

# Jahresauswertung 2005 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

## Qualitätsindikatoren

### Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 48  
Auswertungsversion: 20. April 2006  
Datensatzversion: 17/5 2005 8.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 07. März 2006  
Druckdatum: 25. April 2006  
Nr. Gesamt-3147  
2005 - D4000-L28350-P16805

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung <sup>1</sup>	Seite
<b>QI 1: Indikation</b>			85,2%	>= 49,6%	35,6%	1.1
<b>QI 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe</b>			98,8%	>= 95%	3,8%	1.4
<b>QI 3: Postoperative Beweglichkeit</b>			63,2%	>= 3,6%	59,6%	1.7
<b>QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung</b>			99,6%	>= 85%	14,6%	1.10
<b>QI 5: Gefäßläsion</b>			0,1%	<= 1%	0,9%	1.13
<b>QI 6: Nervenschaden</b>			0,1%	<= 1%	0,9%	1.15
<b>QI 7: Fraktur</b>			0,1%	<= 2%	1,9%	1.17
<b>QI 8: Postoperative Wundinfektion</b>			0,6%	<= 2%	1,4%	1.19
<b>QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen</b>			2,4%	<= 8,3%	5,9%	1.28
<b>QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>			5,5%	<= 14,3%	8,8%	1.31
<b>QI 11: Reinterventionen wegen Komplikationen</b>			1,1%	<= 5,7%	4,5%	1.34
<b>QI 12: Letalität</b>			0,1%	Sentinel Event		1.36

<sup>1</sup> Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

### Qualitätsindikator 1: Indikation

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** >= 49,6% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>				
Patienten mit schmerzfreiem Gehen < 20 min			5.021 / 8.091	62,1%
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			7.380 / 8.091	91,2%
Patienten mit Ruheschmerz			6.798 / 8.091	84,0%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			7.980 / 8.091	98,6%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>				
Gruppe 1 0 Punkte			45 / 8.091	0,6%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			422 / 8.091	5,2%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			2.452 / 8.091	30,3%
Gruppe 4 5 - 6 Punkte			3.710 / 8.091	45,9%
Gruppe 5 7 - 8 Punkte			1.462 / 8.091	18,1%
Gruppe 6 4 - 8 Punkte			6.893 / 8.091	85,2%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten			6.892 / 8.091	85,2%
Vertrauensbereich				84,39% - 85,95%
Referenzbereich		>= 49,6%		>= 49,6%

<sup>1</sup> Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten Vertrauensbereich			6.741 / 8.008	84,2% 83,36% - 84,97%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1]:**

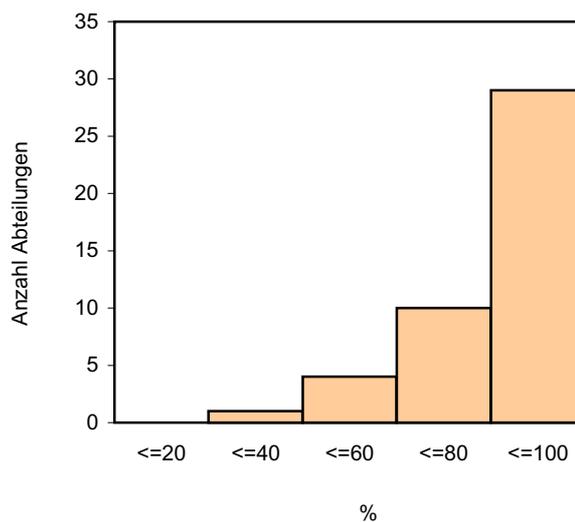
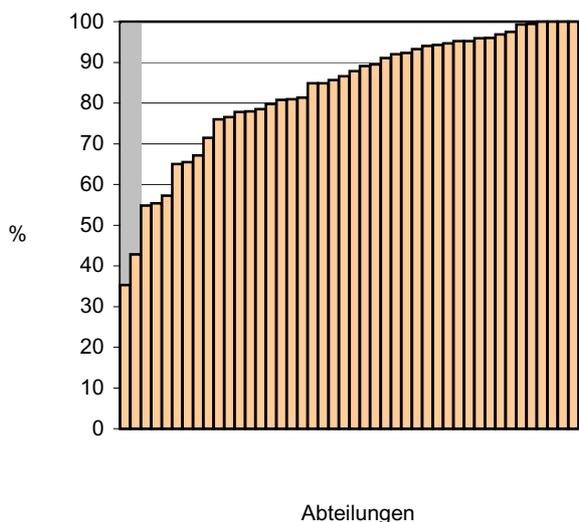
**Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 35,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 87,2%



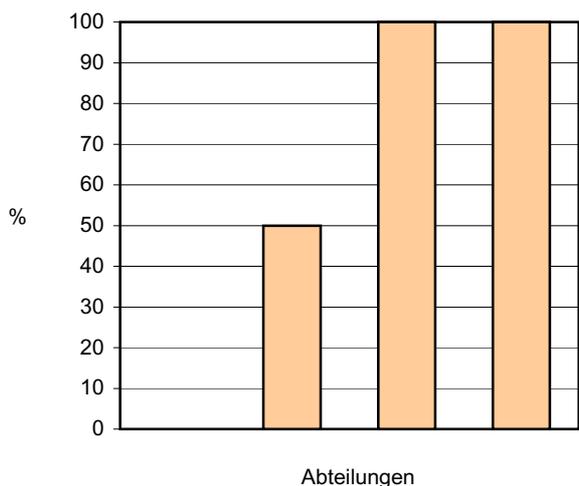
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 75,0%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

## Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

**Qualitätsziel:** Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

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

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	7.994 / 8.091 98,8%	7.234 / 7.327 98,7%	760 / 764 99,5%
Vertrauensbereich	98,54% - 99,03%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	6.821 / 7.994 85,3%	6.207 / 7.234 85,8%	614 / 760 80,8%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	1.173 / 7.994 14,7%	1.027 / 7.234 14,2%	146 / 760 19,2%

<sup>1</sup> Angaben eingeschränkt auf plausible Werte und gültige OP-Dauer

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	7.963 / 8.008 99,4% 99,25% - 99,59%	7.231 / 7.274 99,4%	732 / 734 99,7%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:**

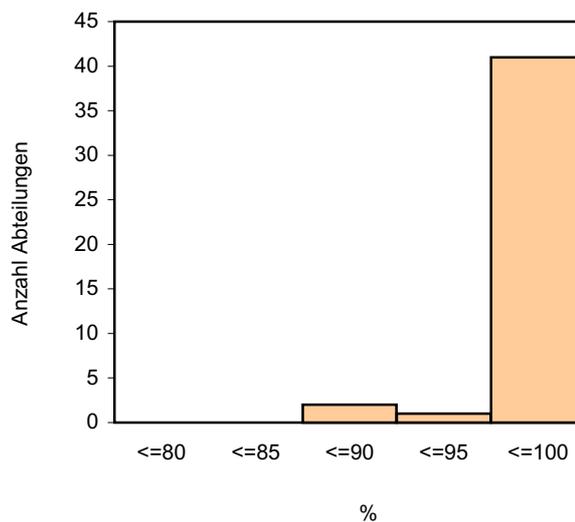
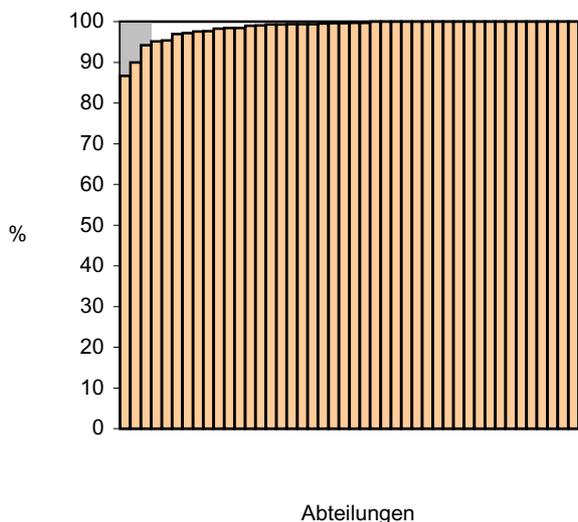
**Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 86,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,6%



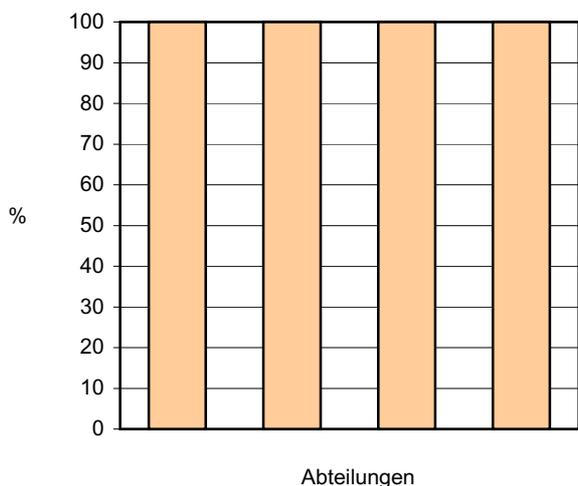
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit plausiblen Angaben zur postoperativen Beweglichkeit<sup>1</sup>

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)			5.111 / 7.820	65,4%
Patienten mit geringem postoperativem Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			6.957 / 7.820	89,0%
Patienten mit geringem postoperativem Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)			5.506 / 7.820	70,4%

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten<sup>2</sup>

**Referenzbereich:** >= 3,6% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)			5.111 / 8.091	63,2%
Vertrauensbereich				62,11% - 64,22%
Referenzbereich		>= 3,6%		>= 3,6%

