

Jahresauswertung 2004
Knie-Totalendoprothesen-
Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 44
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/5 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2505
2004 - D3249-L19494-P13621

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation						
Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerz Kriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten an allen Patienten						
			84,2%	>= 48,7%	35,5%	1.1
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten						
			99,4%	>= 95%	4,4%	1.4
OP-Dauer						
OP-Dauer (Median)						
			85,0 min	<= 130,0 min	45,0 min	1.7
Fremdblutbedarf						
Anteil von Patienten mit > 2 Transfusions- einheiten Fremdblut an allen Patienten						
			2,7%	<= 8,3%	5,6%	1.9
Postoperative Röntgenbilder						
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten						
			99,3%	= 100%	-0,7%	1.11
Postoperative Beweglichkeit						
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mind. 0 Grad, Beugung mind. 90 Grad) von mind. 0/0/90 an allen Patienten						
			59,1%	>= 1,4%	57,7%	1.13
Gefähigkeit bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung						
			99,5%	>= 85%	14,5%	1.16
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung						
			99,3%	>= 80%	19,3%	1.19

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Gefäßläsion						
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten			0,0%	<= 1%	1,0%	1.22
Nervenschaden						
Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten			0,2%	<= 1%	0,8%	1.24
Fraktur						
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbed. intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten			0,1%	<= 2%	1,9%	1.26
Postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten			0,9%	<= 2%	1,1%	1.28
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0 mit Voroperation im Kniegelenk			0,5%	<= 1%	0,5%	1.31
Wundhämatome/Nachblutungen						
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten			2,6%	<= 9,5%	6,9%	1.35
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten			6,2%	<= 14,8%	8,6%	1.38
Reinterventionen wegen Komplikationen						
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten			1,2%	<= 6,5%	5,2%	1.41
Letalität						
Anteil verstorbener Patienten von allen Patienten			0,1%	Sentinel Event		1.43

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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 ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) 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 bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 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 auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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 "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2004 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2003 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Durch die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter haben sich teilweise die Grundgesamtheiten geändert. Dies kann zu unterschiedlichen Raten in den Ergebnissen für 2004 und für die Vorjahresdaten führen.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Bundesauswertung 2003 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2004 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

2.4 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. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem 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.

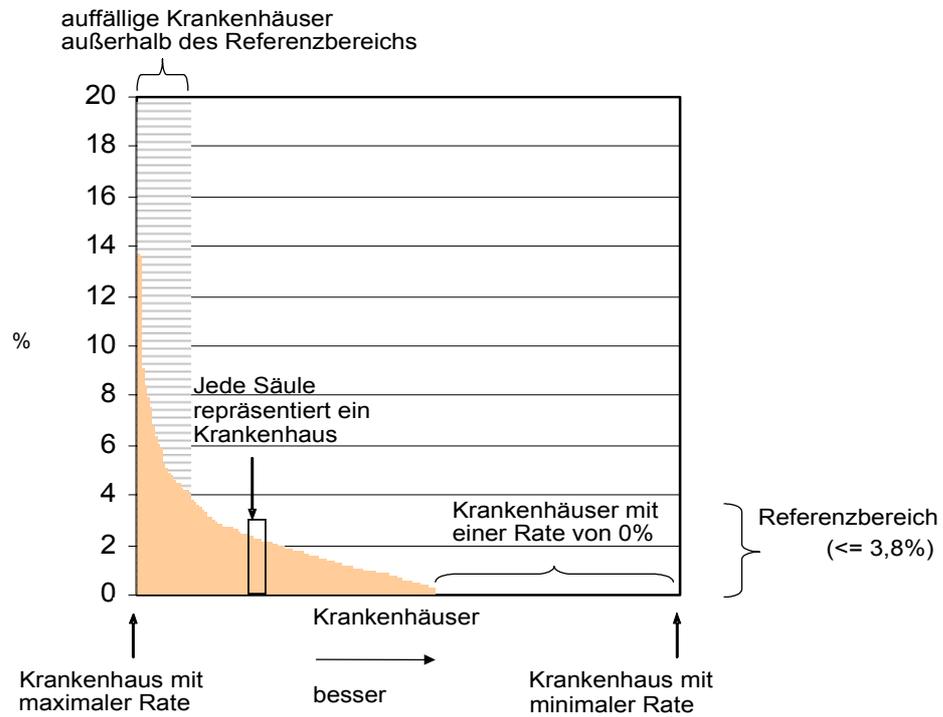
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

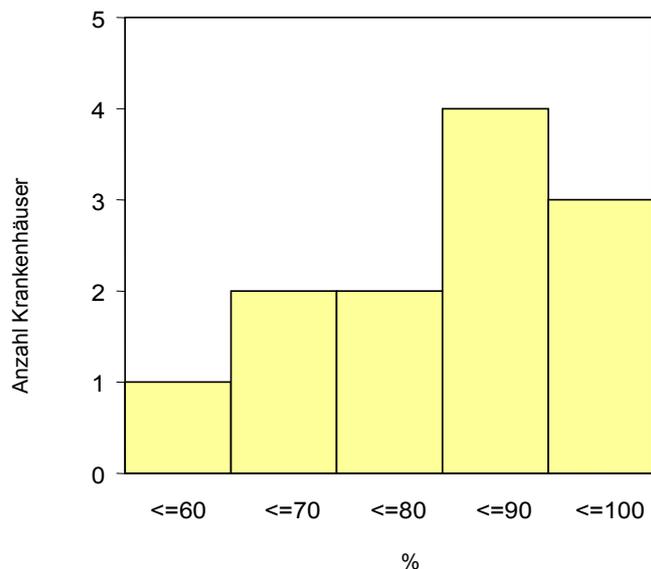
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Indikation

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 48,7% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit schmerzfreiem Gehen < 20 min			4.932 / 8.008	61,6%
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			7.272 / 8.008	90,8%
Patienten mit Ruheschmerz			6.772 / 8.008	84,6%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			7.889 / 8.008	98,5%
Röntgenologische Kriterien				
Pat. mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence*				
Gruppe 1 0 Punkte			97 / 8.008	1,2%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			456 / 8.008	5,7%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			2.610 / 8.008	32,6%
Gruppe 4 5 - 6 Punkte			3.635 / 8.008	45,4%
Gruppe 5 7 - 8 Punkte			1.210 / 8.008	15,1%
Gruppe 6 4 - 8 Punkte			6.743 / 8.008	84,2%
Patienten mit mindestens einem der o.g. Schmerzkriterien u. röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten			6.741 / 8.008	84,2%
Vertrauensbereich				83,36% - 84,97%
Referenzbereich		>= 48,7%		>= 48,7%

*Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem der o.g. Schmerz Kriterien u. röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten Vertrauensbereich			4.443 / 5.588	79,5% 78,43% - 80,56%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:

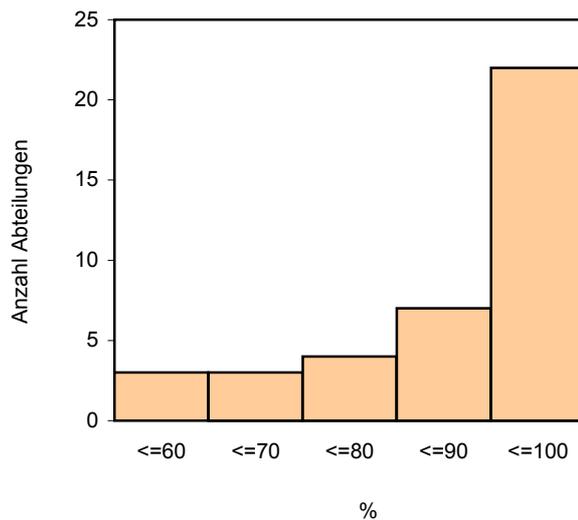
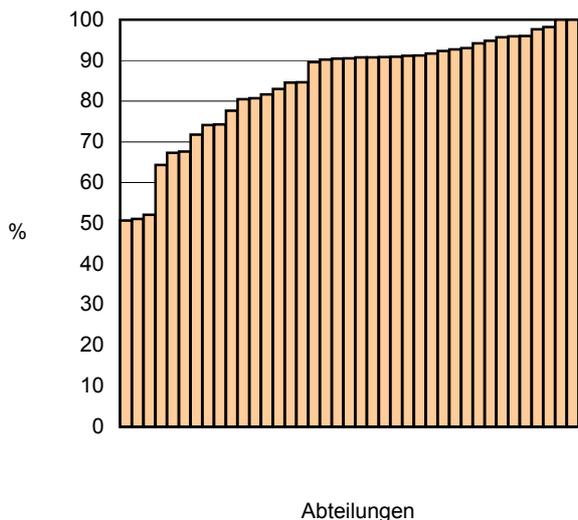
Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerz Kriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 90,5%



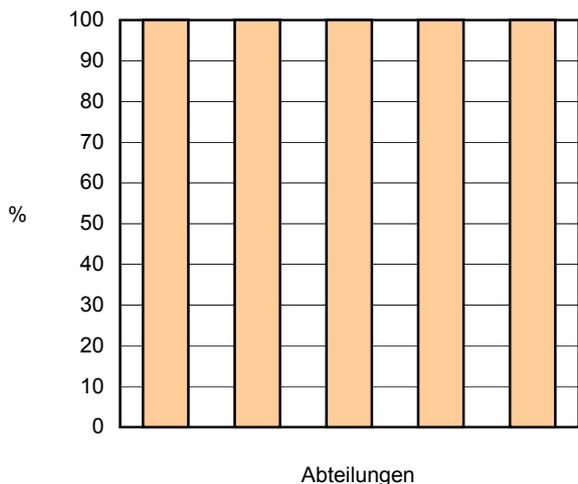
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	7.963 / 8.008 99,4%	7.231 / 7.274 99,4%	732 / 734 99,7%
Vertrauensbereich	99,25% - 99,59%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	6.823 / 7.963 85,7%	6.261 / 7.231 86,6%	562 / 732 76,8%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	1.140 / 7.963 14,3%	970 / 7.231 13,4%	170 / 732 23,2%

*Angaben eingeschränkt auf plausible Werte und gültige OP-Dauer

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	5.551 / 5.588 99,3% 99,09% - 99,53%	4.985 / 5.020 99,3%	566 / 568 99,6%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

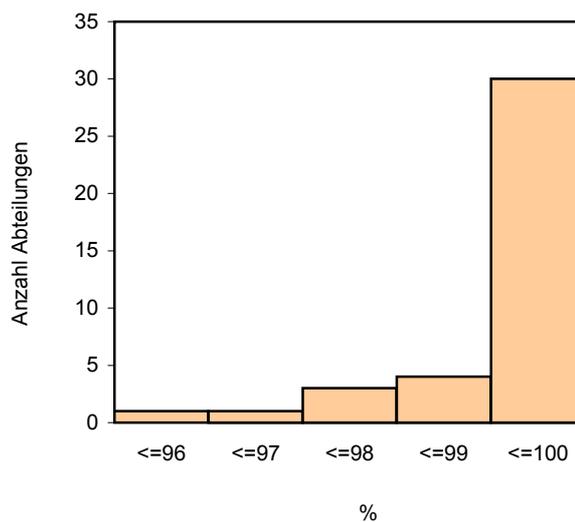
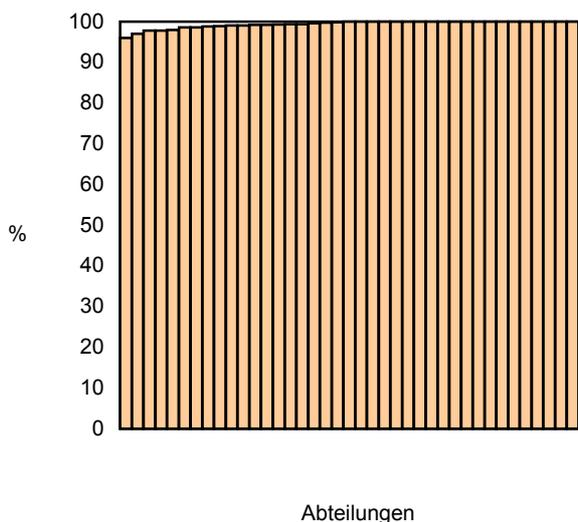
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 96,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



