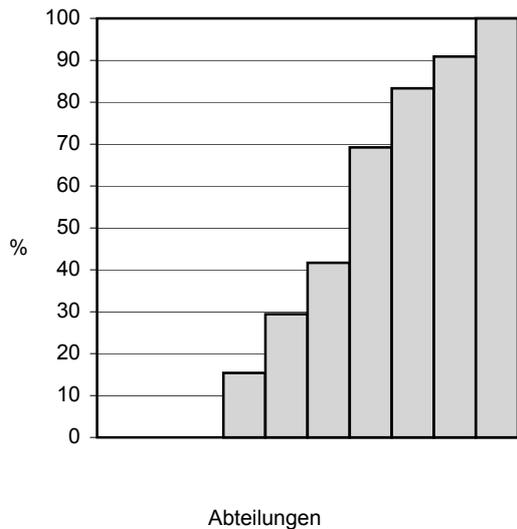
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 35,5%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Gehfähigkeit bei Entlassung

**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:  
 - Behandlung regulär beendet  
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

**Referenzbereich:** >= 85%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist			5.498 / 5.525	99,51%
Vertrauensbereich				99,29% - 99,68%
Referenzbereich		>= 85%		>= 85%
<b>nicht selbstständig gehfähige Patienten</b>				
davon				
operationsbedingt			2 / 27	7,41%
nicht operationsbedingt			25 / 27	92,59%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7]:**

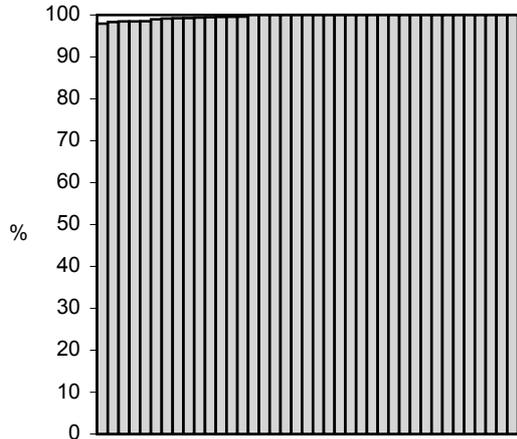
**Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

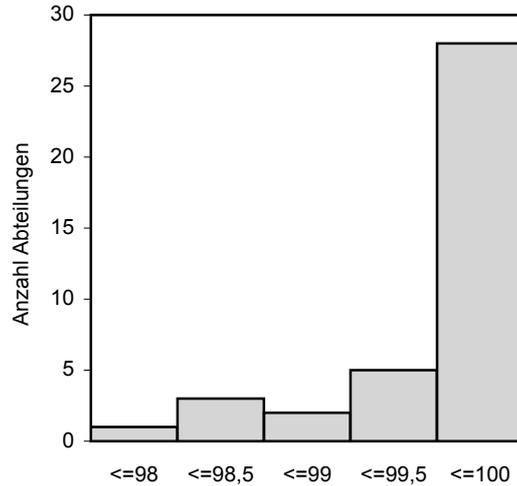
**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 98,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen



%

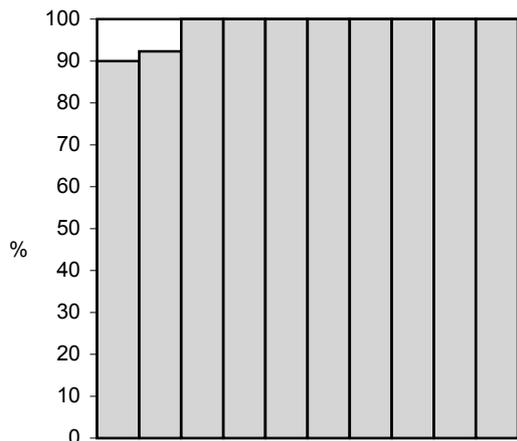
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:  
 - Behandlung regulär beendet  
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

Gruppe 1: Pat. mit Verweildauer <= 15 Tage  
 Gruppe 2: Pat. mit Verweildauer von 16 bis 20 Tagen  
 Gruppe 3: Pat. mit Verweildauer von 21 bis 25 Tagen  
 Gruppe 4: Pat. mit Verweildauer > 25 Tage

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist				
<b>nicht</b> selbstständig gehfähige Patienten davon				
operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	2.636 / 2.650 99,47%	1.946 / 1.950 99,79%	588 / 590 99,66%	327 / 334 97,90%
<b>nicht</b> selbstständig gehfähige Patienten davon				
operationsbedingt	1 / 14 7,14%	0 / 4 0,00%	0 / 2 0,00%	1 / 7 14,29%
nicht operationsbedingt	13 / 14 92,86%	4 / 4 100,00%	2 / 2 100,00%	6 / 7 85,71%

**Qualitätsindikator: selbstständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung**

**Qualitätsziel:** Möglichst hoher Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:  
 - Behandlung regulär beendet  
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

**Referenzbereich:** >= 80%

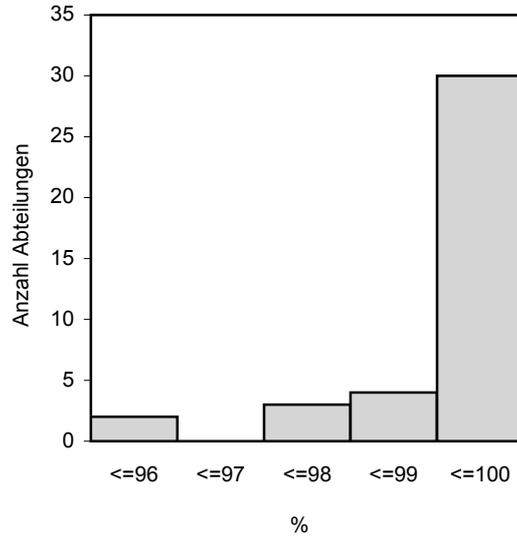
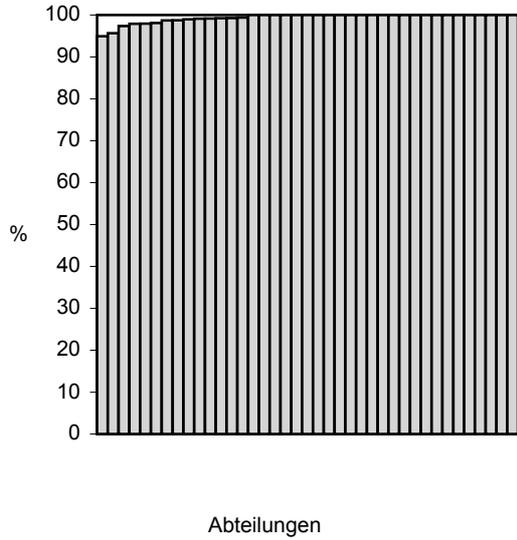
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			5.484 / 5.525	99,26%
Vertrauensbereich				98,99% - 99,47%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:**

**Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

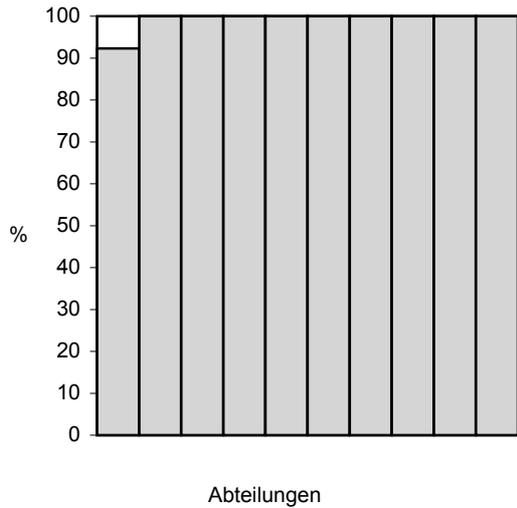
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,9% - 100,0%  
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 92,3% - 100,0%  
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

**Qualitätsindikator: Gefäßläsion**

---

**Qualitätsziel:** Selten Gefäßläsion

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 1%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			2 / 5.588	0,04%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,13%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:**

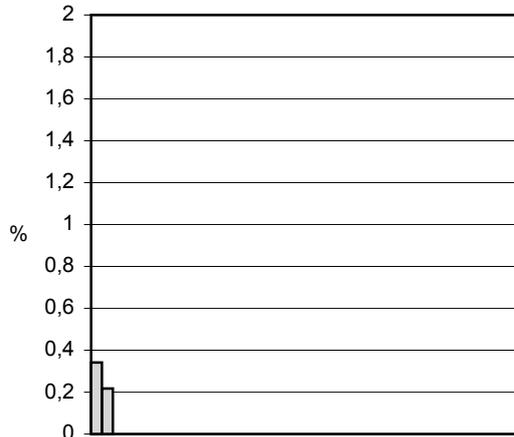
**Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

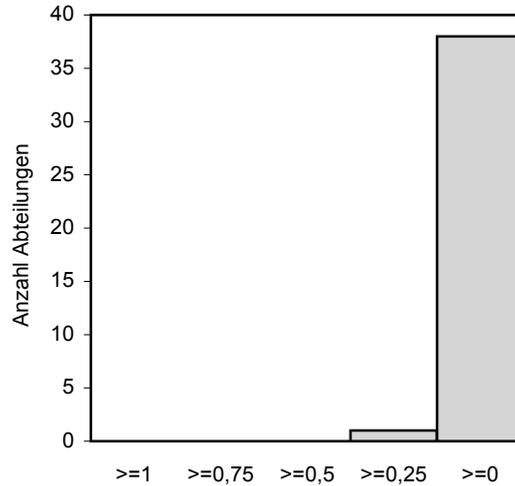
**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

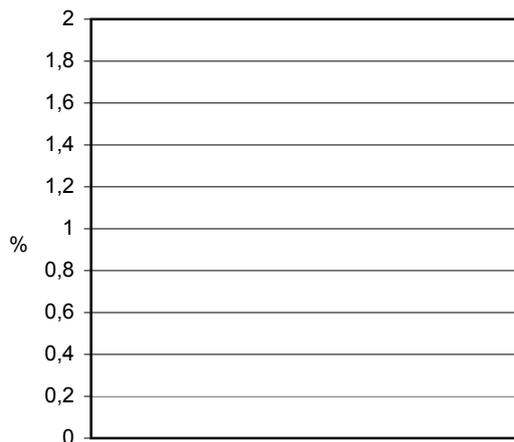
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Nervenschaden

---

**Qualitätsziel:** Selten Nervenschaden

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 1%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			11 / 5.588	0,20%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,35%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:**

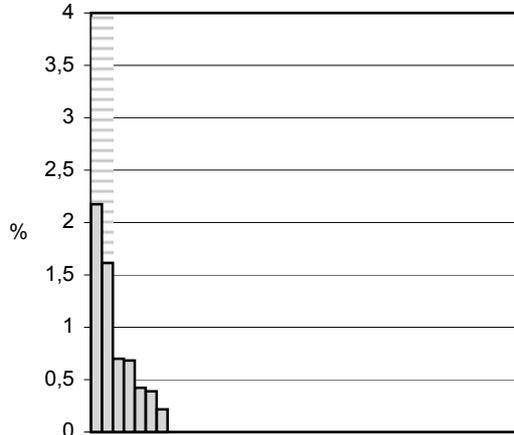
**Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

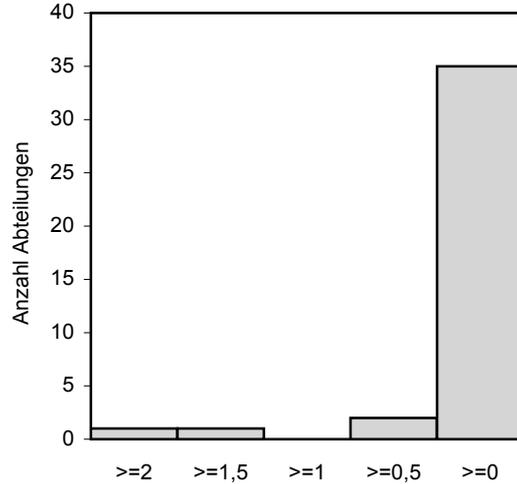
**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,2%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

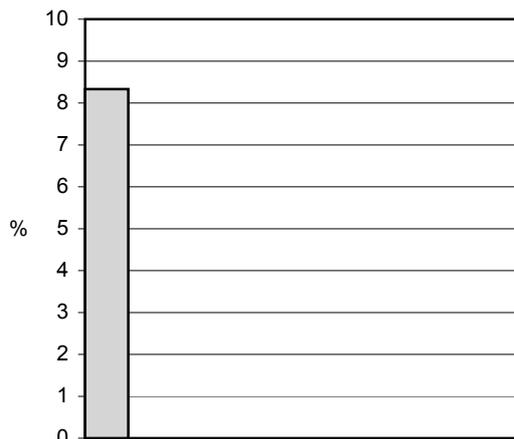
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 8,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 2%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			11 / 5.588	0,20%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,35%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 11]:**