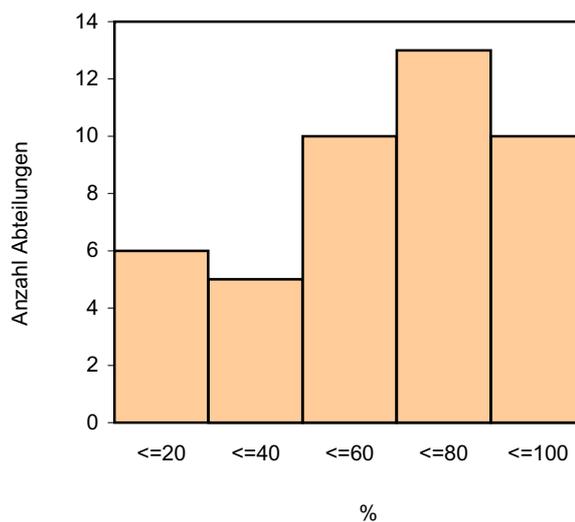
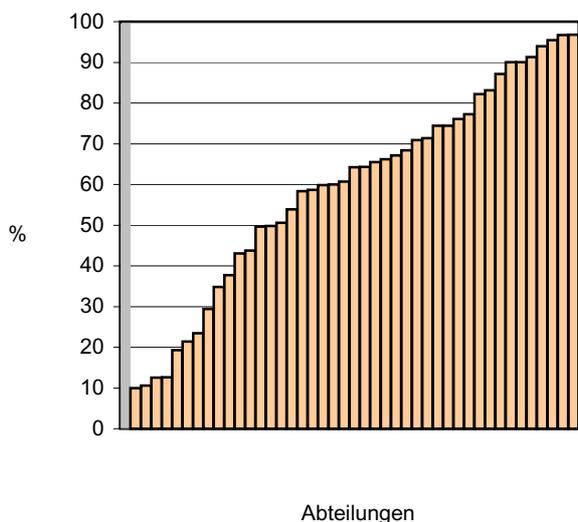
Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)			4.734 / 8.008	59,1%
Vertrauensbereich				58,03% - 60,20%

<sup>1</sup> bezogen auf Patienten mit plausiblen Angaben zur postoperativen Beweglichkeit

<sup>2</sup> d.h. auch Patienten ohne Angaben zur Beweglichkeit oder mit unplausiblen Angaben

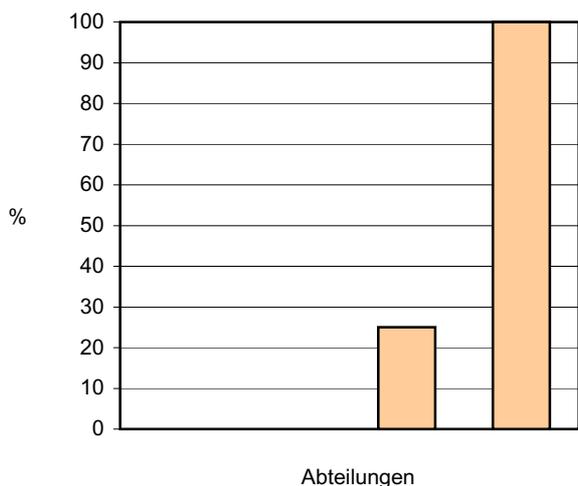
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:**  
**Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) von mindestens 0/0/90 an allen Patienten**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 96,8%  
 Median der Abteilungswerte: 62,5%



44 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: 12,5%



4 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<sup>1</sup>  
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage<sup>1</sup>  
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage<sup>1</sup>  
 Gruppe 4: > 15 Tage<sup>1</sup>

	Abteilung 2005			
	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 2005			
	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)	11 / 21 52,4%	895 / 1.470 60,9%	3.684 / 5.418 68,0%	521 / 911 57,2%

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

### Qualitätsindikator 4: 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 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			8.008 / 8.037	99,6%
Vertrauensbereich				99,48% - 99,76%
Referenzbereich		>= 85%		>= 85%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) <b>NICHT</b> möglich ist,				
davon				
operationsbedingt			1 / 29	3,4%
nicht operationsbedingt			28 / 29	96,6%

Vorjahresdaten	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%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4]:**

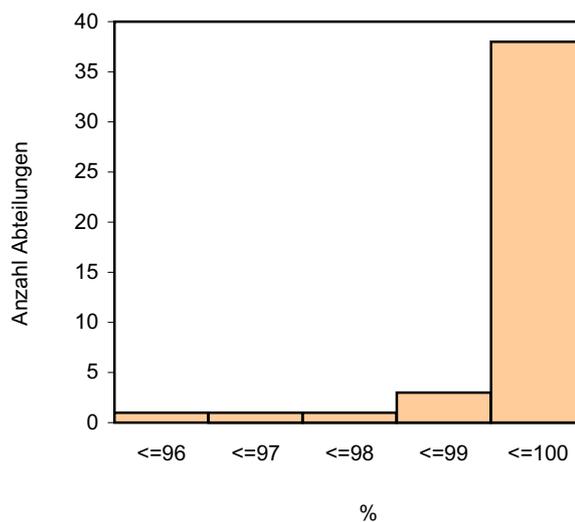
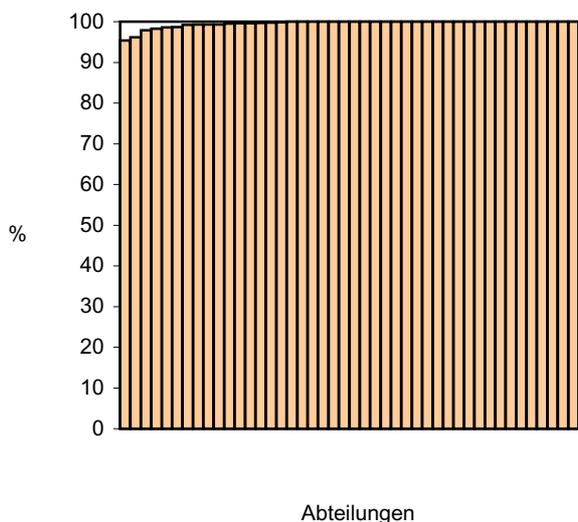
**Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 95,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



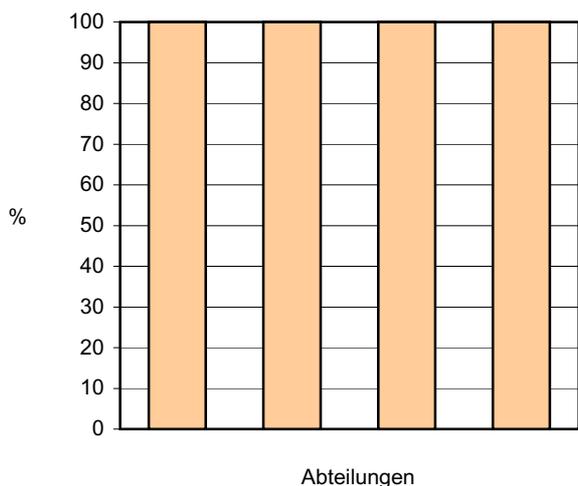
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 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<sup>1</sup>  
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage<sup>1</sup>  
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage<sup>1</sup>  
 Gruppe 4: > 15 Tage<sup>1</sup>

	Abteilung 2005			
	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) <b>NICHT</b> möglich ist, davon operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

	Gesamt 2005			
	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	16 / 19 84,2%	1.541 / 1.544 99,8%	5.538 / 5.550 99,8%	913 / 924 98,8%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) <b>NICHT</b> möglich ist, davon operationsbedingt	0 / 3 0,0%	0 / 3 0,0%	0 / 12 0,0%	1 / 11 9,1%
nicht operationsbedingt	3 / 3 100,0%	3 / 3 100,0%	12 / 12 100,0%	10 / 11 90,9%

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

**Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

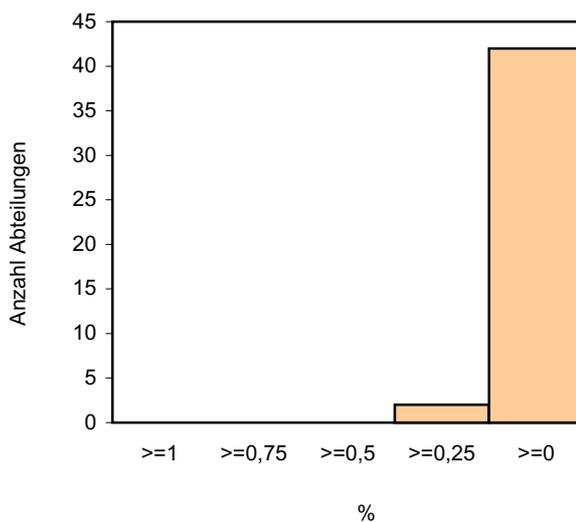
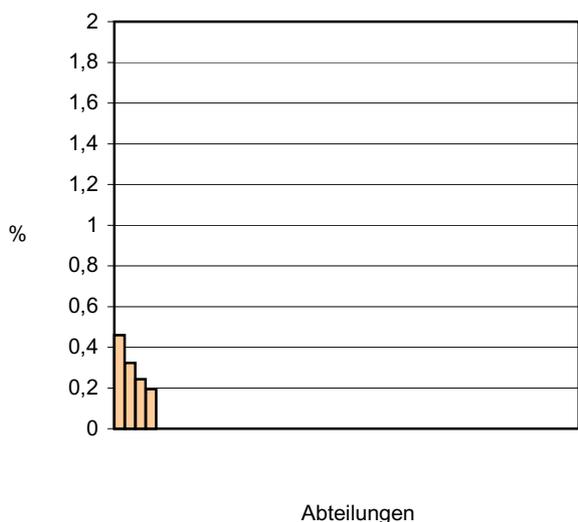
**Referenzbereich:** <= 1%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			5 / 8.091	0,1%
Vertrauensbereich				0,02% - 0,15%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

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

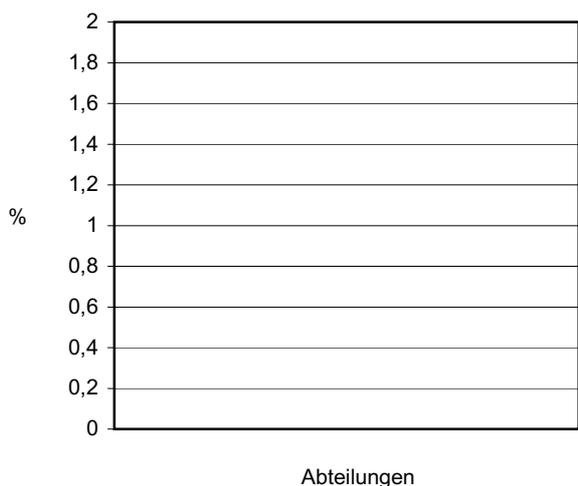
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5]:**  
**Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,5%  
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



44 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%



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

**Qualitätsindikator 6: Nervenschaden**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 1%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			12 / 8.091	0,1%
Vertrauensbereich				0,08% - 0,26%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			18 / 8.008	0,2%
Vertrauensbereich				0,13% - 0,36%