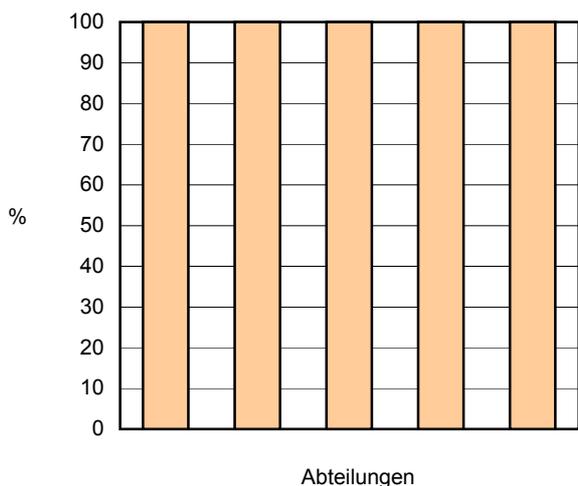
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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: <= 130,0 min (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
OP - Dauer				
1 - 60 min			1.215 / 8.008	15,2%
61 - 120 min			6.059 / 8.008	75,7%
121 - 180 min			694 / 8.008	8,7%
> 180 min			40 / 8.008	0,5%
Median (min)				85,0
Referenzbereich (Median)		<= 130,0 min		<= 130,0 min

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Median (min)				85,0

* Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:

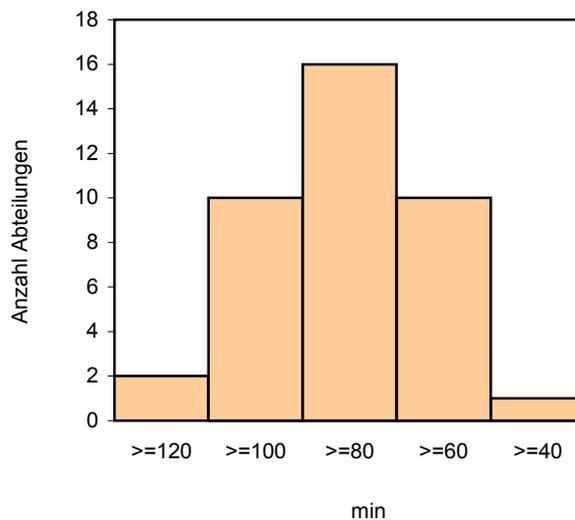
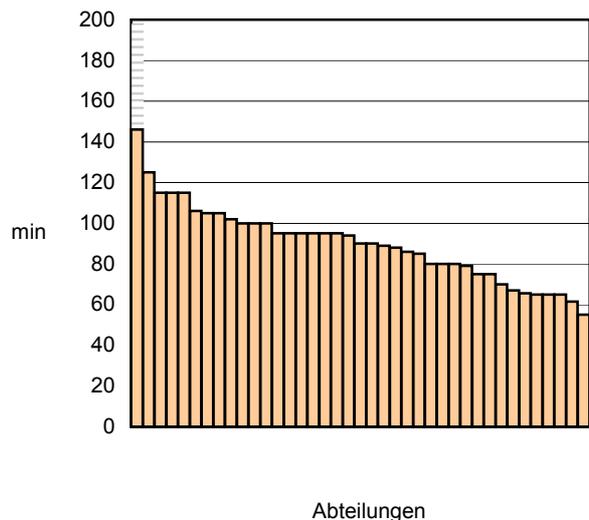
OP-Dauer (Median)

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 55,0 min - 146,0 min

Median der Abteilungswerte: 90,0 min



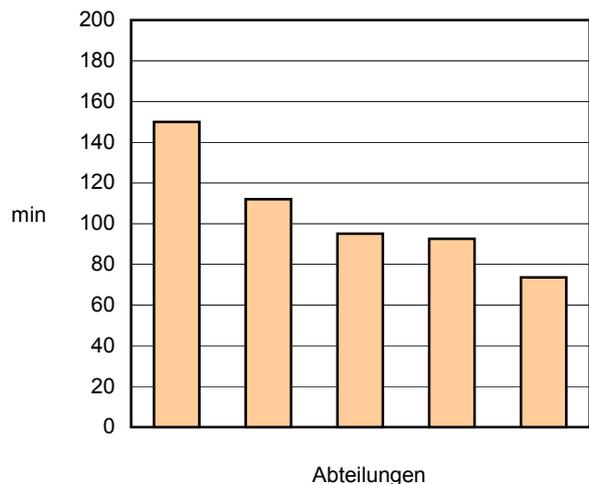
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 73,5 min - 150,0 min

Median der Abteilungswerte: 95,0 min



5 Abteilungen haben weniger als 10 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: <= 8,3% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Fremdbluttransfusion			6.514 / 8.008	81,3%
Patienten mit Fremdbluttransfusion			1.494 / 8.008	18,7%
Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut			217 / 8.008	2,7%
Vertrauensbereich				2,37% - 3,09%
Referenzbereich		<= 8,3%		<= 8,3%
Patienten ohne Angabe zur Anzahl der Transfusionseinheiten			99 / 1.494	6,6

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut			200 / 5.588	3,6%
Vertrauensbereich				3,11% - 4,10%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

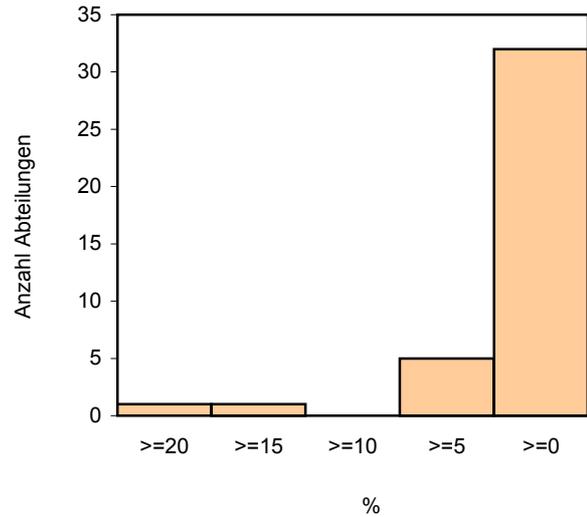
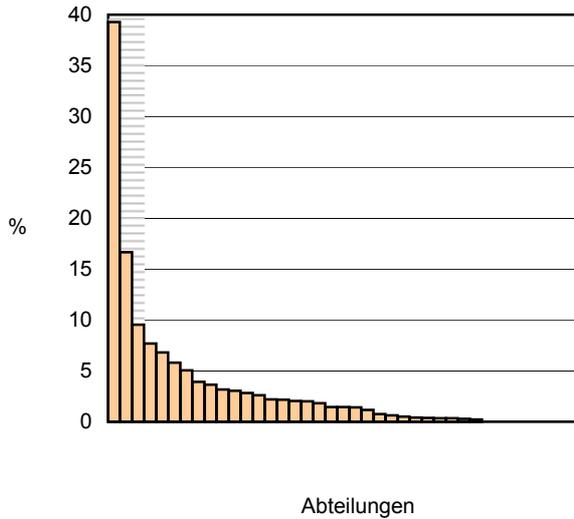
Anteil von Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 39,3%

Median der Abteilungswerte: 1,4%



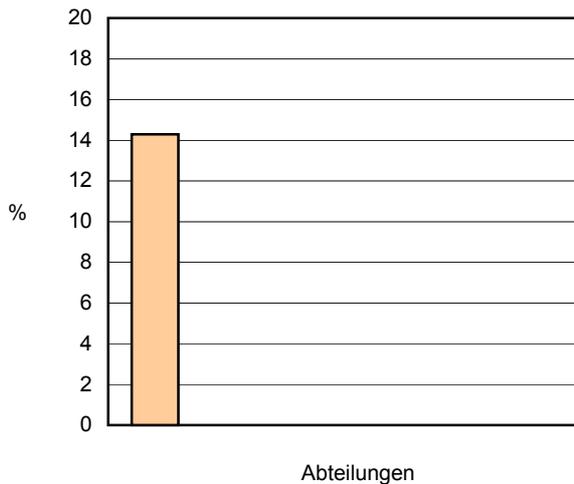
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder

Qualitätsziel: Immer postoperative Röntgenbilder in 2 Ebenen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (unter Ausschluss der Todesfälle)

Referenzbereich: = 100%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen			7.946 / 8.002	99,3%
Vertrauensbereich				99,09% - 99,47%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen			5.533 / 5.585	99,1%
Vertrauensbereich				98,78% - 99,30%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:

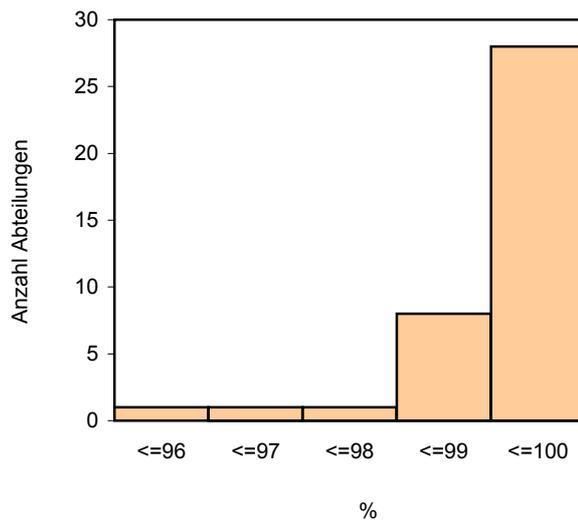
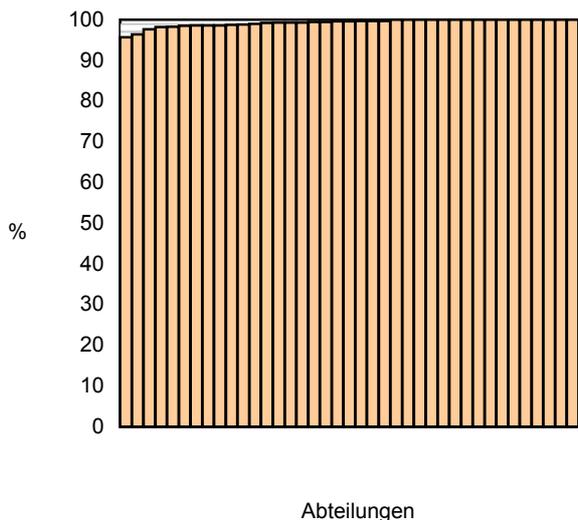
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 95,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,6%



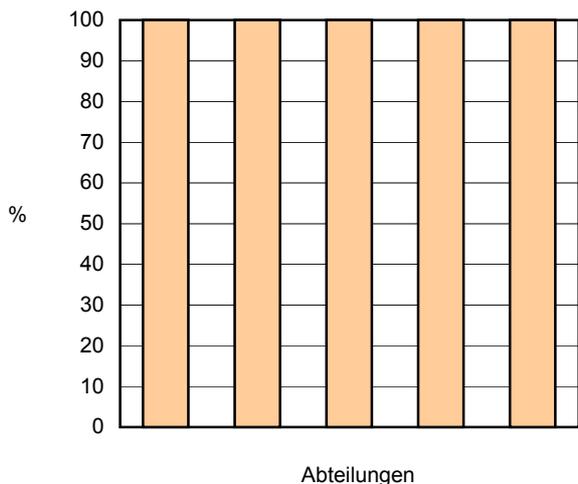
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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: Alle Patienten mit plausiblen Angaben zur postoperativen Beweglichkeit¹

Referenzbereich: >= 1,4% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)			4.734 / 7.494	63,2%
Patienten mit geringem postoperativem Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			6.633 / 7.494	88,5%
Patienten mit geringem postoperativem Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)			5.112 / 7.494	68,2%

Grundgesamtheit: Alle Patienten²

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)			4.734 / 8.008	59,1%
Vertrauensbereich				58,03% - 60,20%
Referenzbereich		>= 1,4%		>= 1,4%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)			3.318 / 5.588	59,4%
Vertrauensbereich				58,08% - 60,67%

¹ bezogen auf Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen **und** postoperativen Beweglichkeit

² d.h. auch Patienten ohne Angaben zur Beweglichkeit oder mit unplausiblen Angaben

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:

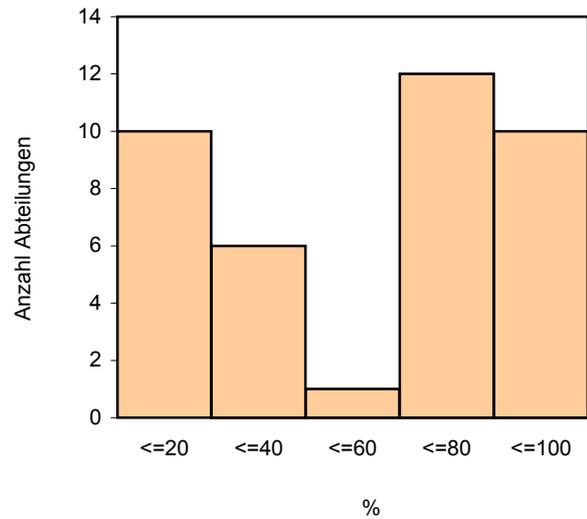
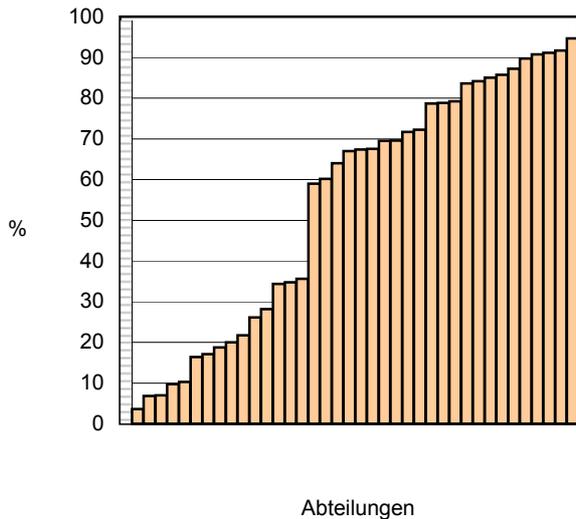
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) von mindestens 0/0/90 an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 94,7%

Median der Abteilungswerte: 66,9%



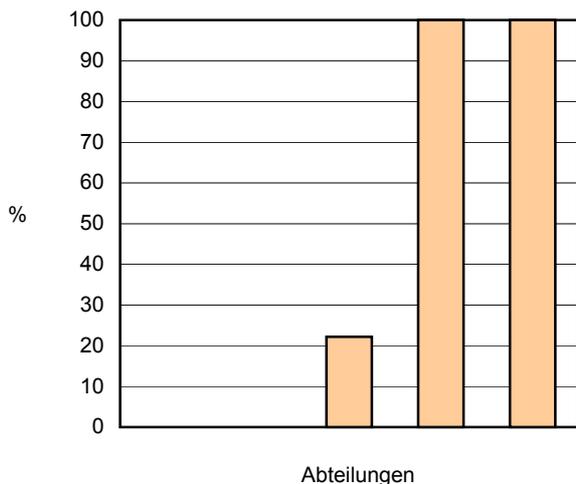
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 22,2%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit: Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit und postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: < 5 Tage*
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tagen*
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tagen*
 Gruppe 4: > 15 Tage*

	Abteilung 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)	35 / 48 72,9%	675 / 1.207 55,9%	2.966 / 4.417 67,2%	1.058 / 1.822 58,1%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Hoher Anteil an Patienten mit selbständigem Gehen bei der Entlassung

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 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			7.931 / 7.971	99,5%
Vertrauensbereich				99,32% - 99,64%
Referenzbereich		>= 85%		>= 85%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist,				
davon				
operationsbedingt			1 / 40	2,5%
nicht operationsbedingt			39 / 40	97,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			5.498 / 5.525	99,5%
Vertrauensbereich				99,29% - 99,68%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:

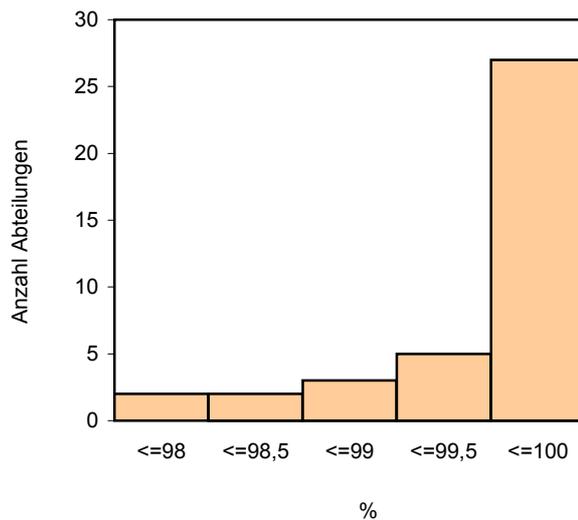
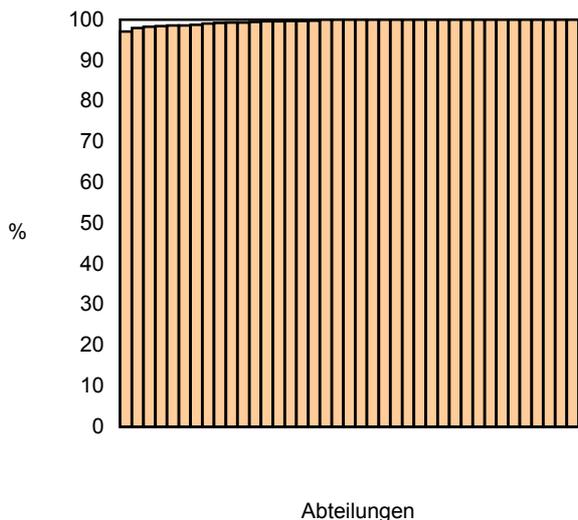
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 97,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



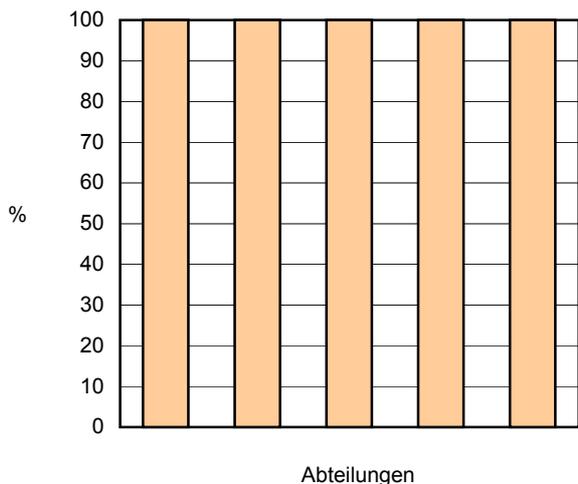
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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
 und
 postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: < 5 Tage*
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tagen*
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tagen*
 Gruppe 4: > 15 Tage*

	Abteilung 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist				
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	47 / 54 87,0%	1.288 / 1.293 99,6%	4.569 / 4.584 99,7%	2.027 / 2.040 99,4%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt	0 / 7 0,0%	0 / 5 0,0%	1 / 15 6,7%	0 / 13 0,0%
nicht operationsbedingt	7 / 7 100,0%	5 / 5 100,0%	14 / 15 93,3%	13 / 13 100,0%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung

Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige 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 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			7.918 / 7.971	99,3%
Vertrauensbereich				99,13% - 99,50%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			5.484 / 5.525	99,3%
Vertrauensbereich				98,99% - 99,47%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:

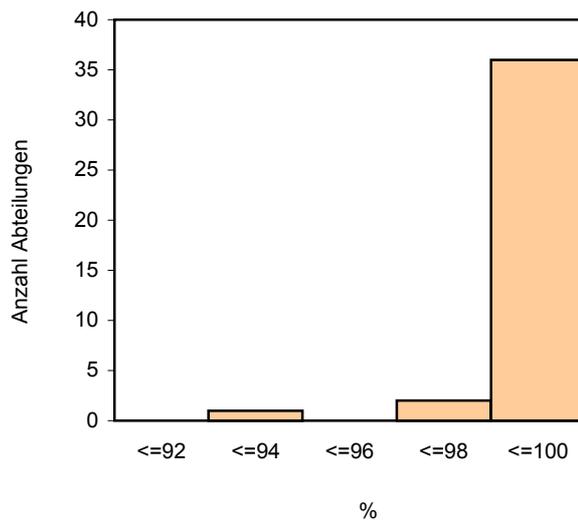
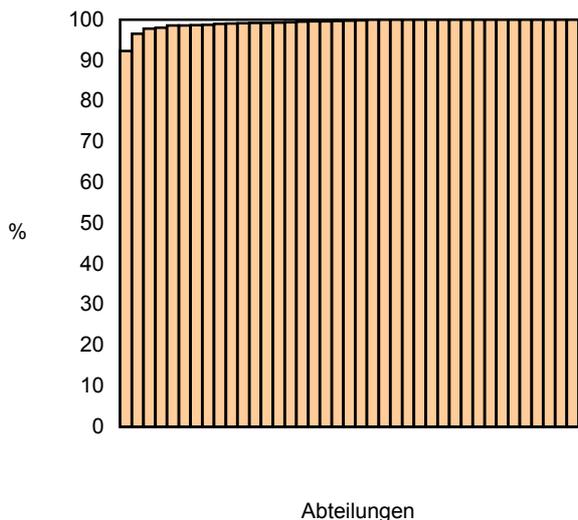
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 99,7%



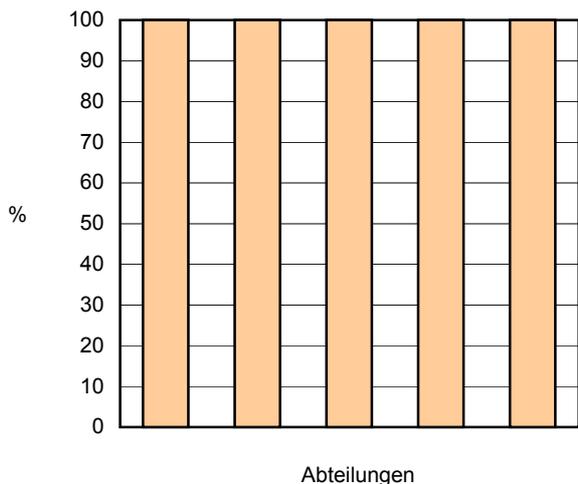
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige 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
 und
 postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: < 5 Tage*
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage*
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage*
 Gruppe 4: > 15 Tage*

	Abteilung 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist	46 / 54 85,2%	1.287 / 1.293 99,5%	4.559 / 4.584 99,5%	2.026 / 2.040 99,3%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Gefäßläsion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 8.008	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,07%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			2 / 5.588	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,13%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:

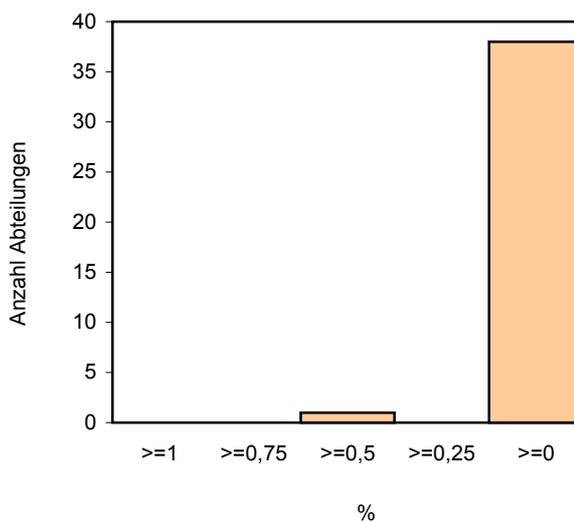
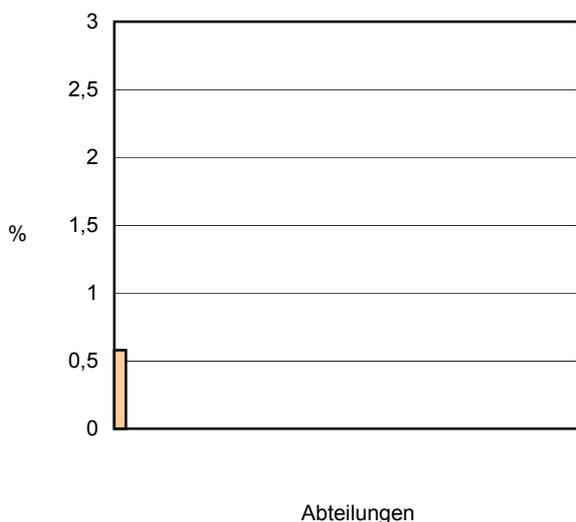
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