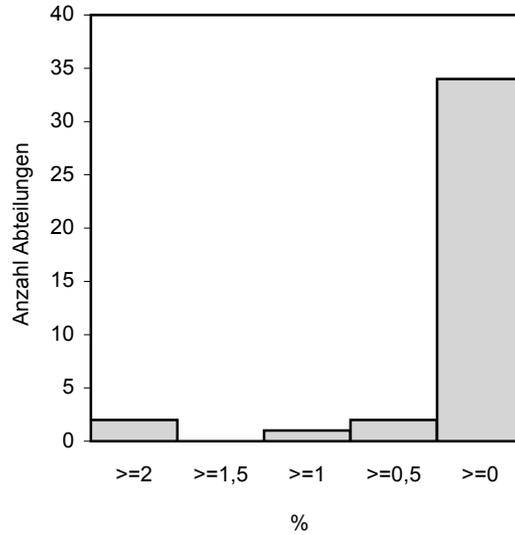
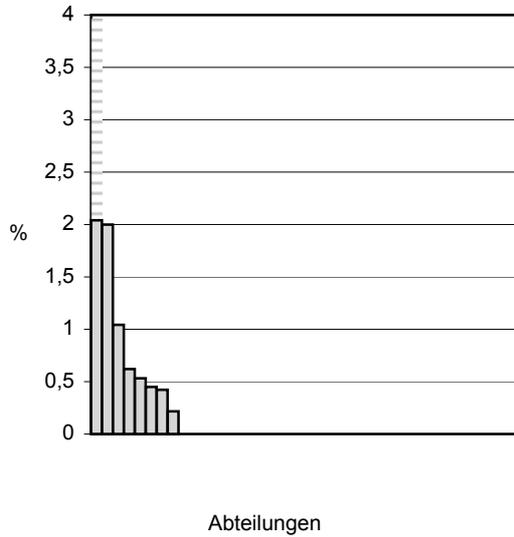
**Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



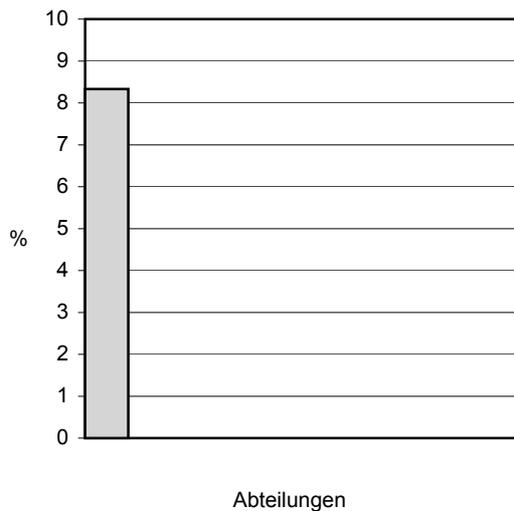
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 8,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

**Qualitätsziel:** Selten postoperative Wundinfektionen

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

**Referenzbereich:** <= 2%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			81 / 5.588	11 / 778
Vertrauensbereich			1,45%	1,41%
Referenzbereich	<= 2%		1,15% - 1,80%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (oberflächliche Wundinfektion (CDC A1))			55 / 5.588	6 / 778
			0,98%	0,77%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			23 / 5.588	4 / 778
			0,41%	0,51%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 12]:**

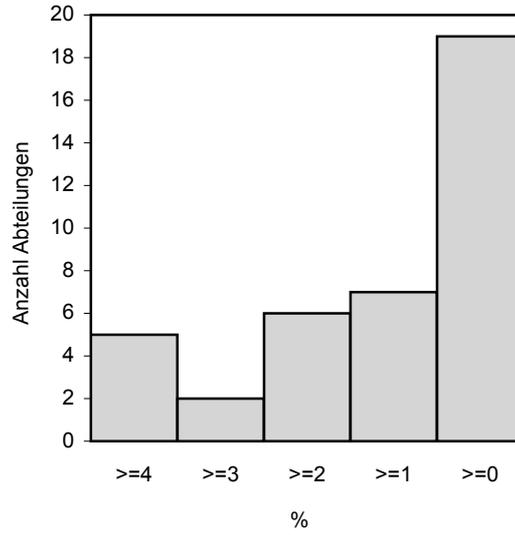
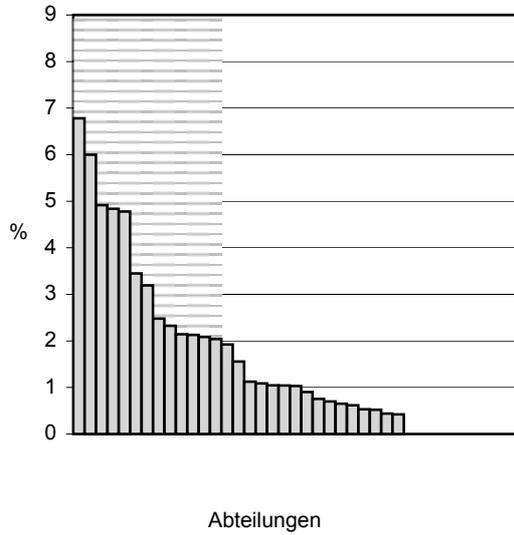
**Anteil von Patienten mit Wundinfektion an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,8%

Median der Abteilungswerte: 1,0%



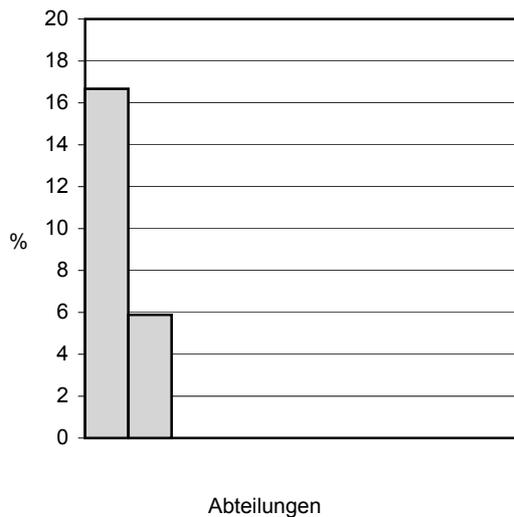
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Risikoklassen gemäß NNIS\***

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
<b>ASA</b>	ASA >= 3	1
<b>Op- Dauer</b>	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit	1
<b>Präoperative Wund- kontaminationsklassifikation</b>	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

Risikoklassen	
<b>0</b>	Patienten mit 0 Risikopunkten
<b>1</b>	Patienten mit 1 Risikopunkt
<b>2</b>	Patienten mit 2 Risikopunkten
<b>3</b>	Patienten mit 3 Risikopunkten

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

**Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS**

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

Risikoklassen	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0			3.157 / 5.588 56,50%	416 / 778 53,47%
Risikoklasse 1			1.958 / 5.588 35,04%	287 / 778 36,89%
Risikoklasse 2			471 / 5.588 8,43%	75 / 778 9,64%
Risikoklasse 3			2 / 5.588 0,04%	0 / 778 0,00%

**Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Risikoklasse 0  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

**Referenzbereich:** <= 1%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			40 / 3.157	5 / 416
Vertrauensbereich			1,27%	1,20%
Referenzbereich	<= 1%		0,91% - 1,72%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			30 / 3.157	4 / 416
			0,95%	0,96%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			9 / 3.157	1 / 416
			0,28%	0,24%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 3.157	0 / 416
			0,03%	0,00%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 13]:**