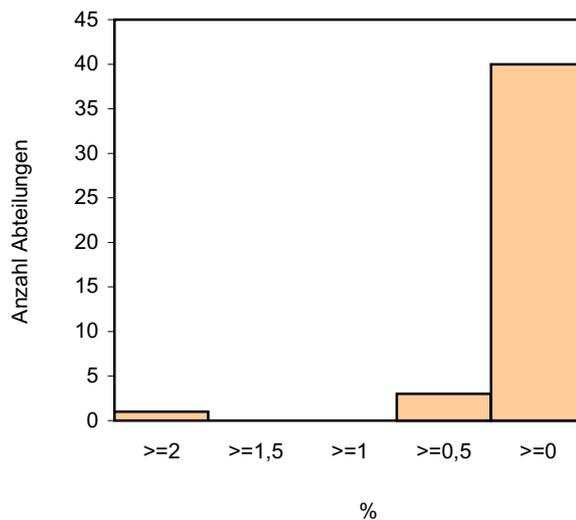
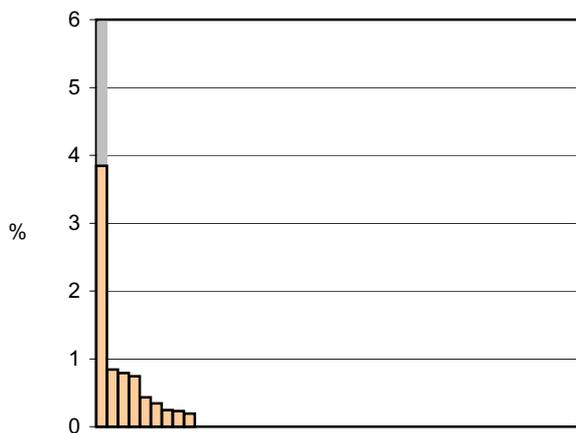
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6]:  
 Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



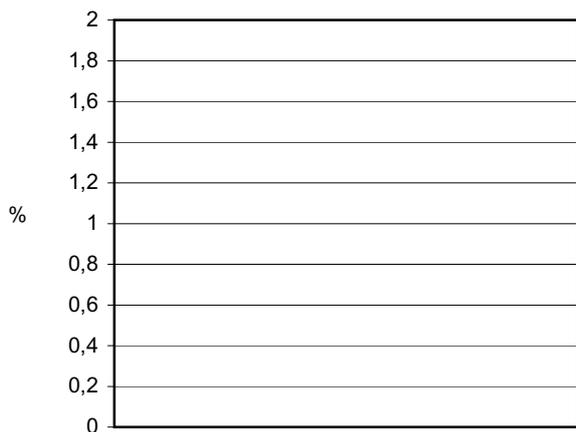
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator 7: Fraktur**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 2%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			7 / 8.091	0,1%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,18%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			11 / 8.008	0,1%
Vertrauensbereich				0,07% - 0,25%

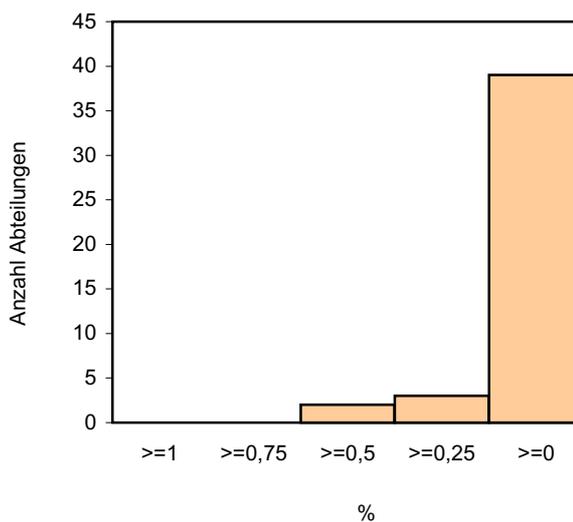
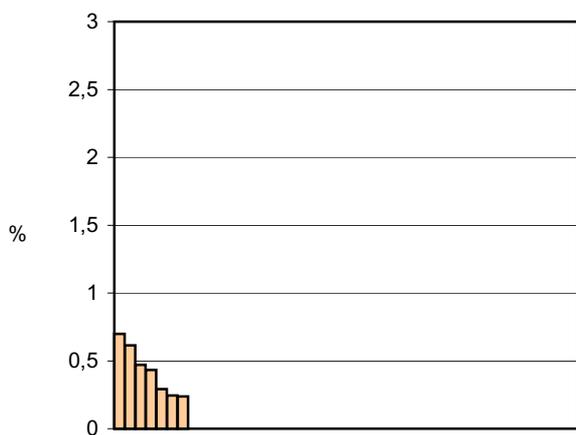
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7]:  
 Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



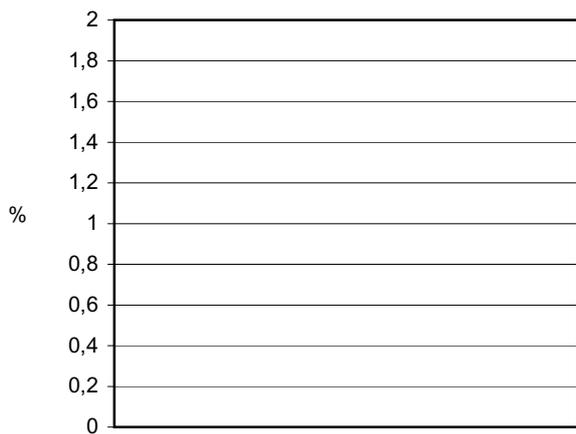
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator 8: Postoperative Wundinfektion

**Qualitätsziel:** Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

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

**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 2%

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))		

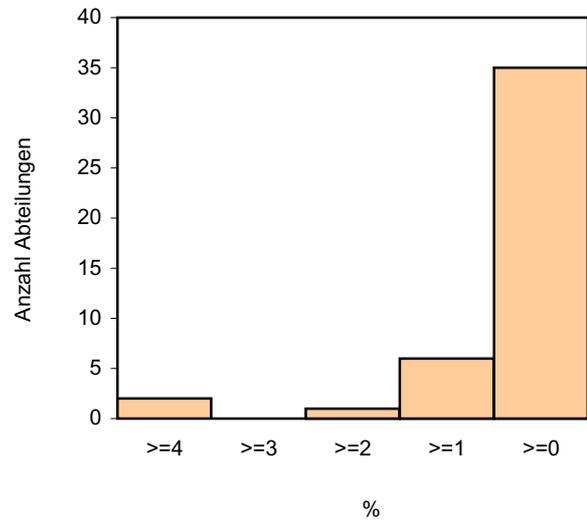
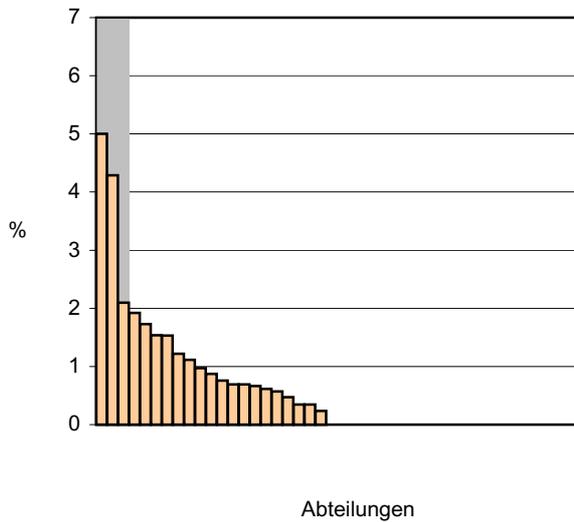
	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	45 / 8.091 0,6%	9 / 1.546 0,6%
Vertrauensbereich	0,41% - 0,74%	
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	27 / 8.091 0,3%	4 / 1.546 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	18 / 8.091 0,2%	5 / 1.546 0,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	70 / 8.008 0,9%	14 / 1.378 1,0%
Vertrauensbereich	0,68% - 1,10%	

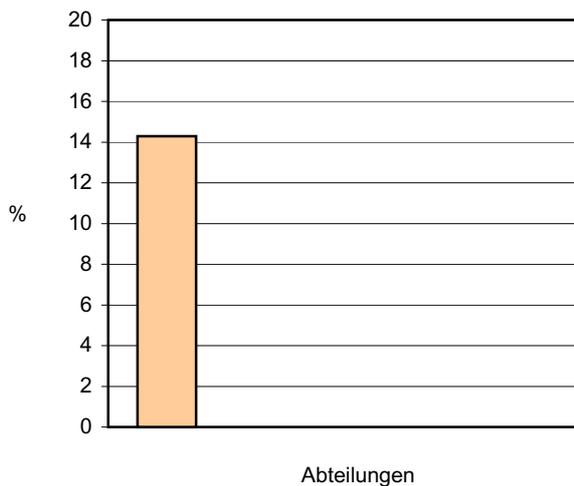
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8]:**  
**Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,0%  
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



44 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%



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

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> 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)

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS<sup>1</sup>

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

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0		
Risikoklasse 1		
Risikoklasse 2		
Risikoklasse 3		

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0	4.297 / 8.091 53,1%	785 / 1.546 50,8%
Risikoklasse 1	3.171 / 8.091 39,2%	647 / 1.546 41,8%
Risikoklasse 2	622 / 8.091 7,7%	113 / 1.546 7,3%
Risikoklasse 3	1 / 8.091 0,0%	1 / 1.546 0,1%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control  
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,  
 Operative Procedure, and Patient Risk Index  
 Am J Med 91:152 (1991)

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 0

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

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	19 / 4.297 0,4%	2 / 785 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	12 / 4.297 0,3%	1 / 785 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	5 / 4.297 0,1%	1 / 785 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	2 / 4.297 0,0%	0 / 785 0,0%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control  
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,  
 Operative Procedure, and Patient Risk Index  
 Am J Med 91:152 (1991)

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 1

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

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	14 / 3.171 0,4%	3 / 647 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	7 / 3.171 0,2%	0 / 647 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	6 / 3.171 0,2%	2 / 647 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	1 / 3.171 0,0%	1 / 647 0,2%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control  
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,  
 Operative Procedure, and Patient Risk Index  
 Am J Med 91:152 (1991)

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 2

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

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	12 / 622 1,9%	4 / 113 3,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	8 / 622 1,3%	3 / 113 2,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	3 / 622 0,5%	0 / 113 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	1 / 622 0,2%	1 / 113 0,9%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control  
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,  
 Operative Procedure, and Patient Risk Index  
 Am J Med 91:152 (1991)