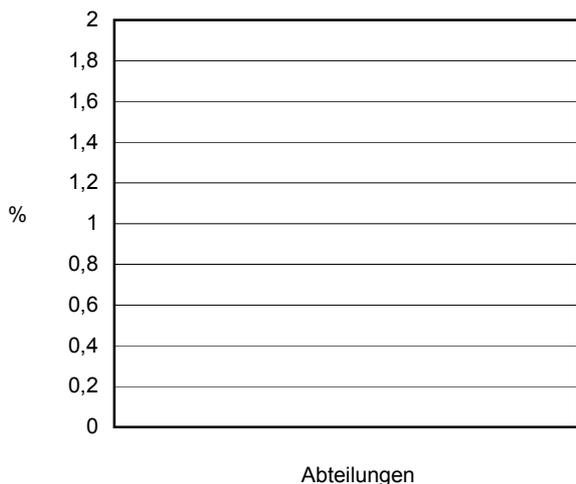
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			18 / 8.008	0,2%
Vertrauensbereich				0,13% - 0,36%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			11 / 5.588	0,2%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,35%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:

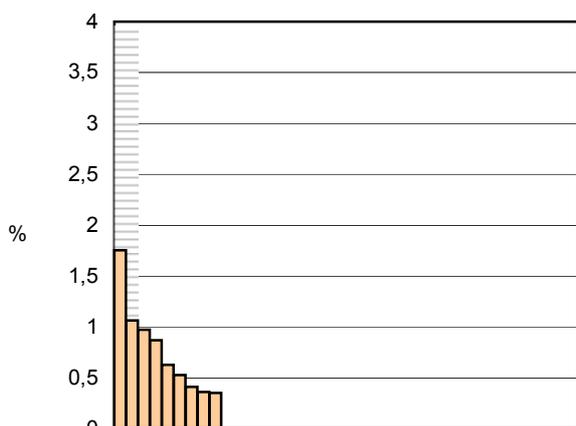
Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

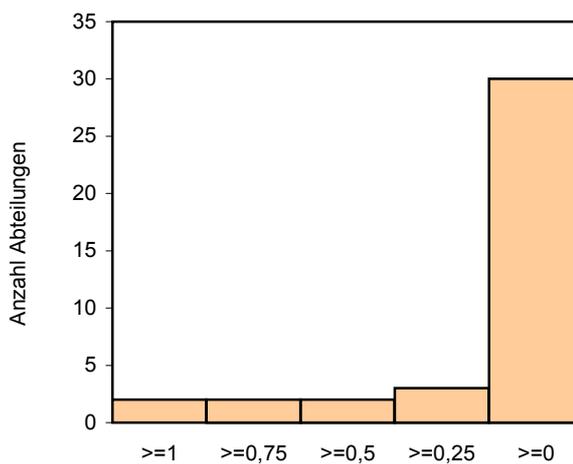
Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

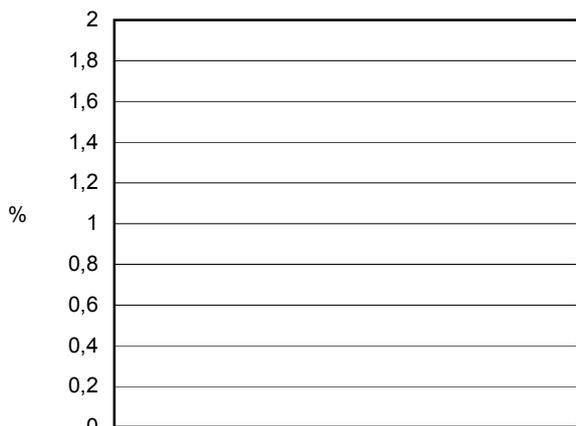
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 2%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			11 / 8.008	0,1%
Vertrauensbereich				0,07% - 0,25%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			11 / 5.588	0,2%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,35%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:

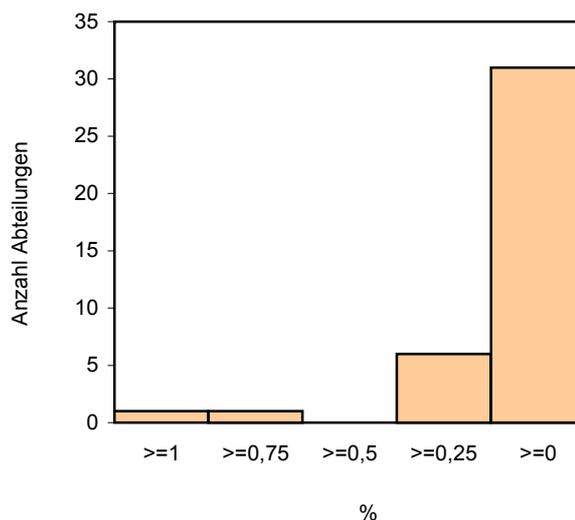
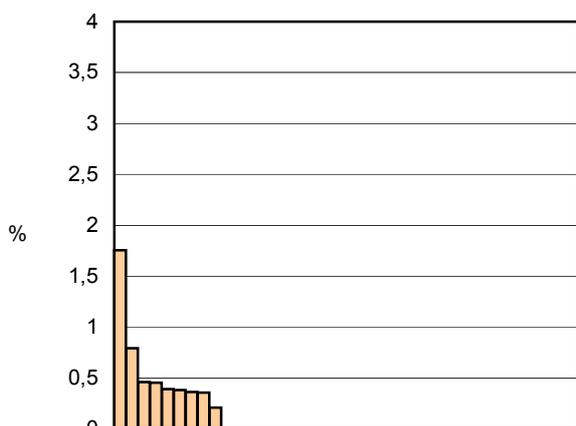
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



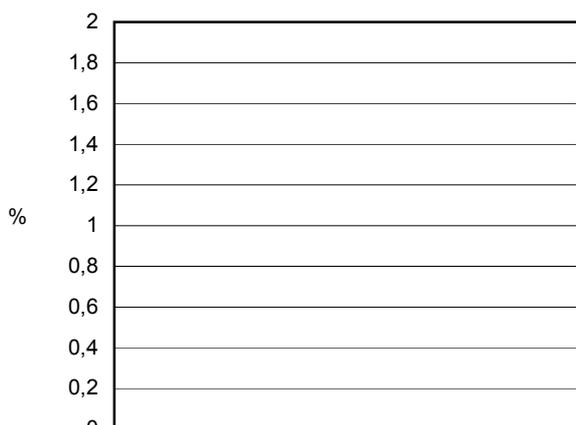
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

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

Referenzbereich: <= 2%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			70 / 8.008 0,9%	14 / 1.378 1,0%
Vertrauensbereich			0,68% - 1,10%	
Referenzbereich	<= 2%		<= 2%	
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			44 / 8.008 0,5%	8 / 1.378 0,6%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			23 / 8.008 0,3%	6 / 1.378 0,4%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			81 / 5.588 1,4%	11 / 778 1,4%
Vertrauensbereich			1,15% - 1,80%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:

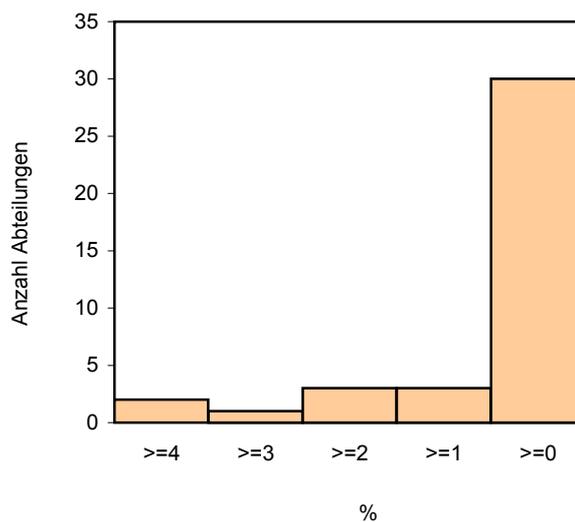
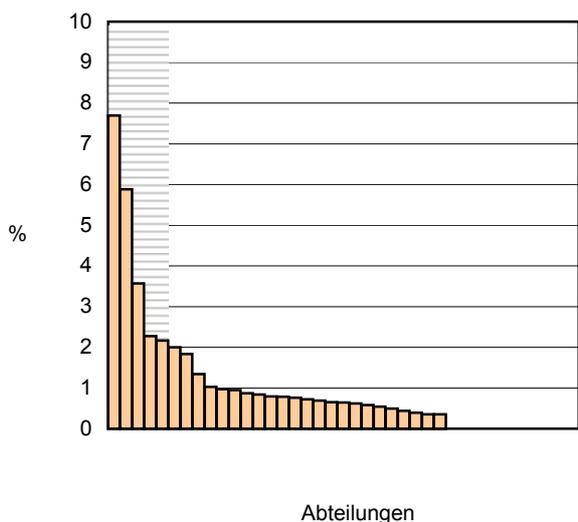
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,6%



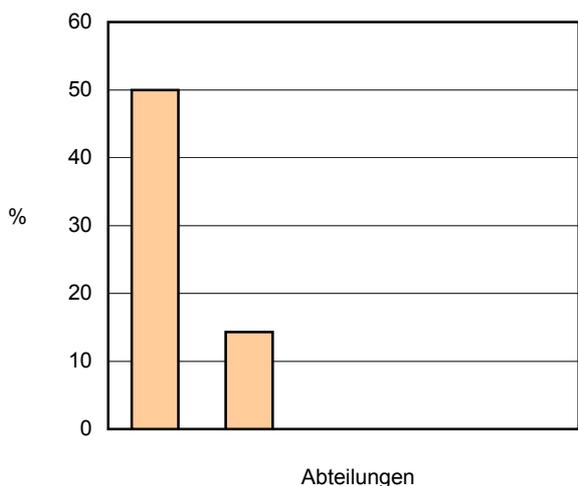
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Risikoklassen gemäß NNIS*

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 105 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

* National Nosocomial Infections Surveillance, 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 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0			4.283 / 8.008 53,5%	677 / 1.378 49,1%
Risikoklasse 1			3.135 / 8.008 39,1%	574 / 1.378 41,7%
Risikoklasse 2			587 / 8.008 7,3%	127 / 1.378 9,2%
Risikoklasse 3			3 / 8.008 0,0%	0 / 1.378 0,0%

Qualitätsindikator: 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 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			22 / 4.283 0,5%	1 / 677 0,1%
Vertrauensbereich			0,32% - 0,78%	
Referenzbereich	<= 1%		<= 1%	
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			12 / 4.283 0,3%	0 / 677 0,0%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			9 / 4.283 0,2%	1 / 677 0,1%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 4.283 0,0%	0 / 677 0,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			40 / 3.157 1,3%	5 / 416 1,2%
Vertrauensbereich			0,91% - 1,72%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 13]:

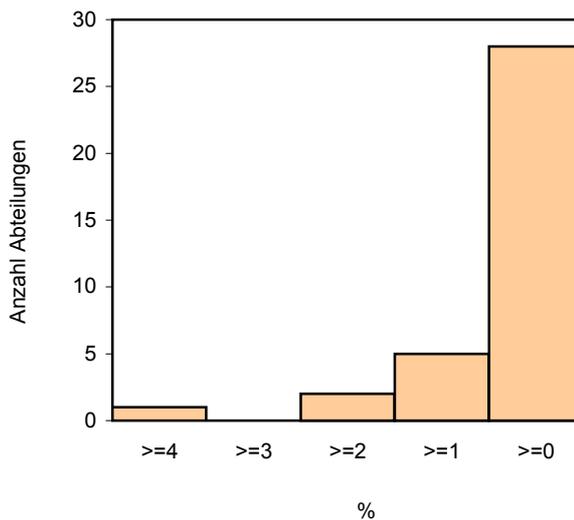
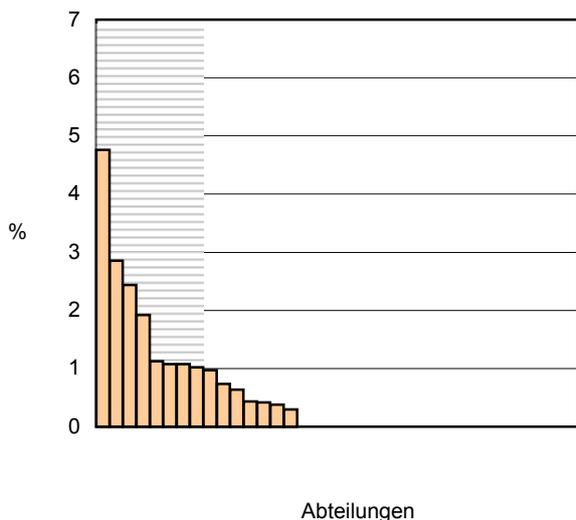
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0 mit Voroperation im Kniegelenk