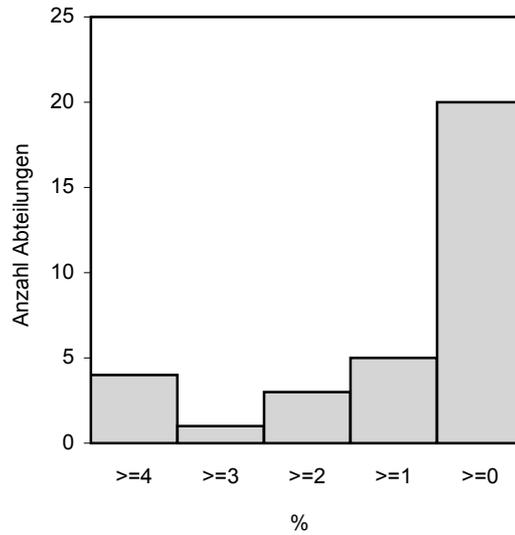
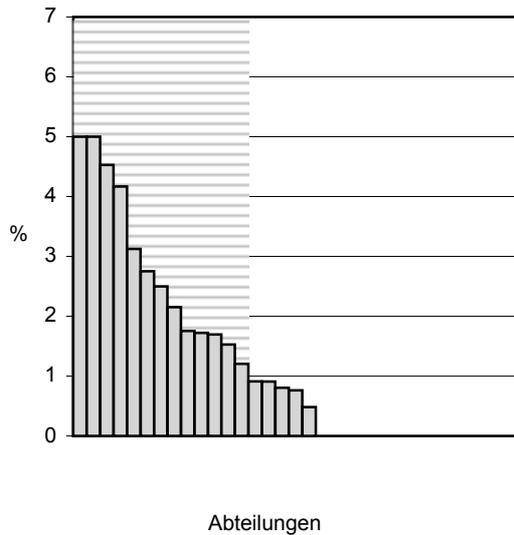
**Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0 mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah**

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,0%

Median der Abteilungswerte: 0,8%



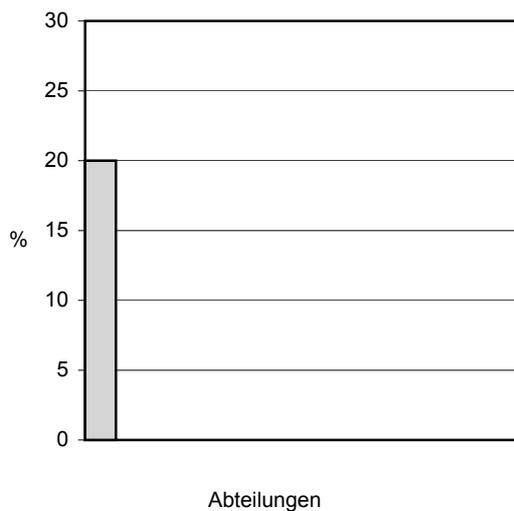
33 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 20,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Risikoklasse 1  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			29 / 1.958 1,48%	4 / 287 1,39%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			17 / 1.958 0,87%	2 / 287 0,70%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			11 / 1.958 0,56%	2 / 287 0,70%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 1.958 0,05%	0 / 287 0,00%

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Risikoklasse 2  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			12 / 471 2,55%	2 / 75 2,67%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			8 / 471 1,70%	0 / 75 0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			3 / 471 0,64%	1 / 75 1,33%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 471 0,21%	1 / 75 1,33%

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Risikoklasse 3  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 2 0,00%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2 0,00%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 2 0,00%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 2 0,00%	0 / 0

**Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen**

**Qualitätsziel:** Selten Wundhämatome/Nachblutungen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 17,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			185 / 5.588	3,31%
Vertrauensbereich				2,86% - 3,81%
Referenzbereich		<= 17,2%		<= 17,2%

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1-60 min  
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61-120 min  
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121-180 min  
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer >180 min

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung	25 / 704 3,55%	128 / 4.316 2,97%	28 / 511 5,48%	4 / 57 7,02%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 14]:**

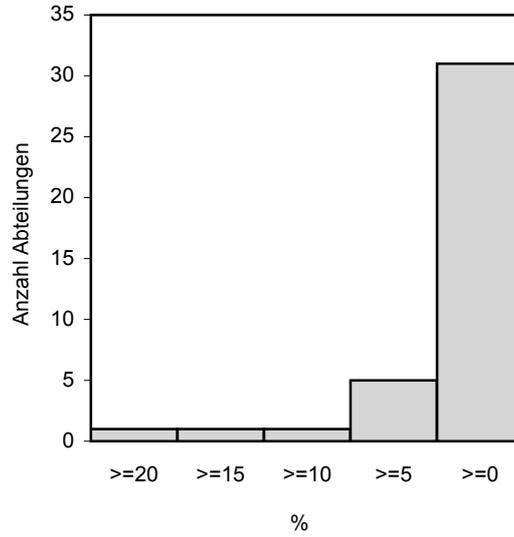
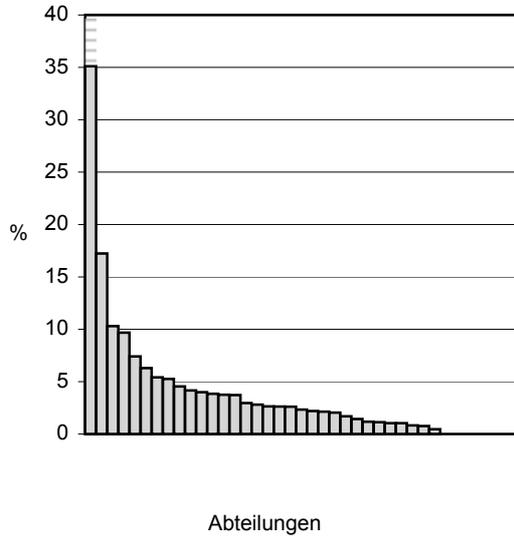
**Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 35,1%

Median der Abteilungswerte: 2,3%



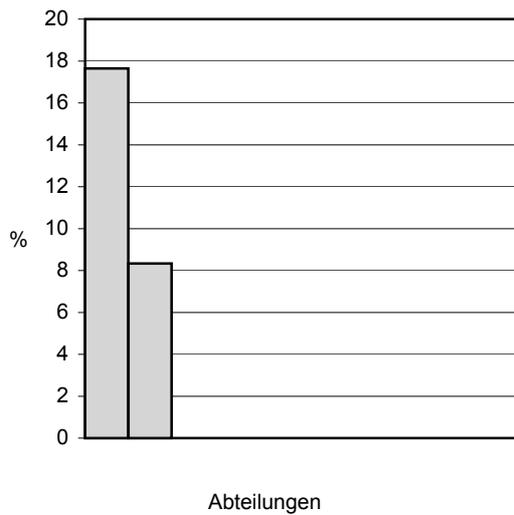
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 17,6%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten allgemeine postoperative Komplikationen

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

**Referenzbereich:** <= 14,9% (95%-Perzentile)

Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Pat. mit Pneumonie			
Pat. mit kardiovaskulären Komplikationen			
Pat. mit tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 14,9%		

Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Pat. mit Pneumonie	10 / 5.588 0,18%	5 / 3.859 0,13%	5 / 1.728 0,29%
Pat. mit kardiovaskulären Komplikationen	80 / 5.588 1,43%	37 / 3.859 0,96%	43 / 1.728 2,49%
Pat. mit tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose	60 / 5.588 1,07%	45 / 3.859 1,17%	15 / 1.728 0,87%
Patienten mit Lungenembolie	17 / 5.588 0,30%	5 / 3.859 0,13%	12 / 1.728 0,69%
Patienten mit sonstiger Komplikation	259 / 5.588 4,63%	158 / 3.859 4,09%	101 / 1.728 5,84%
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen	394 / 5.588 7,05%	238 / 3.859 6,17%	156 / 1.728 9,03%
Vertrauensbereich	3,49% - 4,77%		
Referenzbereich	<= 14,9%		

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 15]:**

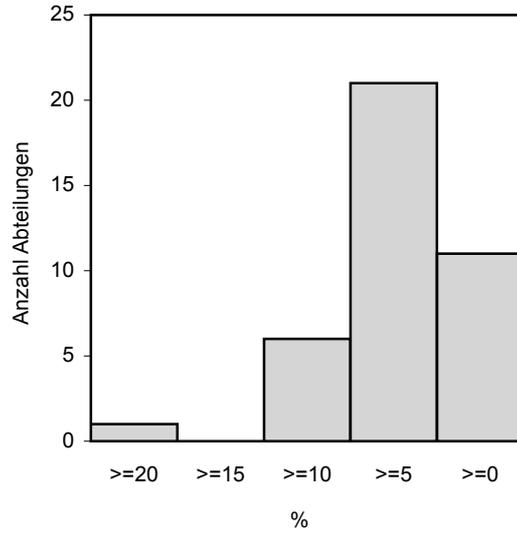
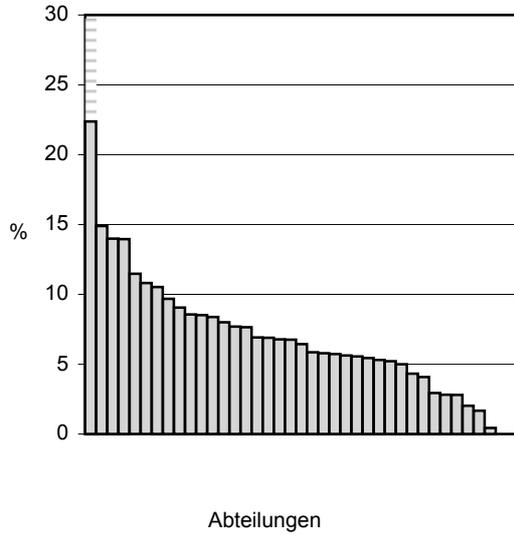
**Anteil von Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 22,4%

Median der Abteilungswerte: 6,4%



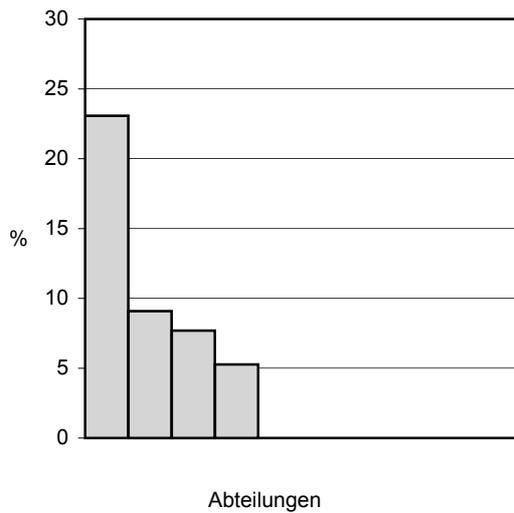
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 23,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Reinterventionen wegen Komplikation

**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 8,8% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			136 / 5.588	2,43%
Vertrauensbereich				2,05% - 2,87%
Referenzbereich		<= 8,8%		<= 8,8%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 16]:**

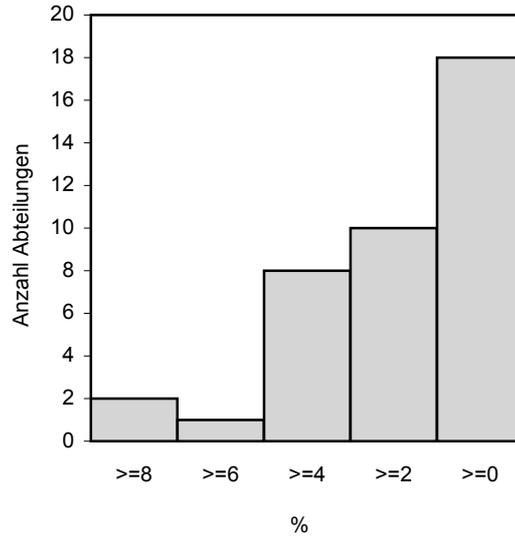
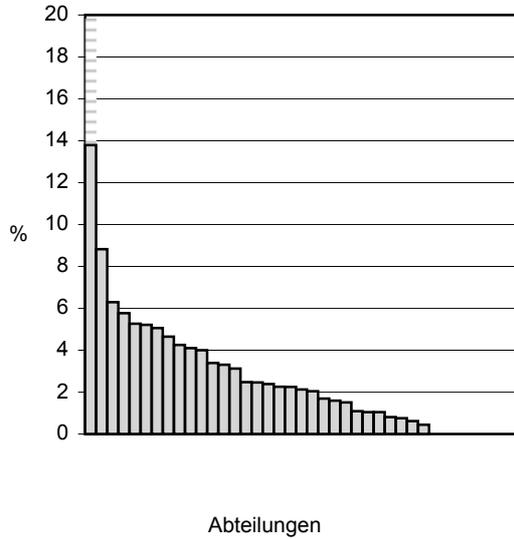
**Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 13,8%

Median der Abteilungswerte: 2,1%



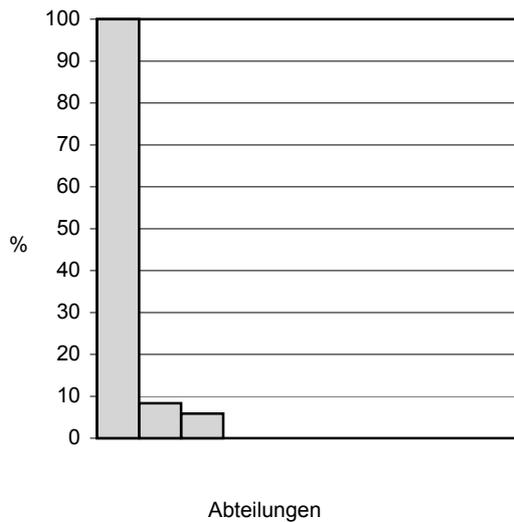
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Letalität**

**Qualitätsziel:** Geringe Letalität

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich :** Sentinel event

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			3 / 5.588	0,05%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,16%
Referenzbereich		Sentinel event		Sentinel event