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 3

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

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 1 0,0%	0 / 1 0,0%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control  
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,  
 Operative Procedure, and Patient Risk Index  
 Am J Med 91:152 (1991)

### Qualitätsindikator 9: Wundhämatome/Nachblutungen

**Qualitätsziel:** Selten Wundhämatome/Nachblutungen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

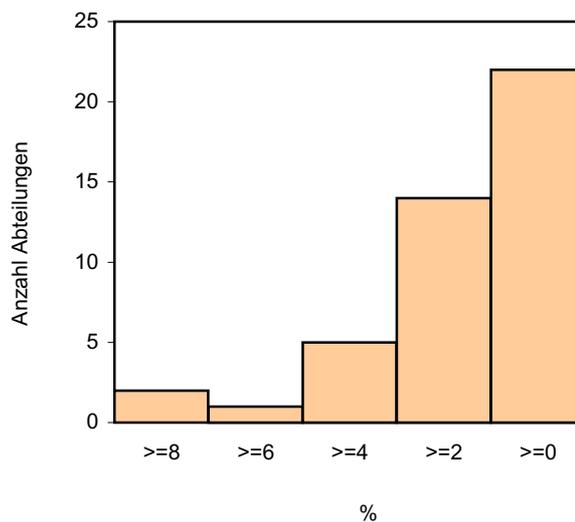
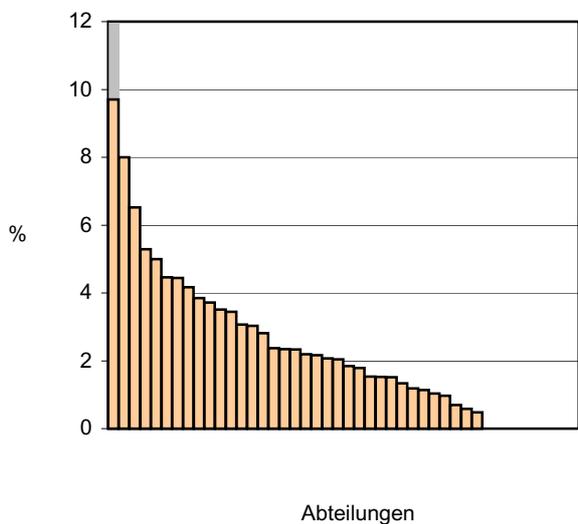
**Referenzbereich:** <= 8,3% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			194 / 8.091	2,4%
Vertrauensbereich				2,08% - 2,76%
Referenzbereich		<= 8,3%		<= 8,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			212 / 8.008	2,6%
Vertrauensbereich				2,31% - 3,02%

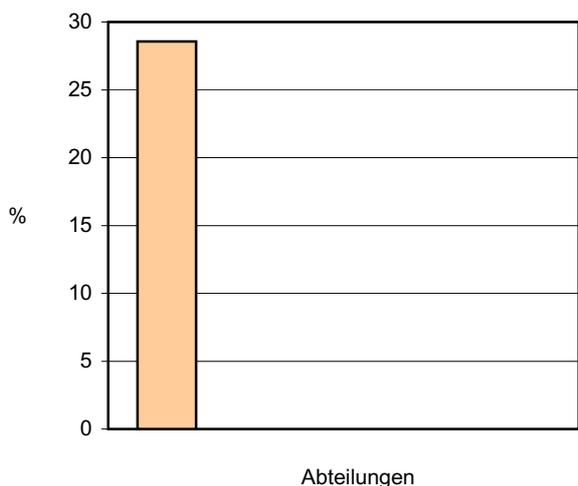
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9]:**  
**Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,7%  
 Median der Abteilungswerte: 1,9%



44 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% - 28,6%  
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 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<sup>1</sup>  
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min<sup>1</sup>  
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min<sup>1</sup>  
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min<sup>1</sup>

	Abteilung 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 1 - 60 min	OP-Dauer 61 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 1 - 60 min	OP-Dauer 61 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	23 / 1.256 1,8%	146 / 6.071 2,4%	18 / 726 2,5%	7 / 38 18,4%

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

**Qualitätsindikator 10: 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:** Gruppe 1: <= 14,3% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	21 / 8.091 0,3%	8 / 5.274 0,2%	13 / 2.816 0,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	101 / 8.091 1,2%	32 / 5.274 0,6%	68 / 2.816 2,4%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	81 / 8.091 1,0%	52 / 5.274 1,0%	29 / 2.816 1,0%
Patienten mit Lungenembolie	10 / 8.091 0,1%	6 / 5.274 0,1%	4 / 2.816 0,1%
Patienten mit sonstiger Komplikation	261 / 8.091 3,2%	128 / 5.274 2,4%	133 / 2.816 4,7%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen	441 / 8.091 5,5%	216 / 5.274 4,1%	224 / 2.816 8,0%
Vertrauensbereich	4,97% - 5,97%		
Referenzbereich	<= 14,3%		

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen	497 / 8.008 6,2%	266 / 5.316 5,0%	231 / 2.692 8,6%
Vertrauensbereich	5,69% - 6,76%		

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10]:**

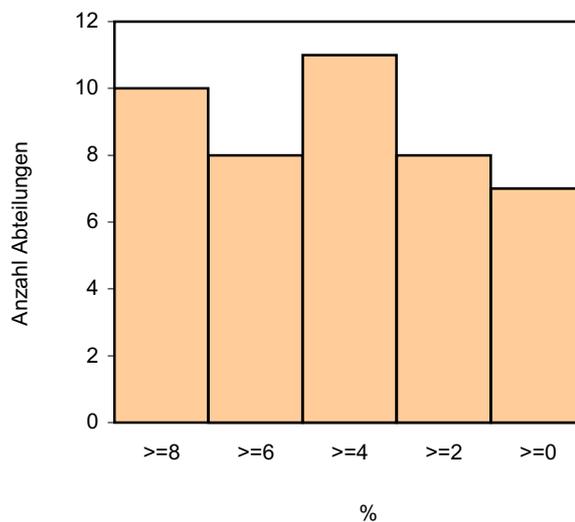
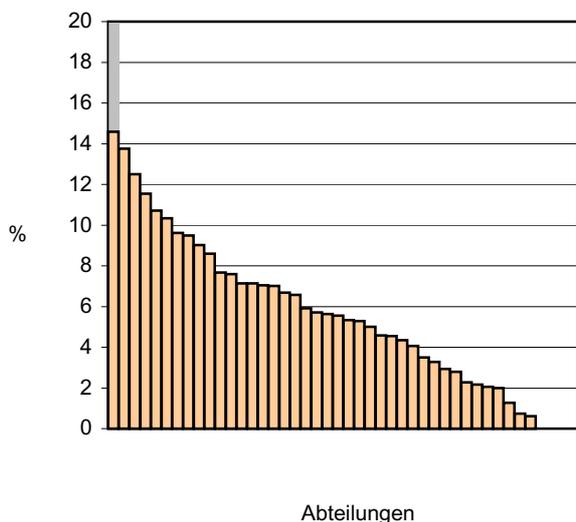
**Anteil von Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,6%

Median der Abteilungswerte: 5,4%



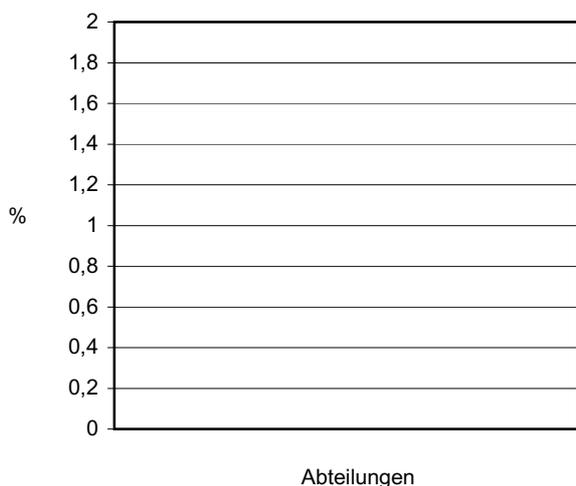
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator 11: Reinterventionen wegen Komplikation

**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation<sup>1</sup>

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 5,7% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation <sup>1</sup>			91 / 8.091	1,1%
Vertrauensbereich				0,91% - 1,38%
Referenzbereich		<= 5,7%		<= 5,7%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation <sup>1</sup>			97 / 8.008	1,2%
Vertrauensbereich				0,98% - 1,48%

<sup>1</sup> Wundhämatom/Nachblutung, Gefäßläsion, Nervenschaden, Fraktur

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11]:**

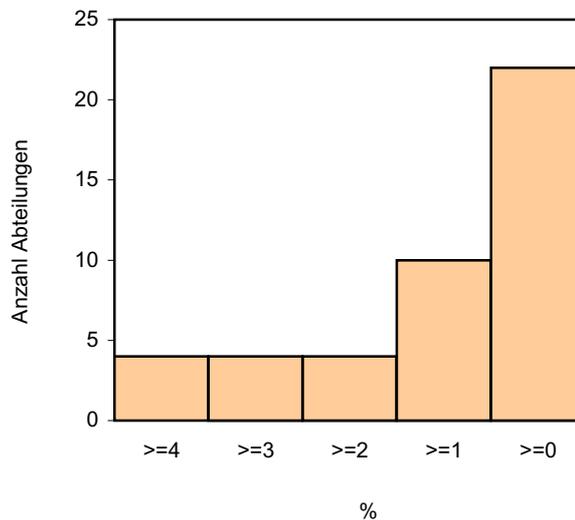
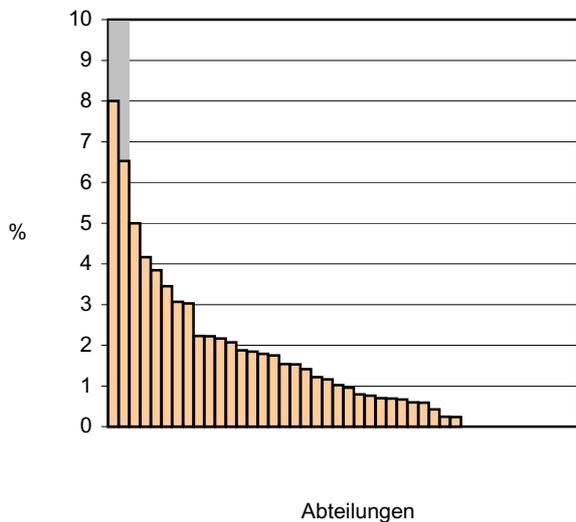
**Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 1,0%