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



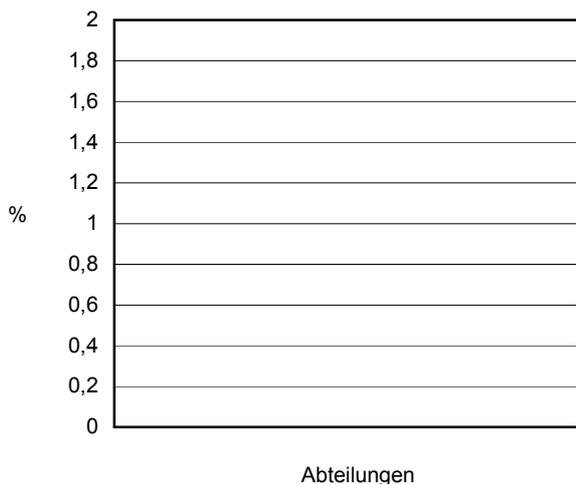
36 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			31 / 3.135 1,0%	8 / 574 1,4%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			20 / 3.135 0,6%	5 / 574 0,9%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			10 / 3.135 0,3%	3 / 574 0,5%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 3.135 0,0%	0 / 574 0,0%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			17 / 587 2,9%	5 / 127 3,9%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			12 / 587 2,0%	3 / 127 2,4%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			4 / 587 0,7%	2 / 127 1,6%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 587 0,2%	0 / 127 0,0%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			0 / 3 0,0%	0 / 0
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			0 / 3 0,0%	0 / 0
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 3 0,0%	0 / 0
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 3 0,0%	0 / 0

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

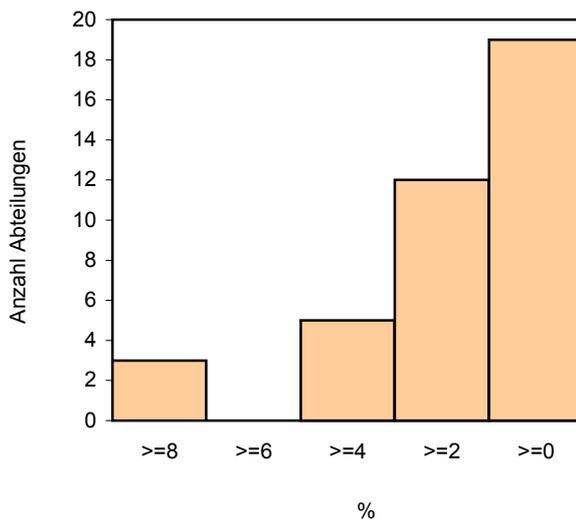
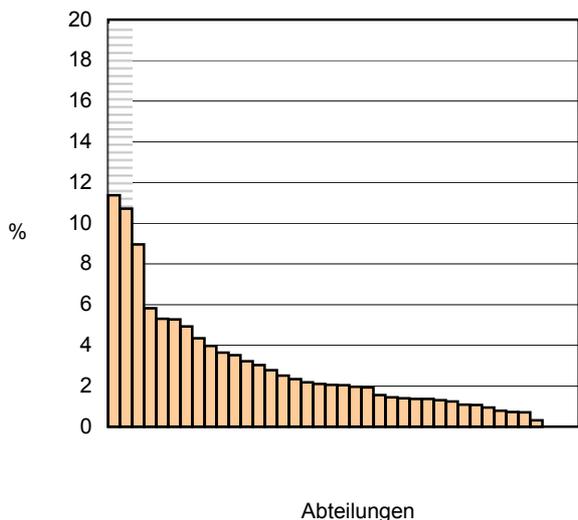
Referenzbereich: <= 9,5% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			212 / 8.008	2,6%
Vertrauensbereich				2,31% - 3,02%
Referenzbereich		<= 9,5%		<= 9,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			185 / 5.588	3,3%
Vertrauensbereich				2,86% - 3,81%

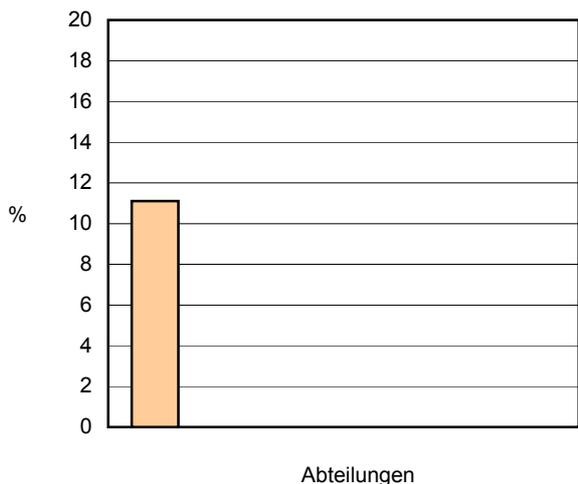
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 11,4%
 Median der Abteilungswerte: 2,0%



39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 11,1%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

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 2004			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	27 / 1.215 2,2%	151 / 6.059 2,5%	31 / 694 4,5%	3 / 40 7,5%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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: <= 14,8% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			

<= 14,8%

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	22 / 8.008 0,3%	10 / 5.316 0,2%	12 / 2.692 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	94 / 8.008 1,2%	43 / 5.316 0,8%	51 / 2.692 1,9%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	77 / 8.008 1,0%	46 / 5.316 0,9%	31 / 2.692 1,2%
Patienten mit Lungenembolie	16 / 8.008 0,2%	4 / 5.316 0,1%	12 / 2.692 0,4%
Patienten mit sonstiger Komplikation	308 / 8.008 3,8%	172 / 5.316 3,2%	136 / 2.692 5,1%
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen	497 / 8.008 6,2%	266 / 5.316 5,0%	231 / 2.692 8,6%
Vertrauensbereich	5,69% - 6,76%		
Referenzbereich	<= 14,8%		

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen	394 / 5.588 7,1%	238 / 3.859 6,2%	156 / 1.728 9,0%
Vertrauensbereich	6,39% - 7,75%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:

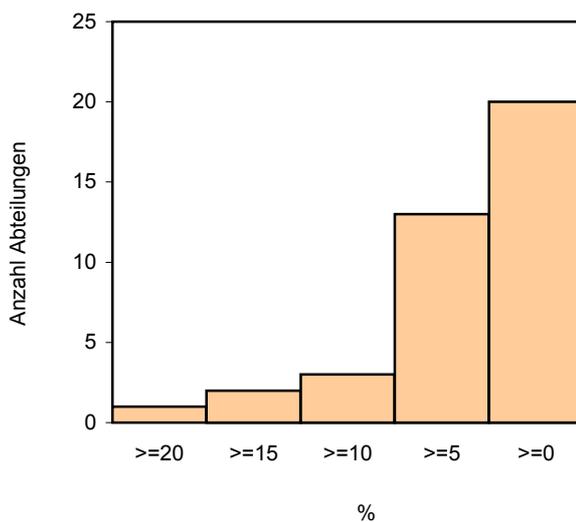
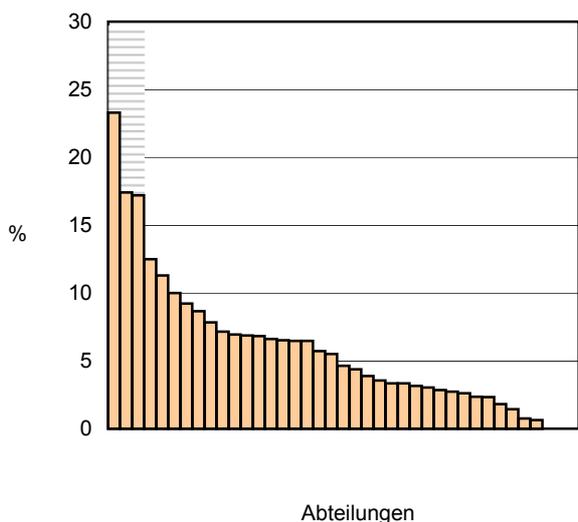
Anteil von Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 23,3%

Median der Abteilungswerte: 4,6%



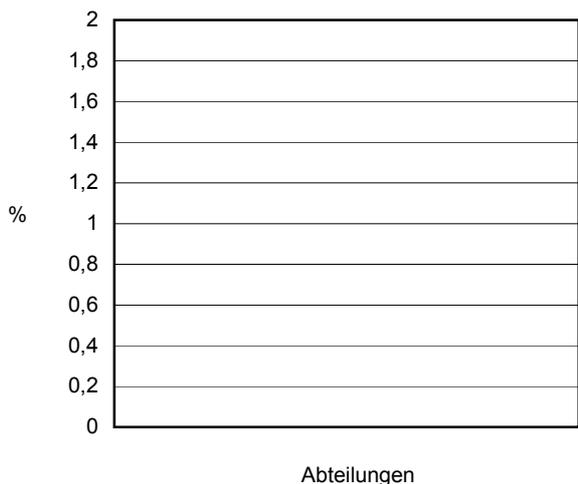
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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: <= 6,5% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation*			97 / 8.008	1,2%
Vertrauensbereich				0,98% - 1,48%
Referenzbereich		<= 6,5%		<= 6,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation*			136 / 5.588	2,4%
Vertrauensbereich				2,05% - 2,87%

*Wundhämatom/Nachblutung, Gefäßläsion, Nervenschaden, Fraktur

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:

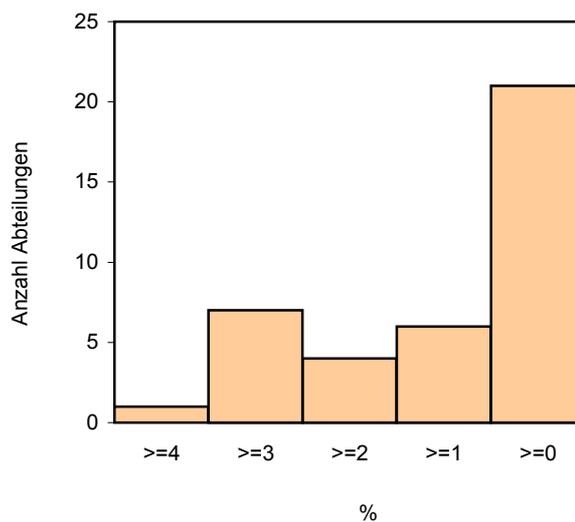
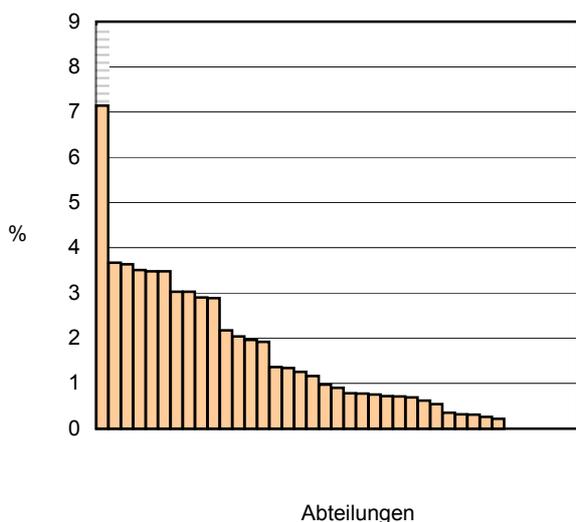
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,1%

Median der Abteilungswerte: 0,9%



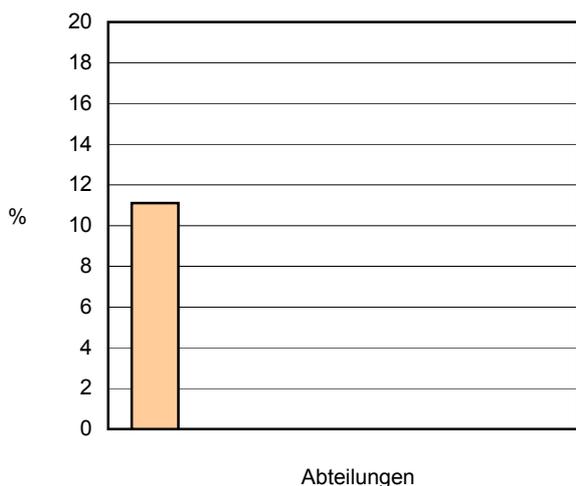
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 11,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			6 / 8.008	0,1%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,16%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			3 / 5.588	0,1%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,16%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 17]:

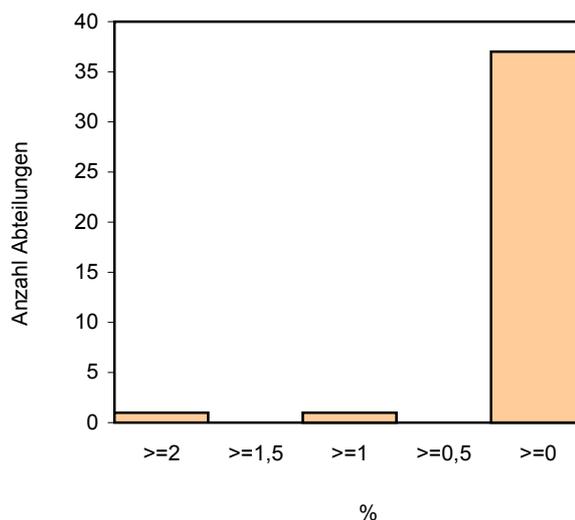
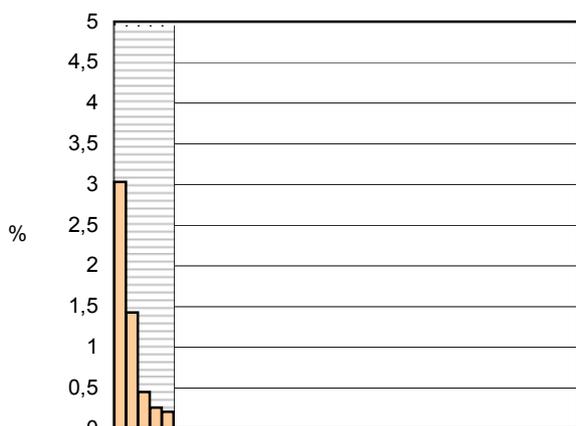
Anteil verstorbenen Patienten von allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



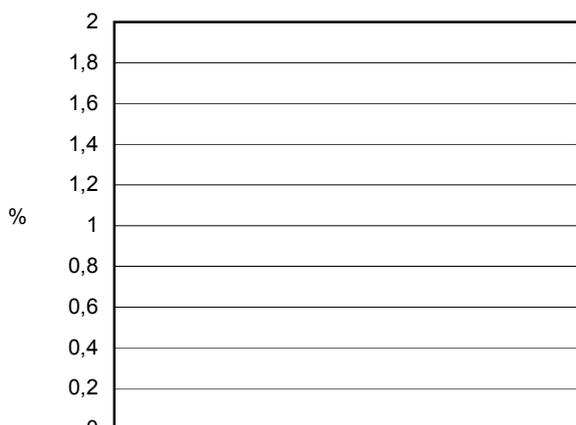
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 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 2004		Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten					
Gesamt 2004		Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten		3 / 5.316 0,1%	2 / 2.642 0,1%	1 / 50 2,0%	0 / 0

Jahresauswertung 2004
Knie-Totalendoprothesen-
Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 44
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/5 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2505
2004 - D3249-L19494-P13621

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.819	22,7	577	10,3
2. Quartal			2.062	25,7	1.281	22,9
3. Quartal			1.992	24,9	1.811	32,4
4. Quartal			2.135	26,7	1.919	34,3
Gesamt			8.008		5.588	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			8.008		5.588	
Median				13,0		14,0
Mittelwert				13,8		16,7
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			8.008		5.587	
Median				15,0		16,0
Mittelwert				15,7		18,4

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
3	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
8	D62	Akute Blutungsanämie

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				M17.1	5.093	63,6	M17.1	3.503	62,7
2				Z96.6	1.446	18,1	M17.0	1.157	20,7
3				M17.0	1.398	17,5	I10	761	13,6
4				I10.00	1.069	13,3	Z96.6	659	11,8
5				M17.9	963	12,0	M17.9	514	9,2
6				I10.90	844	10,5	E66.0	337	6,0
7				E66.0	671	8,4	M17.5	215	3,8
8				D62	520	6,5	I83.9	211	3,8

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

Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	5-822.11	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert
2	5-822.12	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)
3	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
4	5-822.10	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert
5	5-822.21	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert

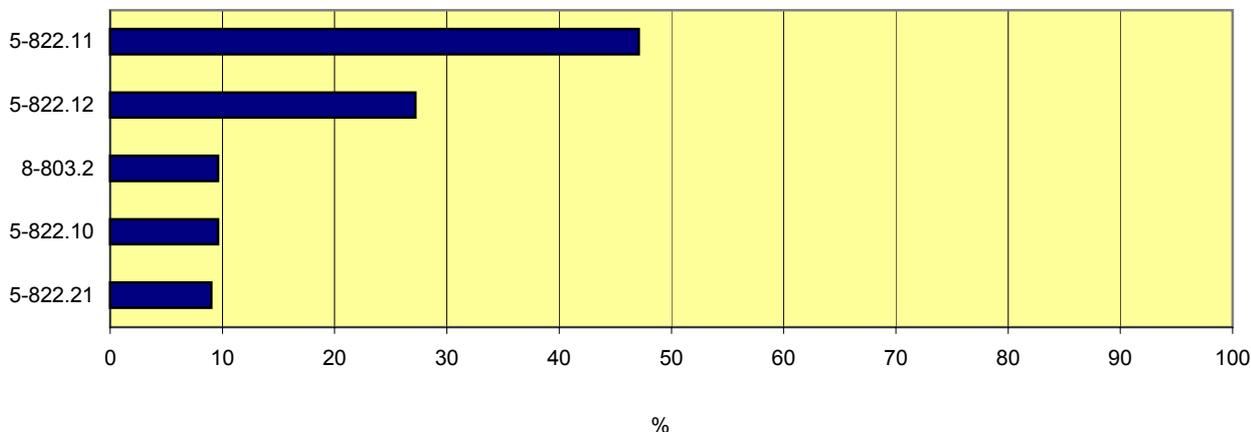
Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
1				5-822.11	3.770	47,1	5-822.11	2.382	42,6
2				5-822.12	2.180	27,2	5-822.12	1.939	34,7
3				8-803.2	772	9,6	8-803.2	478	8,6
4				5-822.10	765	9,6	5-822.21	435	7,8
5				5-822.21	721	9,0	5-822.10	433	7,7

* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Verteilung der Operationstechniken (Gesamt 2004)



Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			3 / 8.008	0,0	3 / 5.588	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 8.008	0,0	0 / 5.588	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.008	0,0	0 / 5.588	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			275 / 8.008	3,4	97 / 5.588	1,7

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.10 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			765 / 8.008	9,6
5-822.11 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			3.770 / 8.008	47,1
5-822.12 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			2.180 / 8.008	27,2

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

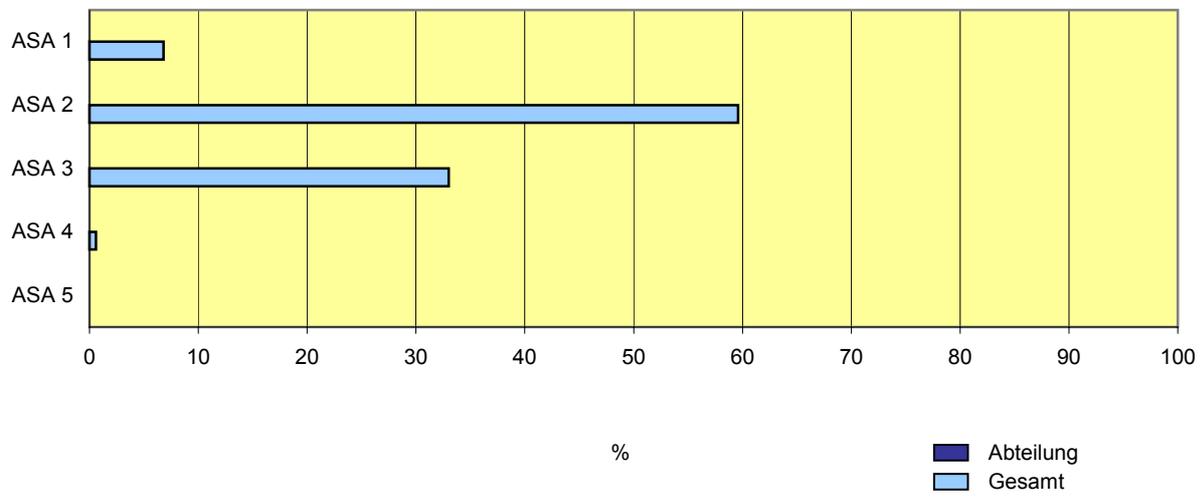
Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.20	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert		54 / 8.008	0,7
5-822.21	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert		721 / 8.008	9,0
5-822.22	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)		126 / 8.008	1,6
5-822.30	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert		3 / 8.008	0,0
5-822.31	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert		142 / 8.008	1,8
5-822.32	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)		8 / 8.008	0,1
5-822.40	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert		7 / 8.008	0,1
5-822.41	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert		25 / 8.008	0,3
5-822.42	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)		4 / 8.008	0,0
5-822.60	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Nicht zementiert		2 / 8.008	0,0
5-822.61	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Zementiert		129 / 8.008	1,6
5-822.62	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)		11 / 8.008	0,1
5-822.70	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Nicht zementiert		2 / 8.008	0,0
5-822.71	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Zementiert		62 / 8.008	0,8
5-822.72	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)		1 / 8.008	0,0

Patienten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.008 / 8.008	100,0	5.583 / 5.583	100,0
< 40			7 / 8.008	0,1	12 / 5.583	0,2
40 - 59			754 / 8.008	9,4	540 / 5.583	9,7
60 - 79			6.380 / 8.008	79,7	4.421 / 5.583	79,2
80 - 89			855 / 8.008	10,7	603 / 5.583	10,8
>= 90			12 / 8.008	0,1	7 / 5.583	0,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.008		5.583	
Median				71,0		71,0
Mittelwert				70,4		70,3
Geschlecht						
männlich			2.346	29,3	1.633	29,2
weiblich			5.662	70,7	3.955	70,8
Zu operierende Seite						
rechts			4.203	52,5	2.942	52,6
links			3.805	47,5	2.646	47,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			543	6,8	404	7,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.773	59,6	3.455	61,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.642	33,0	1.699	30,4
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			50	0,6	29	0,5
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzfreies Gehen (< 20 Min.)			4.932	61,6	3.397	60,8
Ruhschmerzen			6.772	84,6	4.639	83,0
Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			7.889	98,5	5.495	98,3
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen						
nein			736	9,2	563	10,1
bei Bedarf			4.272	53,3	2.934	52,5
regelmäßig			3.000	37,5	2.091	37,4
Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah			1.378	17,2	778	13,9

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt Anzahl der Patienten			7.363	91,9	5.002	89,5
Extension/Flexion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.330	99,6	4.952	99,0
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		5,0
Mittelwert				4,7		5,2
Winkel Flexion (Grad)						
Median				100,0		100,0
Mittelwert				102,4		101,7
Bandinstabilität			2.428	30,3	1.860	33,3
Deformität						
nein			2.261	28,2	1.230	22,0
X-Stellung			1.203	15,0	1.012	18,1
O-Stellung			4.544	56,7	3.346	59,9

Röntgendiagnostik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme im Stehen zur Achsenbestimmung			6.488	81,0	4.510	80,7

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			1.064	13,3	918	16,4
			6.944	86,7	4.670	83,6
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			398	5,0	454	8,1
häufig verschmälert			3.949	49,3	3.754	67,2
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			3.661	45,7	1.380	24,7
Sklerose						
keine Sklerose			262	3,3	158	2,8
mäßig subchondrale Sklerose			3.105	38,8	2.361	42,3
ausgeprägte subchondrale Sklerose			4.116	51,4	2.749	49,2
Sklerose mit Zysten an Femur, Tibia, Patella			525	6,6	320	5,7
Deformierung						
keine Deformierung			1.425	17,8	958	17,1
Entrundung der Femurkondylen			4.989	62,3	3.422	61,2
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			1.594	19,9	1.208	21,6
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			7.960	99,4	5.537	99,1
bedingt aseptische Eingriffe			41	0,5	45	0,8
kontaminierte Eingriffe			5	0,1	4	0,1
septische Eingriffe			2	0,0	2	0,0
Röntgenologische Kriterien						
Pat. mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence*						
Gruppe 1 0 Punkte			97 / 8.008	1,2	60 / 5.588	1,1
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			456 / 8.008	5,7	424 / 5.588	7,6
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			2.610 / 8.008	32,6	2.126 / 5.588	38,0
Gruppe 4 5 - 6 Punkte			3.635 / 8.008	45,4	2.380 / 5.588	42,6
Gruppe 5 7 - 8 Punkte			1.210 / 8.008	15,1	598 / 5.588	10,7
Gruppe 6 5 - 8 Punkte			6.743 / 8.008	84,2	4.447 / 5.588	79,6