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 17]:**

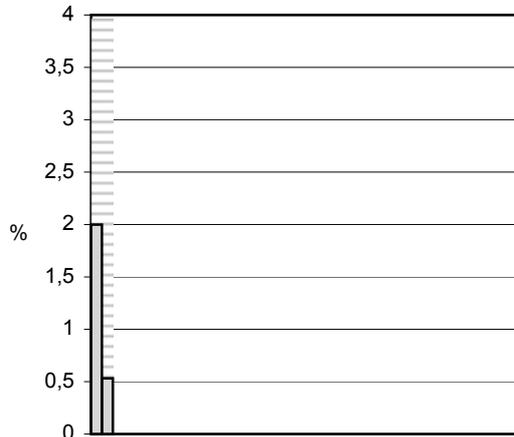
**Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

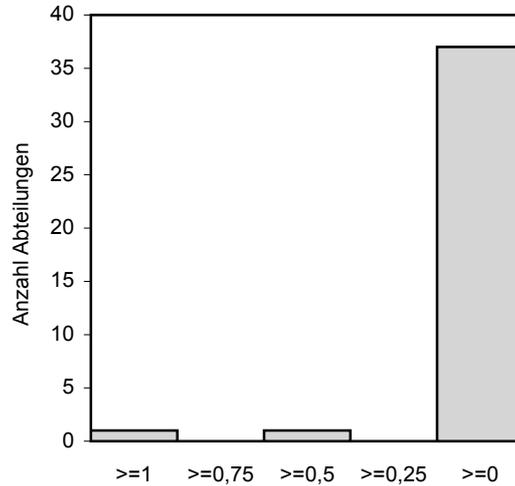
**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

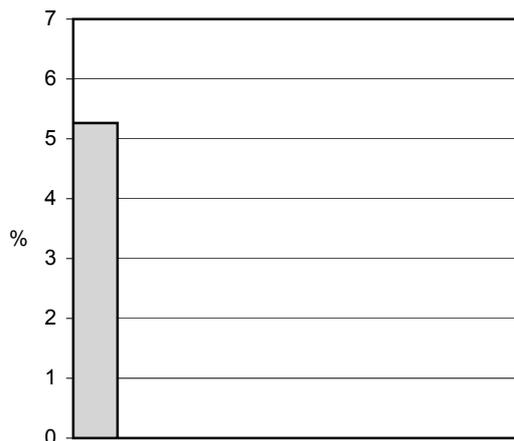
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

- Grundgesamtheit:**
- Gruppe 1 Patienten mit ASA 1-2
  - Gruppe 2 Patienten mit ASA 3
  - Gruppe 3 Patienten mit ASA 4
  - Gruppe 4 Patienten mit ASA 5

Abteilung 2003				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich				
Gesamt 2003				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Verstorbene Patienten	0 / 3.859	3 / 1.699	0 / 29	0 / 1
	0,00%	0,18%	0,00%	0,00%
Vertrauensbereich	0,03% - 0,52%			

Jahresauswertung 2003  
Modul 17/5: Knie-Totalendoprothese (TEP)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

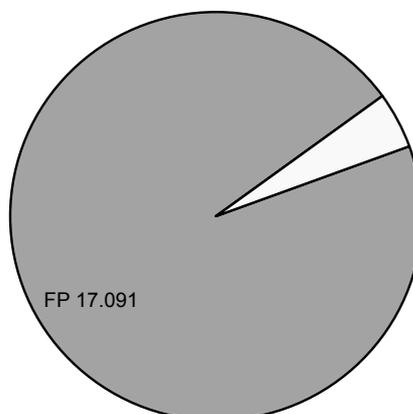
Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 49  
Auswertungsversion: 13. Juli 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 19. Juli 2004  
Nr. Gesamt-2036  
2003 - L10396-P11346

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>				
1. Quartal			577	10,33
2. Quartal			1.281	22,92
3. Quartal			1.811	32,41
4. Quartal			1.919	34,34
<b>Gesamt</b>			5.588	100,00

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Fallpauschalen-Nummer</b>				
FP 17.091 Gonarthrose: Einbau einer Kniegelenktotalendoprothese, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluss indikationsspezifischer Komplikationen			5.524	98,86
FP 17.092 Weiterbehandlung im Anschluss an FP 17.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage			0	0,00
<b>Sonderentgelt-Nummer</b>				
SE 17.13 Einbau einer Kniegelenktotalendoprothese			258	4,62

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

### Verteilung der Fallpauschalen/Sonderentgelte Gesamt



### Behandlungszeiten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>				
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			5.588	100,00
Median			14,0	
Mittelwert			16,7	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>				
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			5.587	99,98
Median			16,0	
Mittelwert			18,4	

## Entlassungsdiagnose 1

Bezug: Alle <b>Fallpauschalen</b> -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
<b>Liste der 8 häufigsten Diagnosen</b>						
Bezug der Texte: Gesamt						
Sonstige primäre Gonarthrose				M17.1	3.443	62,33
Primäre Gonarthrose, beidseitig				M17.0	1.126	20,38
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	751	13,60
Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten				Z96.6	640	11,59
Gonarthrose, nicht näher bezeichnet				M17.9	511	9,25
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr				E66.0	334	6,05
Sonstige sekundäre Gonarthrose				M17.5	214	3,87
Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung				I83.9	207	3,75

\* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigen Entlassungsdiagnosen

## Entlassungsdiagnose 2

Bezug: Alle <b>Sonderentgelt</b> -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
<b>Liste der 8 häufigsten Diagnosen</b>						
Bezug der Texte: Gesamt						
Sonstige primäre Gonarthrose				M17.1	150	58,14
Primäre Gonarthrose, beidseitig				M17.0	68	26,36
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	17	6,59
Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten				Z96.6	13	5,04
Sonstige sekundäre Gonarthrose				M17.5	7	2,71
Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese				T84.5	6	2,33
Gonarthrose, nicht näher bezeichnet				M17.9	6	2,33
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr				E66.0	5	1,94

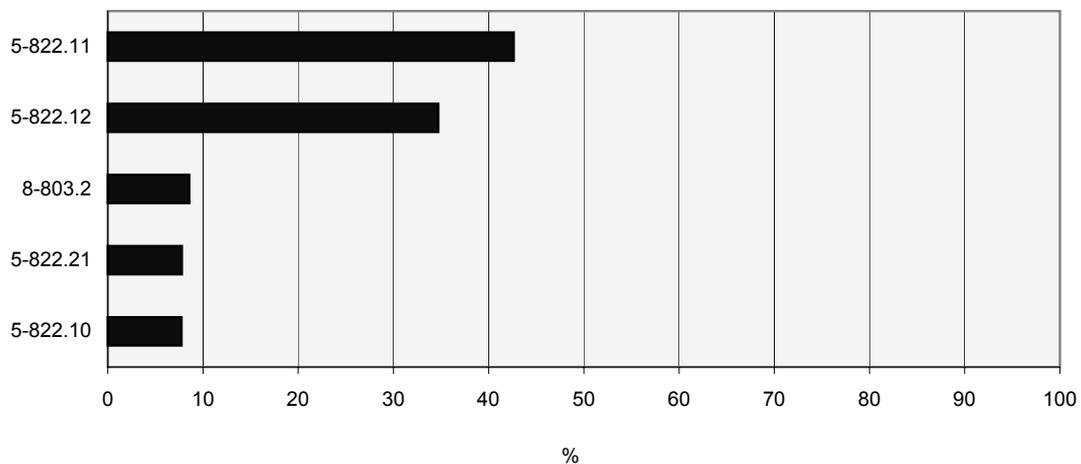
\* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigen Entlassungsdiagnosen