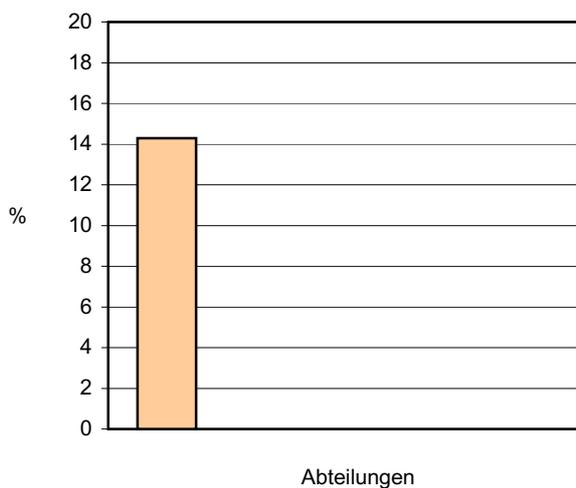
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator 12: Letalität**

**Qualitätsziel:** Geringe Letalität

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			9 / 8.091	0,1%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,21%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			6 / 8.008	0,1%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,16%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12]:**

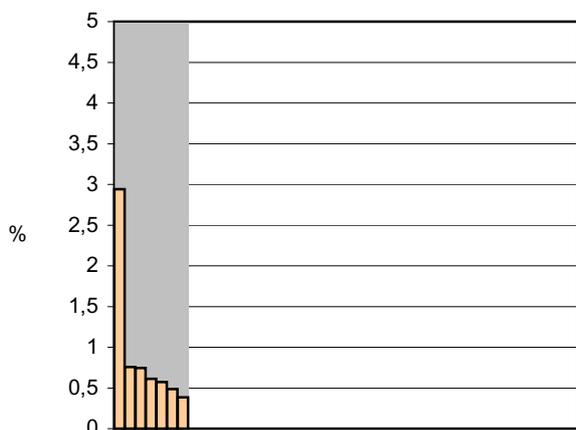
**Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

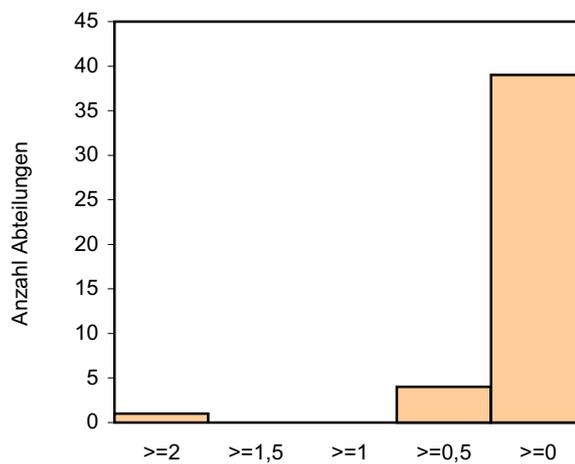
**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,9%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

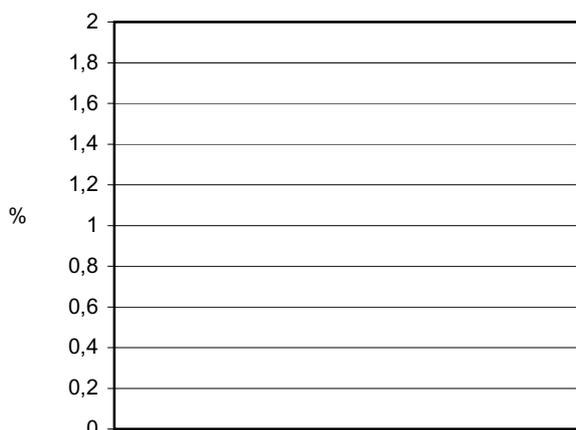
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

4 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 2005			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 5.274 0,0%	5 / 2.764 0,2%	2 / 52 3,8%	0 / 1 0,0%

# Jahresauswertung 2005 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

**Basisauswertung**

**Sachsen Gesamt**

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 48  
Auswertungsversion: 20. April 2006  
Datensatzversion: 17/5 2005 8.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 07. März 2006  
Druckdatum: 25. April 2006  
Nr. Gesamt-3147  
2005 - D4000-L28350-P16805

## Basisdaten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			1.970	24,3	1.819	22,7
2. Quartal			2.096	25,9	2.062	25,7
3. Quartal			1.904	23,5	1.992	24,9
4. Quartal			2.121	26,2	2.135	26,7
Gesamt			8.091		8.008	

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

## Behandlungszeiten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.091		8.008	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				13,0		13,8
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.091		8.008	
Median				14,0		15,0
Mittelwert				14,5		15,7

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2005

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

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				M17.1	5.467	67,6	M17.1	5.093	63,6
2				I10.00	1.747	21,6	Z96.6	1.446	18,1
3				I10.90	1.333	16,5	M17.0	1.398	17,5
4				Z96.6	1.327	16,4	I10.00	1.069	13,3
5				D62	1.199	14,8	M17.9	963	12,0
6				M17.0	1.192	14,7	I10.90	844	10,5
7				M17.9	863	10,7	E66.0	671	8,4
8				E66.0	755	9,3	D62	520	6,5

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM Version 2004 und der ICD-10-GM Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**OPS Version 2005<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert
2	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
5	5-822.10	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert

**OPS Version 2005**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

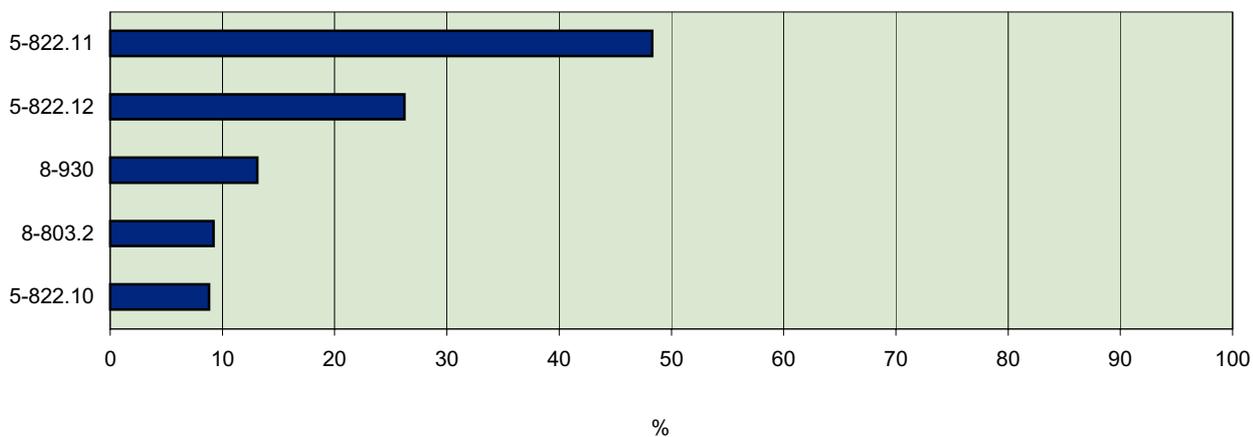
	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-822.11	3.907	48,3	5-822.11	3.770	47,1
2				5-822.12	2.122	26,2	5-822.12	2.180	27,2
3				8-930	1.057	13,1	8-803.2	772	9,6
4				8-803.2	747	9,2	5-822.10	765	9,6
5				5-822.10	712	8,8	5-822.21	721	9,0

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

**OPS Version 2005 (Gesamt 2005)**



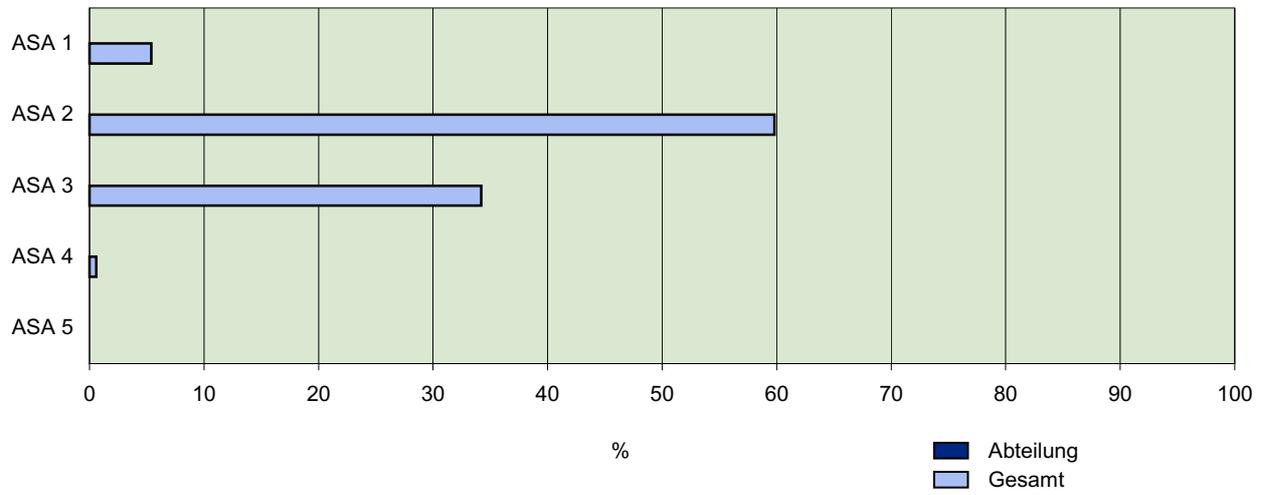
**OPS Version 2005**

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			3 / 8.091	0,0	3 / 8.008	0,0
5-986 Minimalinvasive Technik			14 / 8.091	0,2	0 / 8.008	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			1 / 8.091	0,0	0 / 8.008	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			525 / 8.091	6,5	275 / 8.008	3,4

**Patienten**

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.090 / 8.090		8.008 / 8.008	
< 40 Jahre			8 / 8.090	0,1	7 / 8.008	0,1
40 - 59 Jahre			807 / 8.090	10,0	754 / 8.008	9,4
60 - 79 Jahre			6.369 / 8.090	78,7	6.380 / 8.008	79,7
80 - 89 Jahre			894 / 8.090	11,1	855 / 8.008	10,7
>= 90 Jahre			12 / 8.090	0,1	12 / 8.008	0,1
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.090		8.008	
Median				71,0		71,0
Mittelwert				70,4		70,4
<b>Geschlecht</b>						
männlich			2.393	29,6	2.346	29,3
weiblich			5.698	70,4	5.662	70,7
<b>Zu operierende Seite</b>						
rechts			4.165	51,5	4.203	52,5
links			3.926	48,5	3.805	47,5
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			439	5,4	543	6,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.835	59,8	4.773	59,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.764	34,2	2.642	33,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			52	0,6	50	0,6
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

### Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



### Präoperative Anamnese

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzfreies Gehen (&lt; 20 min)</b>			5.021	62,1	4.932	61,6
<b>Ruhschmerzen</b>			6.798	84,0	6.772	84,6
<b>Schmerzen länger als 6 Monate bestehend</b>			7.980	98,6	7.889	98,5
<b>Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen</b>						
nein			711	8,8	736	9,2
bei Bedarf			4.501	55,6	4.272	53,3
regelmäßig			2.879	35,6	3.000	37,5
<b>Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah</b>			1.546	19,1	1.378	17,2

### Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt</b> Anzahl der Patienten			7.555	93,4	7.363	91,9
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.555	100,0	7.330	99,6
<b>Winkel Extension (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				4,7		4,7
<b>Winkel Flexion (Grad)</b> Median				100,0		100,0
Mittelwert				103,6		102,4
<b>Bandinstabilität</b>			2.471	30,5	2.428	30,3
<b>Deformität</b> nein			2.460	30,4	2.261	28,2
X-Stellung			1.359	16,8	1.203	15,0
O-Stellung			4.272	52,8	4.544	56,7

### Röntgendiagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Aufnahme im Stehen zur Achsenbestimmung</b>			6.509	80,4	6.488	81,0

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Osteophyten</b>						
keine oder beginnend						
Eminentia oder						
gelenkseitige Patellapole			1.024	12,7	1.064	13,3
eindeutig			7.067	87,3	6.944	86,7
<b>Gelenkspalt</b>						
nicht oder mäßig verschmälert			263	3,3	398	5,0
häufig verschmälert			3.743	46,3	3.949	49,3
ausgeprägt verschmälert						
oder aufgehoben			4.085	50,5	3.661	45,7
<b>Sklerose</b>						
keine Sklerose			192	2,4	262	3,3
mäßig subchondrale Sklerose			2.788	34,5	3.105	38,8
ausgeprägte						
subchondrale Sklerose			4.463	55,2	4.116	51,4
Sklerose mit Zysten an						
Femur, Tibia, Patella			648	8,0	525	6,6
<b>Deformierung</b>						
keine Deformierung			1.519	18,8	1.425	17,8
Entrundung						
der Femurkondylen			4.882	60,3	4.989	62,3
ausgeprägte Destruktion,						
Deformierung			1.690	20,9	1.594	19,9
<b>Wundkontaminations-</b>						
<b>klassifikation</b>						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.050	99,5	7.960	99,4
bedingt aseptische Eingriffe			36	0,4	41	0,5
kontaminierte Eingriffe			2	0,0	5	0,1
septische Eingriffe			3	0,0	2	0,0

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

		Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>							
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>							
Gruppe 1	0 Punkte			45 / 8.091	0,6	97 / 8.008	1,2
Gruppe 2	1 - 2 Punkte			422 / 8.091	5,2	456 / 8.008	5,7
Gruppe 3	3 - 4 Punkte			2.452 / 8.091	30,3	2.610 / 8.008	32,6
Gruppe 4	5 - 6 Punkte			3.710 / 8.091	45,9	3.635 / 8.008	45,4
Gruppe 5	7 - 8 Punkte			1.462 / 8.091	18,1	1.210 / 8.008	15,1
Gruppe 6	5 - 8 Punkte			6.893 / 8.091	85,2	6.743 / 8.008	84,2

<sup>1</sup> Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

## Operation

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
<b>Schnitt-Nahtzeit (min)</b>						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			8.091		8.008	
Median				83,0		85,0
Mittelwert				86,6		87,1
<b>Medikamentöse Thromboseprophylaxe</b>			8.047	99,5	7.956	99,4
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>						
keine Prophylaxe			97	1,2	45	0,6
mit Prophylaxe			7.994	98,8	7.963	99,4
davon						
single shot			6.821 / 7.994	85,3	6.823 / 7.963	85,7
intraoperative Zweitgabe			95 / 7.994	1,2	176 / 7.963	2,2
öfter			1.078 / 7.994	13,5	964 / 7.963	12,1
<b>Bluttransfusion</b>						
Patienten mit Bluttransfusion			2.493 / 8.091	30,8	2.520 / 8.008	31,5
davon						
Eigenblut			1.157 / 2.493	46,4	1.255 / 2.520	49,8
Fremdblut			1.472 / 2.493	59,0	1.494 / 2.520	59,3
<b>Eigenblut</b>						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			1.157		1.114	
Median				1,0		2,0
Mittelwert				1,5		1,6
<b>Fremdblut</b>						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			1.472		1.395	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				2,2		2,1
<b>Verteilung</b>						
Transfusionseinheiten (TE)						
Eigenblut 1 TE			590	7,3	466	5,8
Eigenblut 2 TE			553	6,8	626	7,8
Eigenblut >= 3 TE			14	0,2	22	0,3
Fremdblut 1 TE			223	2,8	262	3,3
Fremdblut 2 TE			1.028	12,7	916	11,4
Fremdblut >= 3 TE			221	2,7	217	2,7
mindestens 1 TE						
Eigenblut oder Fremdblut			2.493	30,8	2.297	28,7
Eigen- und Fremdblut >= 3 TE			335	4,1	374	4,7

**Operation (Fortsetzung)**

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verwendung eines Cell-Savers</b>			1.699	21,0	1.836	22,9
<b>Zementierung einer Komponente</b>			7.254	89,7	7.032	87,8
davon						
Vakuumzementmischtechnik			1.442 / 7.254	19,9	1.402 / 7.032	19,9

## Verlauf

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen</b>			7.991	98,8	7.952	99,3
<b>Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)</b>						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )			218	2,7	239	3,0
Wundhämatom/Nachblutung			194	2,4	212	2,6
Gefäßläsion			5	0,1	1	0,0
Nervenschaden			12	0,1	18	0,2
Fraktur			7	0,1	11	0,1
<b>Implantatfehlage</b>						
Femur-Komponente			10	0,1	7	0,1
Tibia-Komponente			6	0,1	5	0,1
<b>Patellafehlstellung</b>			16	0,2	21	0,3
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)						
Anzahl der Patienten			45	0,6	70	0,9
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			27 / 45	60,0	44 / 70	62,9
A2 (tiefe Infektion)			14 / 45	31,1	23 / 70	32,9
A3 (Räume/Organe)			4 / 45	8,9	3 / 70	4,3
<b>Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich</b>						
Anzahl der Patienten			91	1,1	97	1,2
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</b>						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )			441	5,5	497	6,2
Pneumonie			21	0,3	22	0,3
kardiovaskuläre Komplikation(en)			101	1,2	94	1,2
tiefe Bein-/Beckenvenen-thrombose			81	1,0	77	1,0
Lungenembolie			10	0,1	16	0,2
Sonstige			261	3,2	308	3,8

## Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt</b> Anzahl der Patienten			7.820	96,7	7.500	93,7
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.820	100,0	7.494	99,9
<b>Winkel Extension (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,7		0,8
<b>Winkel Flexion (Grad)</b> Median				90,0		90,0
Mittelwert				86,9		86,9
<b>Treppensteigen möglich</b> (mit Gehhilfe)			7.846	97,0	7.824	97,7
Treppensteigen nicht möglich davon			245	3,0	184	2,3
operationsbedingt nicht möglich			57 / 245	23,3	24 / 184	13,0
<b>Selbständiges Gehen möglich</b> (mit Gehhilfe)			8.050	99,5	7.958	99,4
Selbständiges Gehen nicht möglich davon			41	0,5	50	0,6
operationsbedingt nicht möglich			1 / 41	2,4	1 / 50	2,0
<b>Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich</b>			8.003	98,9	7.943	99,2
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene nicht möglich davon			88	1,1	65	0,8
operationsbedingt nicht möglich			1 / 88	1,1	3 / 65	4,6

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.505	43,3	4.048	50,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			147	1,8	187	2,3
03: aus sonstigen Gründen			1	0,0	3	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,1	5	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			48	0,6	53	0,7
07: Tod			9	0,1	6	0,1
08: Verlegung nach § 14			252	3,1	311	3,9
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.085	50,5	3.372	42,1
10: in Pflegeeinrichtung			12	0,1	8	0,1
11: in Hospiz			2	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			16	0,2	8	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			3	0,0	3	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			1	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	2	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,0	1	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)			1 / 9	11,1	1 / 6	16,7
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			1 / 9	11,1	2 / 6	33,3

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

**Anhang: OPS Version 2005**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.10</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			712 / 8.091	8,8	765 / 8.008	9,6
<b>5-822.11</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			3.907 / 8.091	48,3	3.770 / 8.008	47,1
<b>5-822.12</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			2.122 / 8.091	26,2	2.180 / 8.008	27,2
<b>5-822.20</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			59 / 8.091	0,7	54 / 8.008	0,7
<b>5-822.21</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			695 / 8.091	8,6	721 / 8.008	9,0
<b>5-822.22</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			116 / 8.091	1,4	126 / 8.008	1,6
<b>5-822.30</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			33 / 8.091	0,4	3 / 8.008	0,0

**OPS Version 2005 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.31</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			164 / 8.091	2,0	142 / 8.008	1,8
<b>5-822.32</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilyementiert)			20 / 8.091	0,2	8 / 8.008	0,1
<b>5-822.40</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			2 / 8.091	0,0	7 / 8.008	0,1
<b>5-822.41</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			11 / 8.091	0,1	25 / 8.008	0,3
<b>5-822.42</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilyementiert)			3 / 8.091	0,0	4 / 8.008	0,0
<b>5-822.60</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			13 / 8.091	0,2	2 / 8.008	0,0

**OPS Version 2005 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.61</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Zementiert			173 / 8.091	2,1	129 / 8.008	1,6
<b>5-822.62</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			10 / 8.091	0,1	11 / 8.008	0,1
<b>5-822.70</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Nicht zementiert			3 / 8.091	0,0	2 / 8.008	0,0
<b>5-822.71</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Zementiert			65 / 8.091	0,8	62 / 8.008	0,8
<b>5-822.72</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			1 / 8.091	0,0	1 / 8.008	0,0