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

Operation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit in Minuten)						
Anz. der Pat. mit gültiger Angabe			8.008		5.588	
Median				85,0		85,0
Mittelwert				87,1		88,9
Medikamentöse Thromboseprophylaxe			7.956	99,4	5.571	99,7
Periop. Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			45	0,6	37	0,7
mit Prophylaxe			7.963	99,4	5.551	99,3
davon						
single shot			6.823 / 7.963	85,7	4.767 / 5.551	85,9
intraoperative Zweitgabe			176 / 7.963	2,2	121 / 5.551	2,2
öfter			964 / 7.963	12,1	663 / 5.551	11,9
Bluttransfusion						
Patienten mit Bluttransfusion			2.520 / 8.008	31,5	2.028 / 5.588	36,3
davon						
Eigenblut			1.255 / 2.520	49,8	1.059 / 2.028	52,2
Fremdblut			1.494 / 2.520	59,3	1.158 / 2.028	57,1
Eigenblut						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			1.114		964	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				1,6		1,7
Fremdblut						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			1.395		1.120	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				2,1		2,3
Verteilung						
Transfusionseinheiten (TE)						
Eigenblut 1 TE			466	5,8	350	6,3
Eigenblut 2 TE			626	7,8	563	10,1
Eigenblut >= 3 TE			22	0,3	51	0,9
Fremdblut 1 TE			262	3,3	186	3,3
Fremdblut 2 TE			916	11,4	734	13,1
Fremdblut >= 3 TE			217	2,7	200	3,6
mindestens 1 TE Eigenblut o. Fremdblut			2.297	28,7	1.905	34,1
Eigen- und Fremdblut >= 3 TE			374	4,7	361	6,5
Verwendung eines Cell - Savers			1.836	22,9	1.207	21,6
Zementierung einer Komponente			7.032	87,8	5.049	90,4
davon						
Vakuumzementmischtechnik			1.402 / 7.032	19,9	768 / 5.049	15,2

Verlauf

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postop. Röntgenbild in 2 Ebenen			7.952	99,3	5.536	99,1
Behandlungsbedürftige intra-/ postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplik. (Mehrfachnennungen möglich)			239	3,0	269	4,8
Wundhämatom/Nachblutung			212	2,6	185	3,3
Gefäßläsion			1	0,0	2	0,0
Nervenschaden			18	0,2	11	0,2
Fraktur			11	0,1	11	0,2
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			7	0,1	10	0,2
Tibia-Komponente			5	0,1	7	0,1
Patellafehlstellung			21	0,3	34	0,6
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl der Patienten davon			70	0,9	81	1,4
A1 oberflächliche Infektion			44 / 70	62,9	55 / 81	67,9
A2 tiefe Infektion			23 / 70	32,9	23 / 81	28,4
A3 Räume/Organe			3 / 70	4,3	3 / 81	3,7
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich						
Anzahl der Patienten			97	1,2	136	2,4
Allg. behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)						
Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplik. (Mehrfachnennungen möglich)			497	6,2	394	7,1
Pneumonie			22	0,3	10	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			94	1,2	80	1,4
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			77	1,0	60	1,1
Lungenembolie			16	0,2	17	0,3
Sonstige			308	3,8	259	4,6

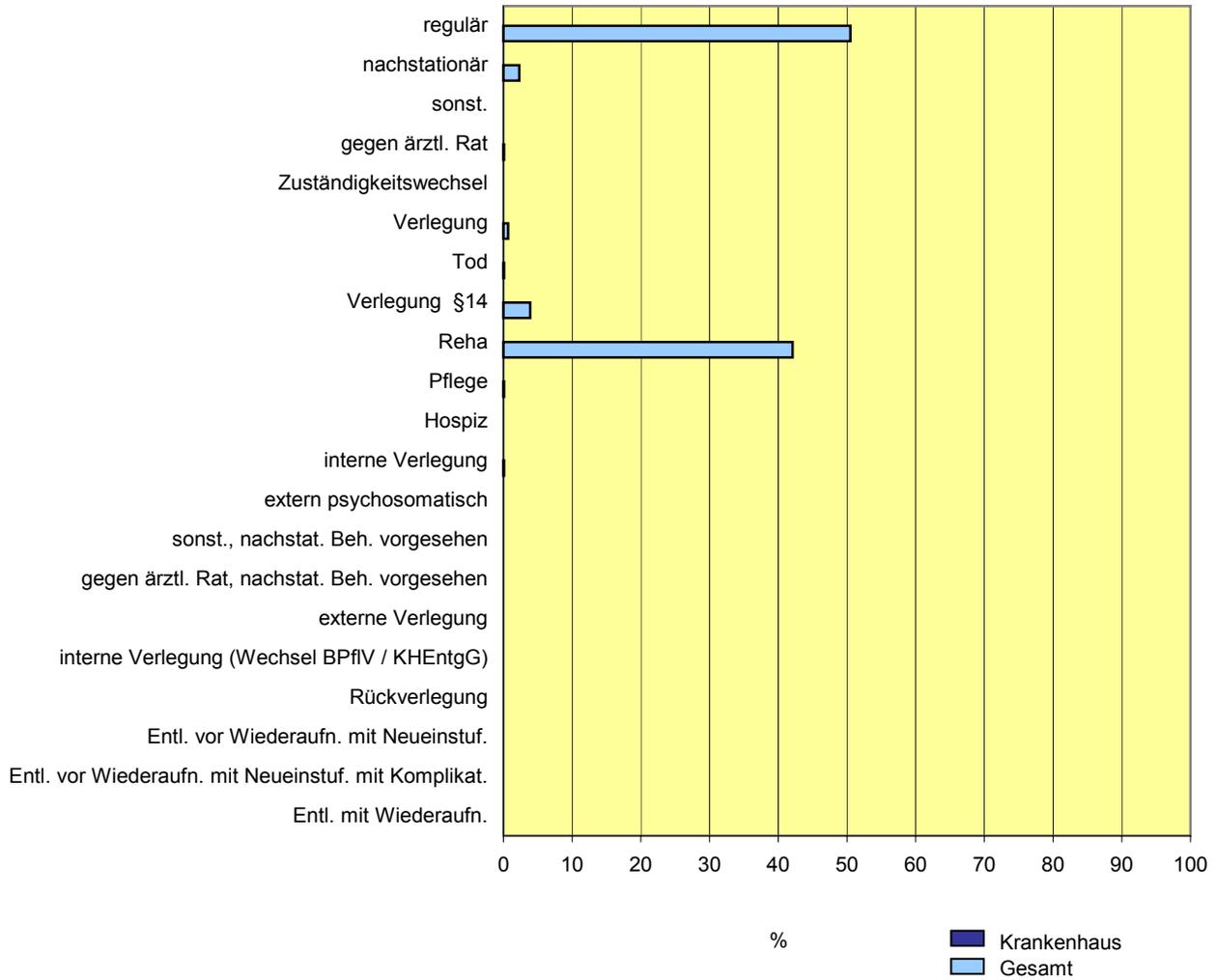
Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmass aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt Anzahl der Patienten			7.500	93,7	5.240	93,8
Extension/Flexion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.494	99,9	5.210	99,4
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,8		0,9
Winkel Flexion (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				86,9		86,9
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			7.824	97,7	5.428	97,1
Treppensteigen nicht möglich			184	2,3	160	2,9
davon operationsbedingt nicht möglich			24 / 184	13,0	41 / 160	25,6
Selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)			7.958	99,4	5.556	99,4
Selbständiges Gehen nicht möglich			50	0,6	32	0,6
davon operationsbedingt nicht möglich			1 / 50	2,0	2 / 32	6,2
Selbständige Versorgung in der tgl. Hygiene möglich Selbständige Versorgung			7.943	99,2	5.540	99,1
in der tgl. Hygiene nicht möglich			65	0,8	48	0,9
davon operationsbedingt nicht möglich			3 / 65	4,6	2 / 48	4,2

Entlassung II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund						
1: Behandlung regulär beendet			4.048	50,5	3.311	59,3
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behndl. vorgesehen			187	2,3	73	1,3
3: Behndl. aus sonst. Gründen beendet			3	0,0	45	0,8
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			5	0,1	2	0,0
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			0	0,0	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			53	0,7	61	1,1
7: Tod			6	0,1	3	0,1
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV/95)			311	3,9	202	3,6
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			3.372	42,1	1.878	33,6
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			8	0,1	4	0,1
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: Interne Verlegung			8	0,1	8	0,1
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			0	0,0	0	0,0
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0	0	0,0
15: Behndl. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Behndl. vorgesehen			0	0,0	0	0,0
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			1	0,0	0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BPflV u. des KHEntgG			3	0,0	1	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			2	0,0	0	0,0
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			1	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			1 / 6	16,7	1 / 3	33,3
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			2 / 6	33,3	1 / 3	33,3

Verteilung der Entlassungsgründe



Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-
Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 44
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/5 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2505
2004 - D3249-L19494-P13621

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme			0,3%	-		P1.1
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme			0,6%	-		P1.1
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme			35,7%	-		P1.4

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

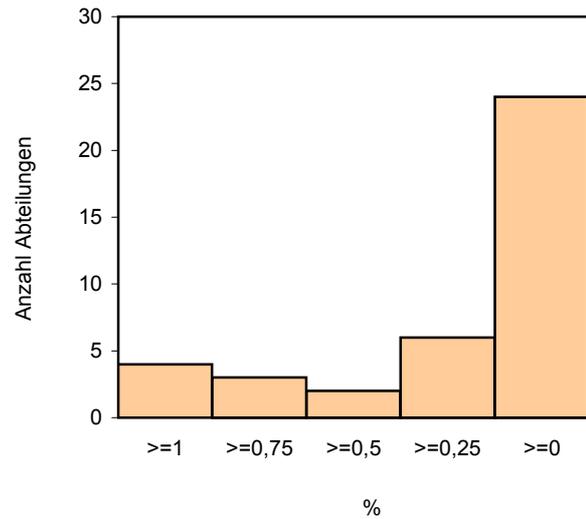
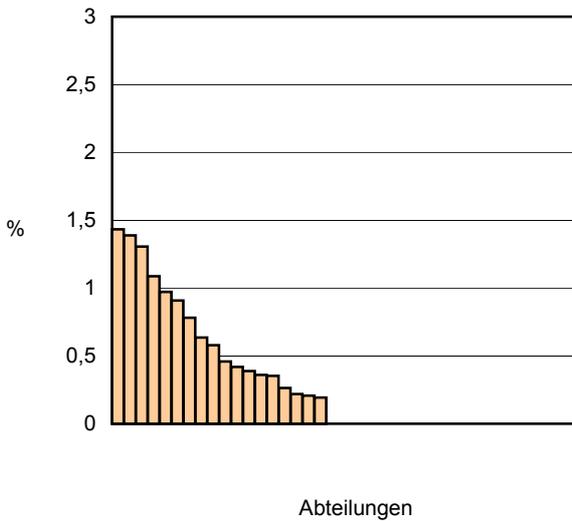
QI 1: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden

- Qualitätsziel:** Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme
- Referenzbereich:**
 a) Für Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung:
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
 b) Für alle Patienten mit Dekubitalulzera:
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			27 / 7.994	0,3%
Vertrauensbereich				0,22% - 0,49%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			52 / 7.994	0,6%
Vertrauensbereich				0,49% - 0,85%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			25 / 52	48,1%
Grad 2			25 / 52	48,1%
Grad 3			2 / 52	3,8%
Grad 4			0 / 52	0,0%
keine Gradangabe			0 / 52	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			7.942 / 7.994	99,3%

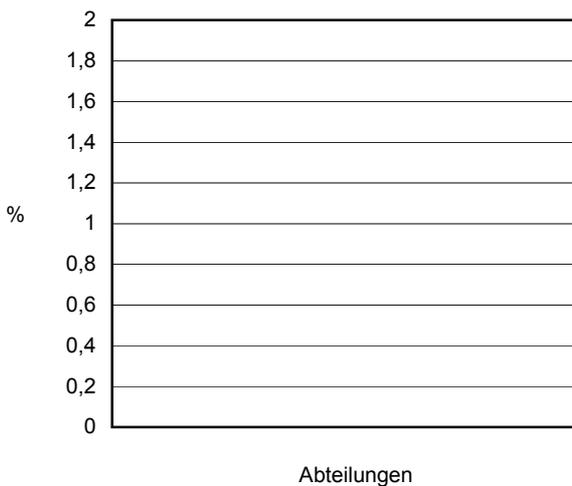
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1a]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,4%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1b]:

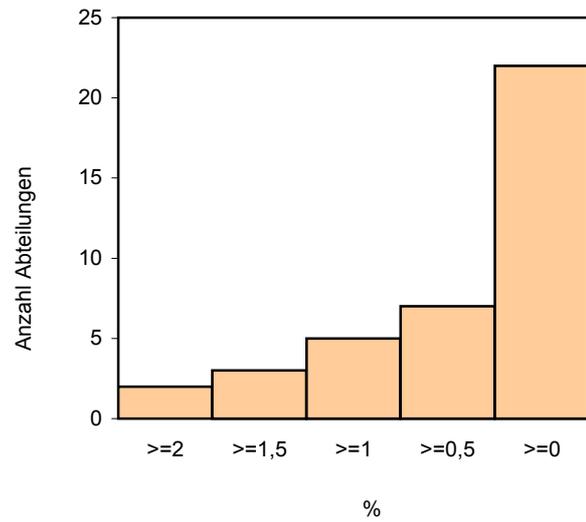
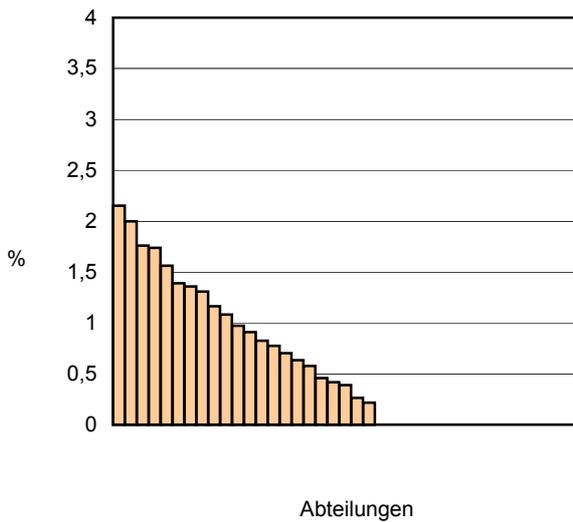
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,4%



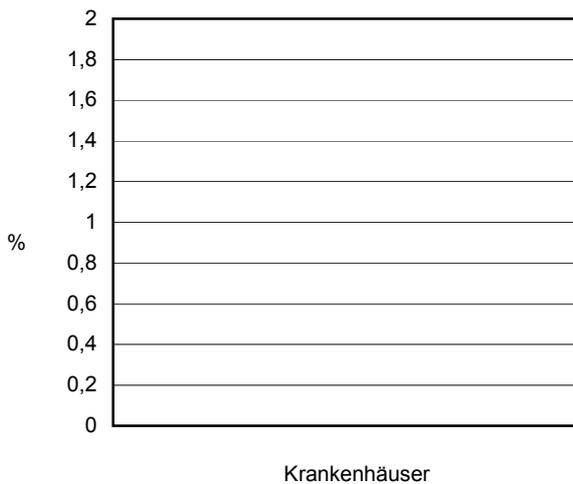
39 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

QI 2: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden

- Qualitätsziel:** Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			5 / 14	35,7%
Vertrauensbereich			12,70% - 64,90%	
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			2 / 5	40,0%
Grad 2			3 / 5	60,0%
Grad 3			0 / 5	0,0%
Grad 4			0 / 5	0,0%
keine Gradangabe			0 / 5	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			9 / 14	64,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

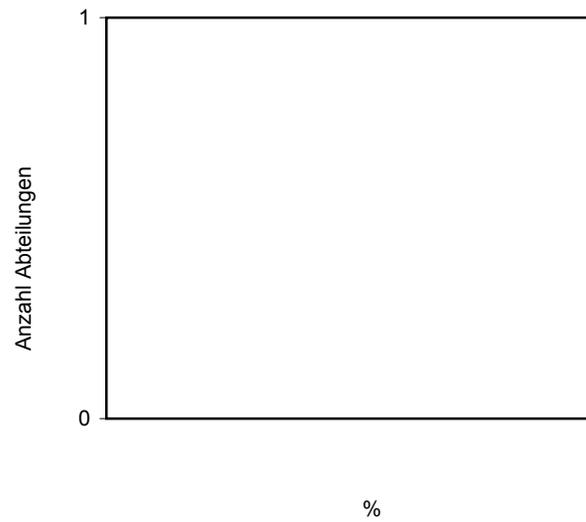
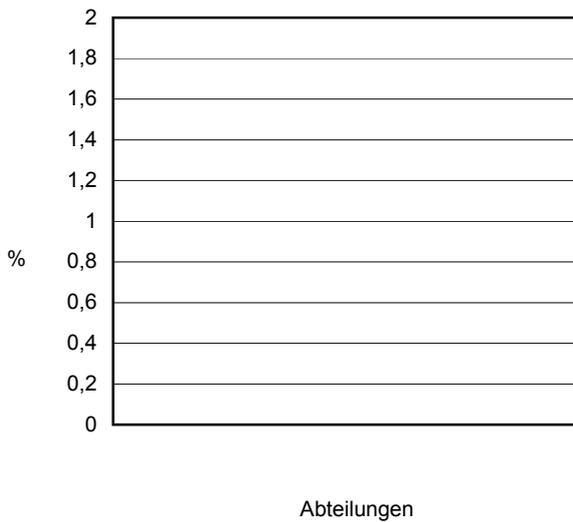
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

36 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:

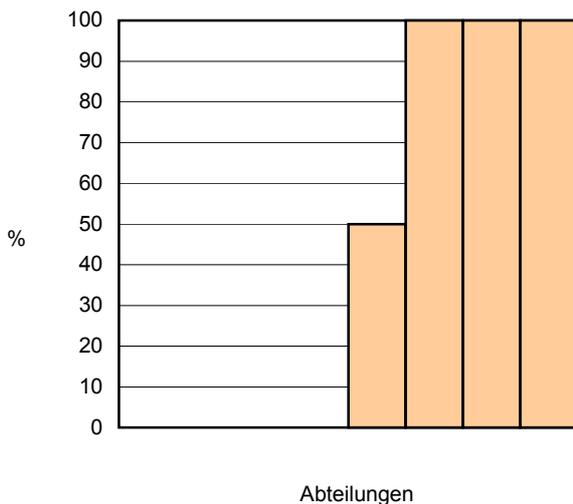


0 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 25,0%



8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-
Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 44

Auswertungsversion: 10. Mai 2005

Datensatzversion: 17/5 2004 7.0

Mindestanzahl Datensätze: 10

Datenbankstand: 01. März 2005

Druckdatum: 11. Mai 2005

Nr. Gesamt-2505

2004 - D3249-L19494-P13621

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			8.008	

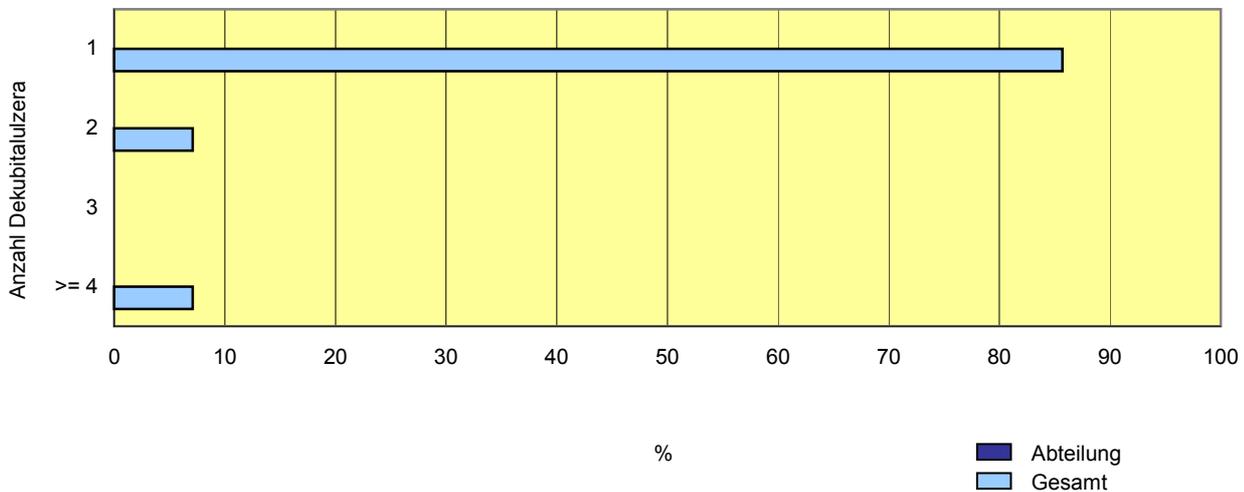
Patienten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren) gültige Altersangabe			8.008	100,0
< 20			0	0,0
20 - 39			7	0,1
40 - 59			754	9,4
60 - 69			2.577	32,2
70 - 79			3.803	47,5
80 - 89			855	10,7
>= 90			12	0,1
Alter (Jahre)				
Median			8.008	71,0
Mittelwert				70,4
Geschlecht				
männlich			2.346	29,3
weiblich			5.662	70,7
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			543	6,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.773	59,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.642	33,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			50	0,6
5: moribunder Patient			0	0,0

Aufnahme

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja			14	0,2
nein			7.994	99,8
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			29 / 14	2,07
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:			5	35,7
Grad 2:			7	50,0
Grad 3:			2	14,3
Grad 4:			0	0,0

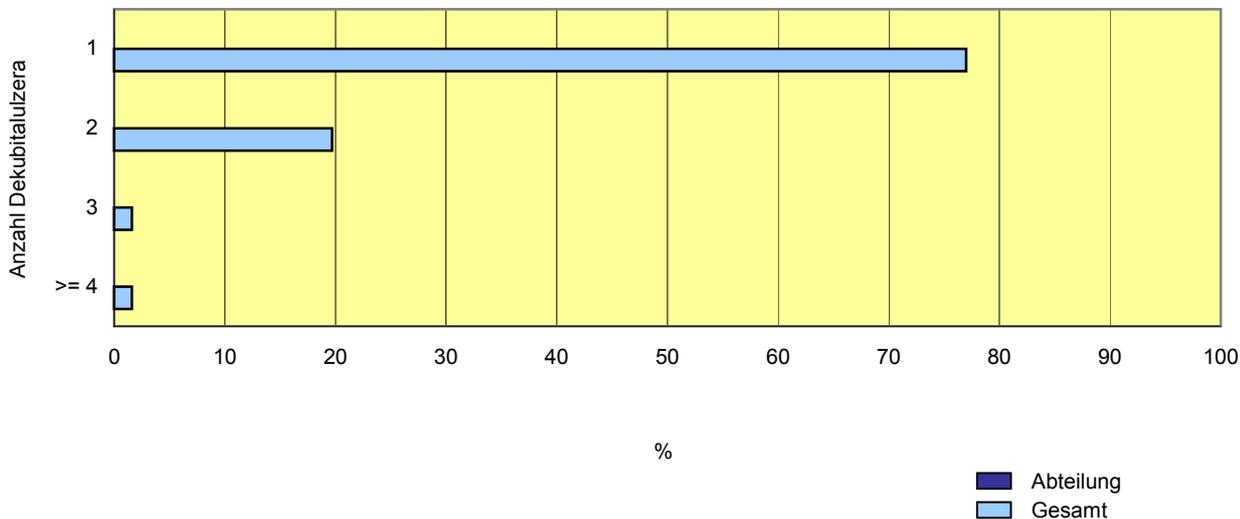
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja			61	0,8
nein			7.947	99,2
Wenn ja:				
mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			89 / 61	1,46
Wenn ja:				
Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:			28	45,9
Grad 2:			30	49,2
Grad 3:			3	4,9
Grad 4:			0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			14	0,2
davon: Patienten mit				
höherer Anzahl			2 / 14	14,3
unveränderter Anzahl			7 / 14	50,0
reduzierter Anzahl			5 / 14	35,7
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)			-3 / 29	-0,10

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			14	0,2
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			63 / 7.994	7,88
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera				
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			7.942 / 7.994	99,3
1			42 / 7.994	0,5
2			9 / 7.994	0,1
3			1 / 7.994	0,0
4 oder mehr			0 / 7.994	0,0
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus			52 / 7.994	0,6
davon:				
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient			63 / 52	1,21