**Verteilung der Operationstechniken**

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
<b>Liste der 5 häufigsten Angaben</b>						
Bezug der Texte: Gesamt						
Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert				5-822.11	2.382	42,63
Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)				5-822.12	1.939	34,70
Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung				8-803.2	478	8,55
Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert				5-822.21	435	7,78
Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert				5-822.10	433	7,75

\* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigen OPS

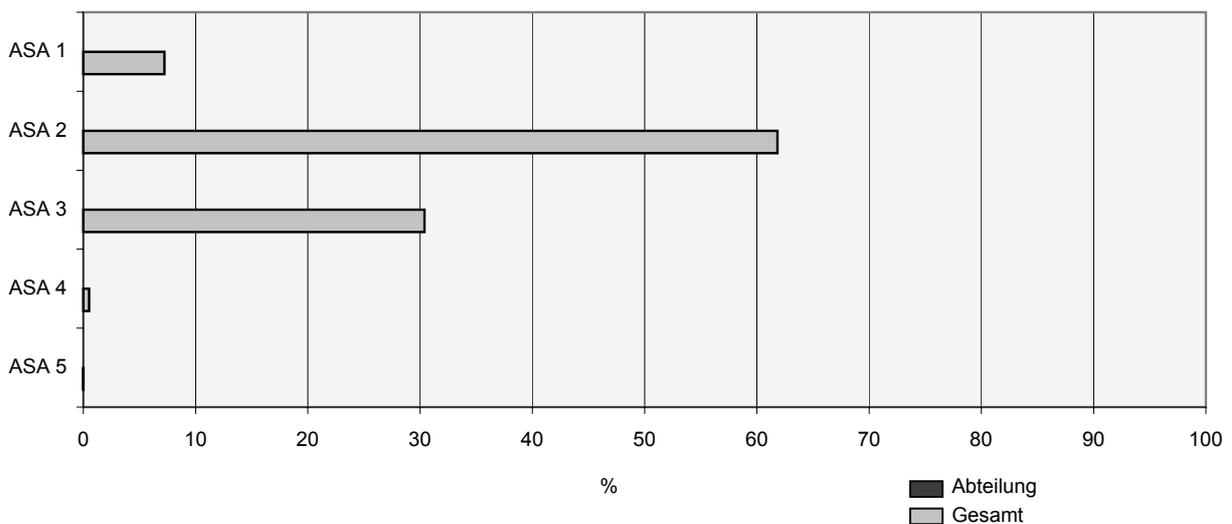
**Verteilung der Operationstechniken (Gesamt)**



**Patienten**

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>				
gültige Altersangabe			5.583	99,91
< 40			12 / 5.583	0,21
40 - 59			540 / 5.583	9,67
60 - 79			4.421 / 5.583	79,19
80 - 89			603 / 5.583	10,80
>= 90			7 / 5.583	0,12
<b>Alter (Jahre)</b>				
Median			71,0	
Mittelwert			70,3	
<b>Geschlecht</b>				
männlich			1.633	29,22
weiblich			3.955	70,78
<b>Zu operierende Seite</b>				
rechts			2.942	52,65
links			2.646	47,35
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			404	7,23
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.455	61,83
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.699	30,40
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			29	0,52
5: moribunder Patient			1	0,02

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



### Präoperative Anamnese

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzfreies Gehen (&lt; 20 Min.)</b>			3.397	60,79
<b>Ruhschmerzen</b>			4.639	83,02
<b>Schmerzen länger als 6 Monate bestehend</b>			5.495	98,34
<b>Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen</b>				
nein			563	10,07
bei Bedarf			2.934	52,51
regelmäßig			2.091	37,42
<b>Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah</b>			778	13,9

### Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt</b>			5.002	89,51
<b>Extension/Flexion</b>				
<b>Winkel Extension (Grad)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			4.952	
Median			0,0	
Mittelwert			0,1	
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			4.952	
Median			5,0	
Mittelwert			5,2	
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			4.952	
Median			100,0	
Mittelwert			101,7	
<b>Bandinstabilität</b>			1.860	33,29
<b>Deformität</b>				
nein			1.230	22,01
X - Stellung			1.012	18,11
O - Stellung			3.346	59,88

### Röntgendiagnostik

<b>Aufnahme im Stehen zur Achsenbestimmung</b>			4.510	80,71
--	--	--	-------	-------

**Kellgren und Lawrence Score der Arthrose (modifiziert)**

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Osteophyten</b>				
keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			918	16,43
			4.670	83,57
<b>Gelenkspalt</b>				
nicht oder mäßig verschmälert			454	8,12
häufig verschmälert			3.754	67,18
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			1.380	24,70
<b>Sklerose</b>				
keine Sklerose			158	2,83
mäßig subchondrale Sklerose			2.361	42,25
ausgeprägte subchondrale Sklerose			2.749	49,19
Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella			320	5,73
<b>Deformierung</b>				
keine Deformierung			958	17,14
Entrundung der Femurkondylen			3.422	61,24
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			1.208	21,62
<b>Präoperative Wundkontaminationsklassifikation</b> (nach Definition der CDC)				
aseptische Eingriffe			5.537	99,09
bedingt aseptische Eingriffe			45	0,81
kontaminierte Eingriffe			4	0,07
septische Eingriffe			2	0,04
<b>Röntgenologische Kriterien</b> Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren & Lawrence*				
Gruppe 1	0 Punkte		60 / 5.588	1,07%
Gruppe 2	1-2 Punkte		424 / 5.588	7,59%
Gruppe 3	3-4 Punkte		2.126 / 5.588	38,05%
Gruppe 4	5-6 Punkte		2.380 / 5.588	42,59%
Gruppe 5	7-8 Punkte		598 / 5.588	10,70%
Gruppe 6	5-8 Punkte		4.447 / 5.588	79,58%

\*Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

## Operation I

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit in Minuten)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.588	
Median			85,0	
Mittelwert			88,9	
<b>Medikamentöse Thromboseprophylaxe</b>				
			5.571	99,70
<b>Periop. Antibiotikaprophylaxe</b>				
keine Prophylaxe			37	0,66
mit Prophylaxe			5.551	99,34
davon				
single shot			4.767 / 5.551	85,88
intraoperative Zweitgabe			121 / 5.551	2,18
öfter			663 / 5.551	11,94
<b>Bluttransfusion</b>				
Patienten mit Bluttransfusion			2.028 / 5.588	36,29
davon				
Eigenblut			1.059 / 2.028	52,22
Fremdblut			1.158 / 2.028	57,10
<b>Eigenblut</b>				
Pat. mit erhaltenen Transfusionseinheiten			964	
Median			2,0	
Mittelwert			1,7	
<b>Fremdblut</b>				
Pat. mit erhaltenen Transfusionseinheiten			1.120	
Median			2,0	
Mittelwert			2,3	
<b>Verteilung</b>				
Transfusionseinheiten (TE)				
Eigenblut 1 TE			350	6,26
Eigenblut 2 TE			563	10,07
Eigenblut >= 3 TE			51	0,91
Fremdblut 1TE			186	3,33
Fremdblut 2 TE			734	13,13
Fremdblut >= 3 TE			200	3,58
mindestens 1 TE Eigenblut oder Fremdblut			1.905	34,09
Eigen- und Fremdblut >= 3 TE			361	6,46
<b>Verwendung eines Cell - Savers</b>				
			1.207	21,60