# Jahresauswertung 2005 Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

## Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 48  
Auswertungsversion: 20. April 2006  
Datensatzversion: 17/5 2005 8.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 07. März 2006  
Druckdatum: 25. April 2006  
Nr. Gesamt-3147  
2005 - D4000-L28350-P16805

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung <sup>1</sup>	Seite
<b>QI 1: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden</b>						
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung			0,5%	nicht definiert		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung			0,9%	nicht definiert		P1.1
<b>QI 2: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden</b>						
			36,4%	nicht definiert		P1.5
<b>QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4</b>						
			0,0%	Sentinel Event		P1.7

<sup>1</sup> Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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

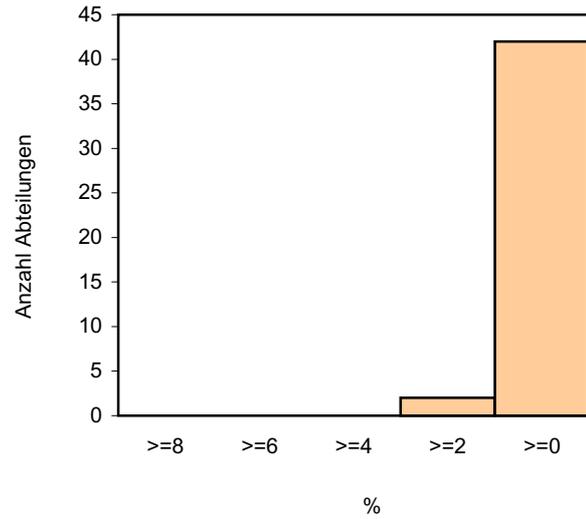
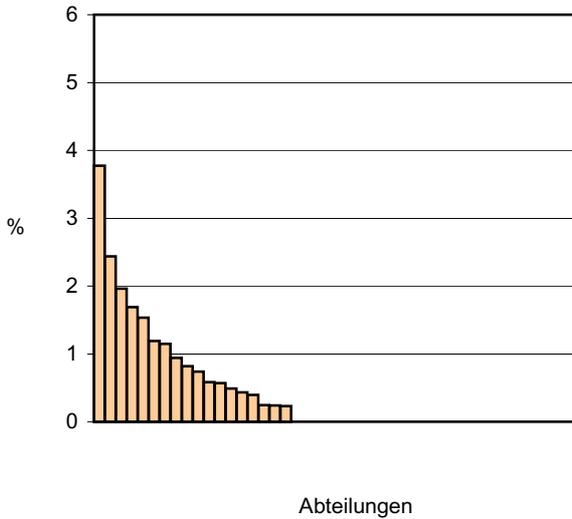
- Qualitätsziel:** Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme
- Referenzbereich:**
- a) Für Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung:  
 Ein Referenzbereich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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			43 / 8.080	0,5%
Vertrauensbereich				0,39% - 0,72%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			75 / 8.080	0,9%
Vertrauensbereich				0,73% - 1,16%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			32 / 75	42,7%
Grad 2			37 / 75	49,3%
Grad 3			6 / 75	8,0%
Grad 4			0 / 75	0,0%
keine Gradangabe			0 / 75	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			8.005 / 8.080	99,1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			27 / 7.994	0,3% 0,22% - 0,49%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			52 / 7.994	0,7% 0,49% - 0,85%

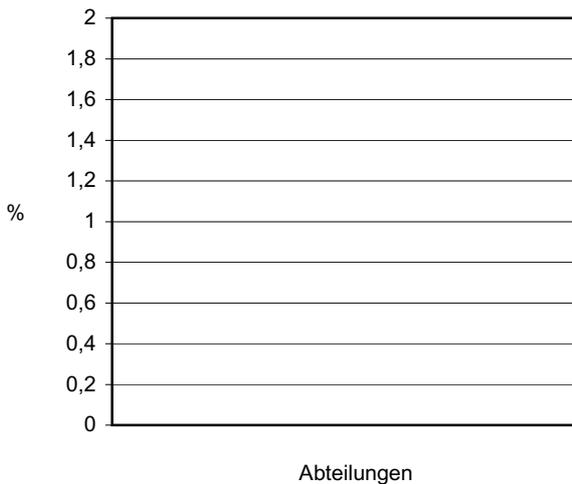
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1a]:**  
**Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,8%  
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



44 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%



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

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1b]:**

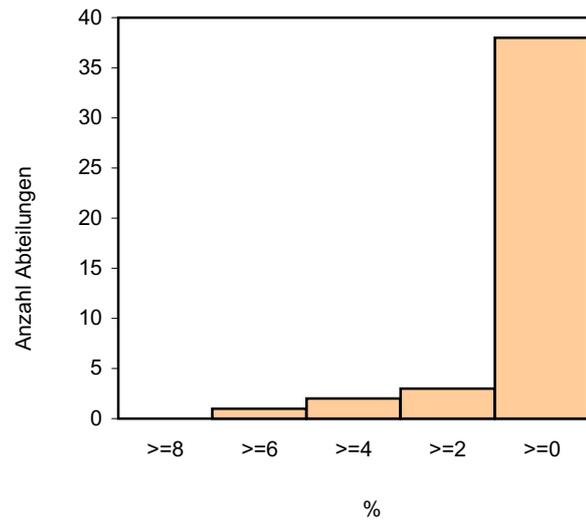
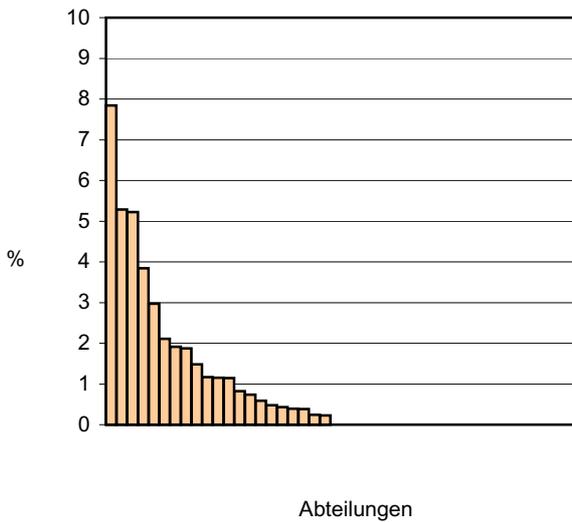
**Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



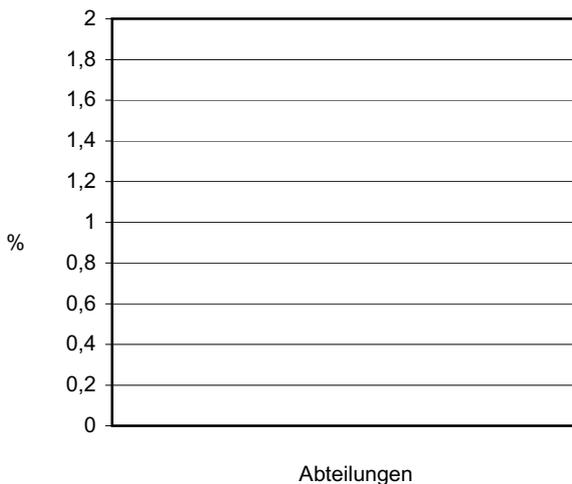
44 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



4 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator 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 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			4 / 11	36,4%
Vertrauensbereich				10,90% - 69,30%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			2 / 4	50,0%
Grad 2			1 / 4	25,0%
Grad 3			1 / 4	25,0%
Grad 4			0 / 4	0,0%
keine Gradangabe			0 / 4	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			7 / 11	63,6%

Vorjahresdaten	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%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:**

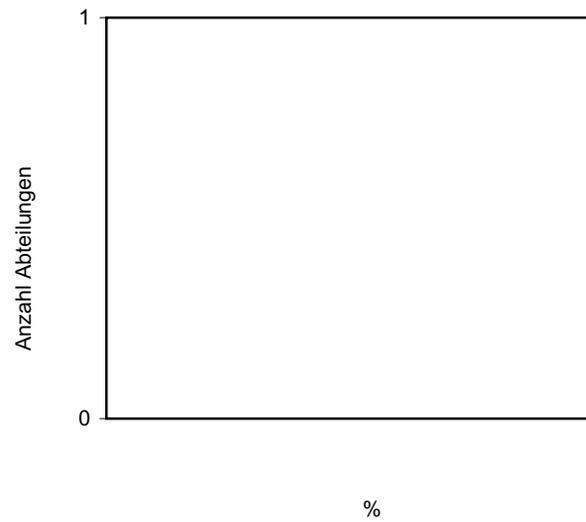
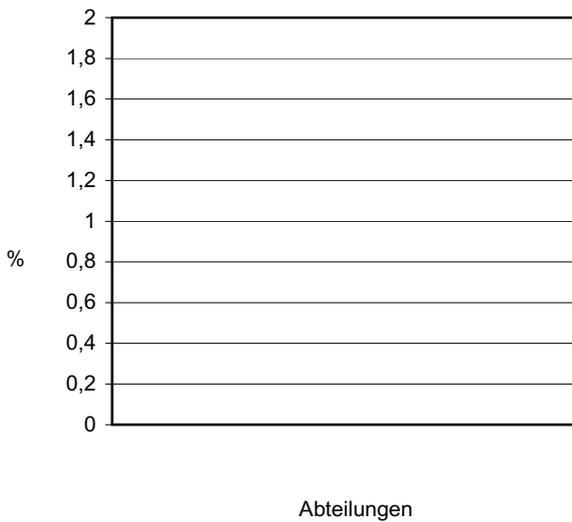
**Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme**

42 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

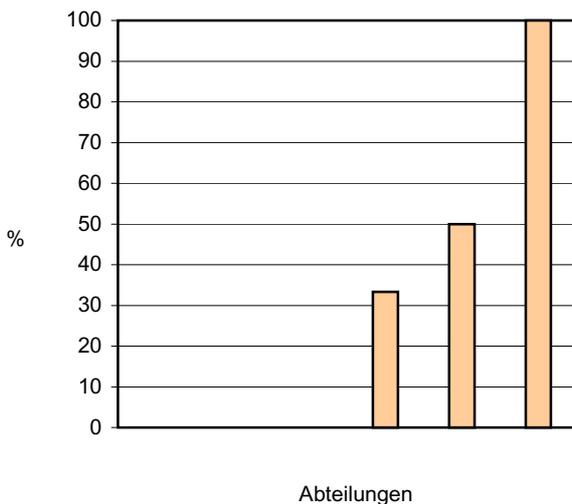


0 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

**Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 16,7%



6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4**

**Qualitätsziel:** Keine neu aufgetretenen Dekubitalulzera Grad 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen werden