## Operation II

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantierte Femur-Komponente</b>				
<b>Hersteller-ID</b>				
1 Aap-Implantate AG			1	0,02
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			152	2,72
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			52	0,93
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			23	0,41
7 Biomet-Merck			97	1,74
8 Ceraver Deutschland			2	0,04
9 DePuy Orthopädie			502	8,98
10 Endoplus GmbH			990	17,72
11 Endo Pro Medical GmbH			5	0,09
12 ESSKA Implants GmbH			73	1,31
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			90	1,61
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			26	0,47
17 Mathys-Synthes			94	1,68
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			168	3,01
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			44	0,79
26 Sulzer Orthopedics GmbH			537	9,61
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			16	0,29
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			33	0,59
99 Sonstige			203	3,63
<b>Angabe einer Artikel-Nummer</b>			1.415	25,32

### Operation III

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantierte Inlay-Komponente</b>				
<b>Hersteller-ID</b>				
1 Aap-Implantate AG			1	0,02
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			150	2,68
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			52	0,93
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			23	0,41
7 Biomet-Merck			28	0,50
8 Ceraver Deutschland			1	0,02
9 DePuy Orthopädie			459	8,21
10 Endoplus GmbH			979	17,52
11 Endo Pro Medical GmbH			5	0,09
12 ESSKA Implants GmbH			72	1,29
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			93	1,66
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			25	0,45
17 Mathys-Synthes			91	1,63
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			168	3,01
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			43	0,77
26 Sulzer Orthopedics GmbH			535	9,57
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			5	0,09
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			30	0,54
99 Sonstige			242	4,33
<b>Angabe einer Artikel-Nummer</b>			1.345	24,07

### Operation IV

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantierte Tibia-Komponente</b>				
<b>Hersteller-ID</b>				
1 Aap-Implantate AG			1	0,02
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			150	2,68
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			52	0,93
5 ATI Implants			1	0,02
6 Implant GmbH			23	0,41
7 Biomet-Merck			98	1,75
8 Ceraver Deutschland			2	0,04
9 DePuy Orthopädie			471	8,43
10 Endoplus GmbH			966	17,29
11 Endo Pro Medical GmbH			4	0,07
12 ESSKA Implants GmbH			74	1,32
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			91	1,63
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			25	0,45
17 Mathys-Synthes			93	1,66
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			1	0,02
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			1	0,02
23 Smith & Nephew GmbH			167	2,99
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			43	0,77
26 Sulzer Orthopedics GmbH			519	9,29
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			16	0,29
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			29	0,52
99 Sonstige			239	4,28
<b>Angabe einer Artikel-Nummer</b>			1.416	25,34
<b>Zementierung einer Komponente</b>			5.049	90,35
davon				
Vakuumzementmischtechnik			768 / 5.049	15,21

## Operation V

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantierte Patella-Komponente</b>				
<b>Hersteller-ID</b>				
1 Aap-Implantate AG			3	0,05
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			29	0,52
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			1	0,02
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			3	0,05
7 Biomet-Merck			173	3,10
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			39	0,70
10 Endoplus GmbH			51	0,91
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			1	0,02
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			37	0,66
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			4	0,07
17 Mathys-Synthes			0	0,00
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			10	0,18
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			3	0,05
26 Sulzer Orthopedics GmbH			2	0,04
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			0	0,00
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			0	0,00
99 Sonstige			71	1,27
<b>Angabe einer Artikel-Nummer</b>			46	0,82

**Verlauf**

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen</b>			5.536	99,07
<b>Behandlungsbedürftige intra-/ postoperative chirurgische Komplikation(en)</b>				
Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplikation <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>			269	4,81
Wundhämatom/ Nachblutung			185	3,31
Gefäßläsion			2	0,04
Nervenschaden			11	0,20
Fraktur			11	0,20
<b>Implantatfehl- lage</b>				
Femur-Komponente			10	0,18
Tibia-Komponente			7	0,12
<b>Patellafehlstellung</b>			34	0,61
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)				
Anzahl der Patienten			81	1,45
davon				
A1 oberflächliche Infektion			55 / 81	67,90
A2 tiefe Infektion			23 / 81	28,39
A3 Räume / Organe			3 / 81	3,70
<b>Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich</b>				
Anzahl der Patienten			136	2,4
<b>Allgemeine postoperative Komplikation(en)</b>				
Anzahl der Pat. mit mind. einer Kompl. <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>			394	7,05
Pneumonie			10	0,18
kardiovaskuläre Komplikation(en)			80	1,43
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			60	1,07
Lungenembolie			17	0,30
Sonstige			259	4,63

## Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmass aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>			5.240	93,77
<b>Extension/Flexion</b>				
<b>Winkel Extension (Grad)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.210	
Median			0,0	
Mittelwert			0,0	
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.210	
Median			0,0	
Mittelwert			0,9	
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.210	
Median			0,0	
Mittelwert			86,9	
<b>Treppensteigen möglich</b>				
(mit Gehhilfen)			5.428	97,14
Treppensteigen nicht möglich			160	2,86
davon operationsbedingt nicht möglich			41 / 160	25,62
<b>Selbst. Gehen möglich</b>				
(mit Gehhilfen)			5.556	99,43
Selbständiges Gehen nicht möglich			32	0,57
davon operationsbedingt nicht möglich			2 / 32	6,25
<b>Selbständige Versorgung</b>				
<b>in der tgl. Hygiene möglich</b>			5.540	99,14
Selbständige Versorgung				
in der tgl. Hygiene nicht möglich			48	0,86
davon operationsbedingt nicht möglich			2 / 48	4,17

## Entlassung II

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsgrund</b>				
1: Behandlung regulär beendet			3.311	59,25
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			73	1,31
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet			45	0,81
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			2	0,04
5: Zuständigkeitswechsel d. Leistungsträger			0	0,00
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			61	1,09
7: Tod			3	0,05
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV'95)			202	3,62
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			1.878	33,61
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			4	0,07
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,00
12: Interne Verlegung			8	0,14
13: externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			0	0,00
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,00
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			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
17: Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPflV und des KHEntgG			1	0,02
18: Rückverlegung			0	0,00
Tod im Zusammenhang mit d. FP/SE oder der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			1 / 3	33,33
Sektion erfolgt (bez.auf verstorbene Pat.)			1 / 3	33,33

### Verteilung der Entlassungsgründe