**Grundgesamtheit:** Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 8.080	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,05%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

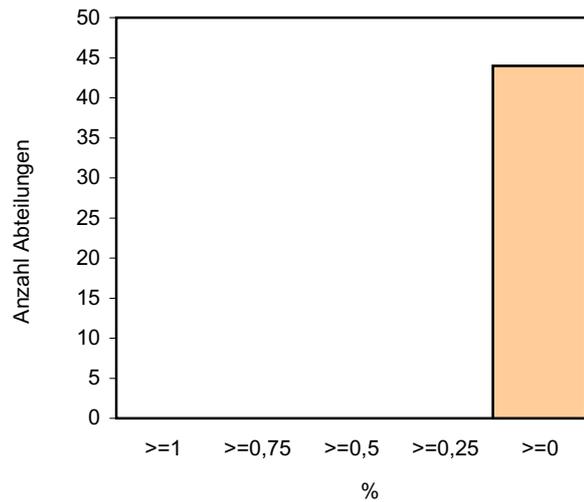
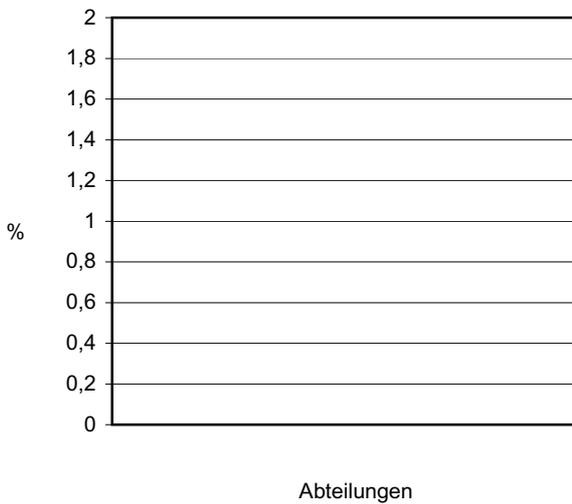
<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 7.994	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,05%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:**

**Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 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:**

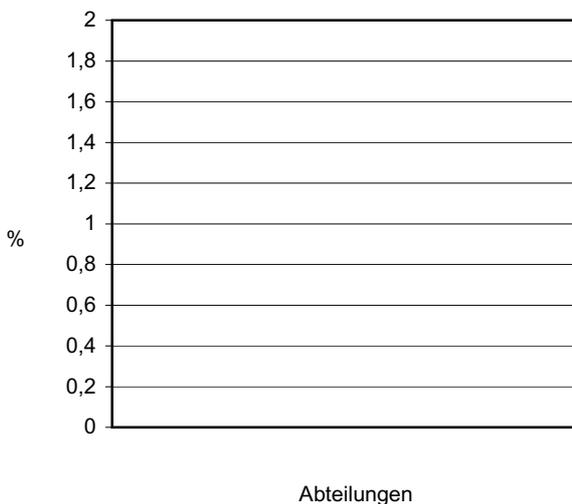
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%  
Median der Abteilungswerte: 0,0%



44 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%



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

Jahresauswertung 2005  
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei  
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 48  
Auswertungsversion: 20. April 2006  
Datensatzversion: 17/5 2005 8.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 07. März 2006  
Druckdatum: 25. April 2006  
Nr. Gesamt-3147  
2005 - D4000-L28350-P16805

## Basisdaten

	Abteilung 2005	Gesamt 2005	Gesamt 2004
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
<b>Anzahl Patienten</b>		8.091	8.008

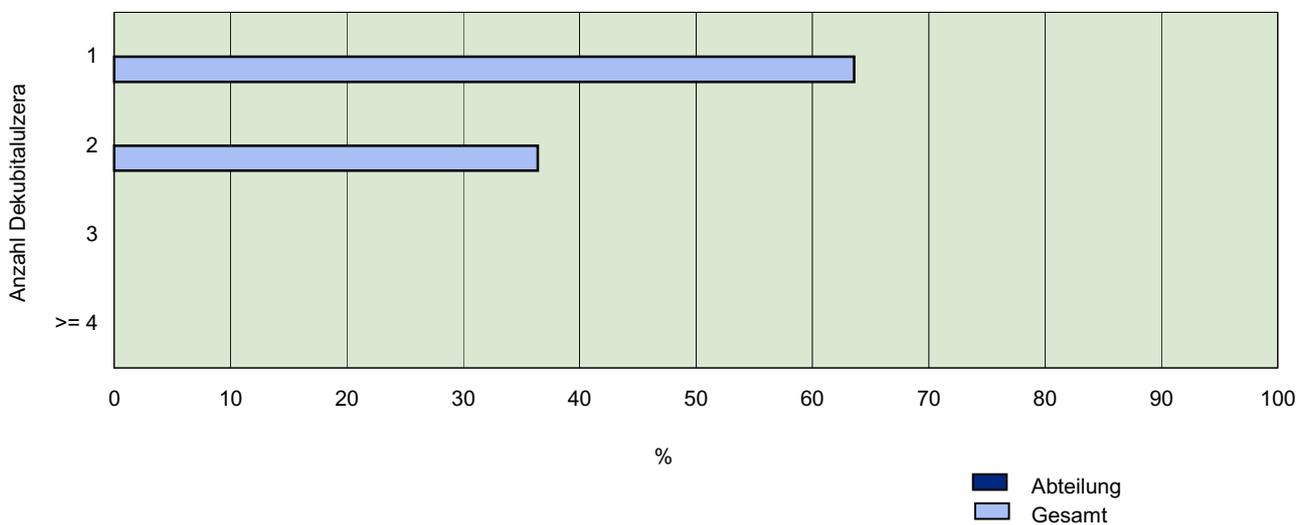
## Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.090 / 8.091		8.008 / 8.008	
< 20 Jahre			1 / 8.090	0,0	0 / 8.008	0,0
20 - 39 Jahre			7 / 8.090	0,1	7 / 8.008	0,1
40 - 59 Jahre			807 / 8.090	10,0	754 / 8.008	9,4
60 - 69 Jahre			2.469 / 8.090	30,5	2.577 / 8.008	32,2
70 - 79 Jahre			3.900 / 8.090	48,2	3.803 / 8.008	47,5
80 - 89 Jahre			894 / 8.090	11,1	855 / 8.008	10,7
>= 90 Jahre			12 / 8.090	0,1	12 / 8.008	0,1
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.090		8.008	
Median				71,0		71,0
Mittelwert				70,4		70,4
<b>Geschlecht</b>						
männlich			2.393	29,6	2.346	29,3
weiblich			5.698	70,4	5.662	70,7
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			439	5,4	543	6,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.835	59,8	4.773	59,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.764	34,2	2.642	33,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			52	0,6	50	0,6
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

### Aufnahme

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme</b>						
ja			11	0,1	14	0,2
nein			8.080	99,9	7.994	99,8
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			15 / 11	1,36	29 / 14	2,07
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			4	36,4	5	35,7
Grad 2:			6	54,5	7	50,0
Grad 3:			1	9,1	2	14,3
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

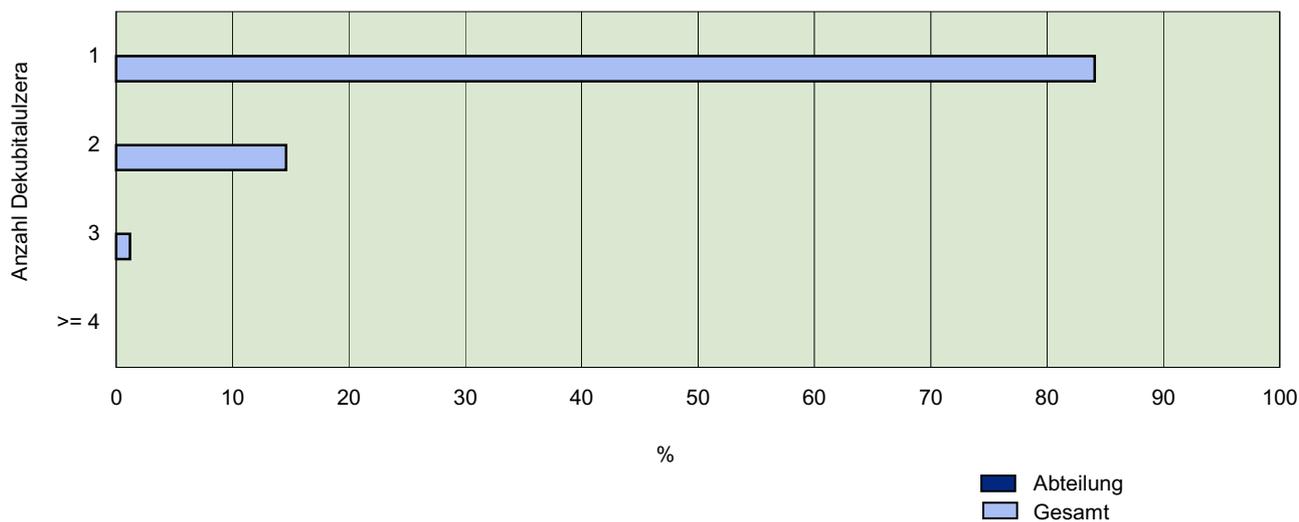
**Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme**



### Entlassung

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung</b>						
ja			82	1,0	61	0,8
nein			8.009	99,0	7.947	99,2
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			96 / 82	1,17	89 / 61	1,46
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			33	40,2	28	45,9
Grad 2:			43	52,4	30	49,2
Grad 3:			6	7,3	3	4,9
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

**Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung**



### Anzahl der Dekubitalulzera

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			11	0,1	14	0,2
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			0 / 11	0,0	2 / 14	14,3
unveränderter Anzahl			7 / 11	63,6	7 / 14	50,0
reduzierter Anzahl			4 / 11	36,4	5 / 14	35,7
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) <sup>1</sup>			-5 / 15	-0,33	-3 / 29	-0,10

<sup>1</sup> In der Prozentspalte steht (Anzahl Dekubitalulcera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulcera bei Aufnahme) / Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme.  
 Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar:  
 (Anzahl Dekubitalulcera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulcera bei Aufnahme) / Dekubitalulcera bei Aufnahme.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			11	0,1	14	0,2
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			86 / 8.080	10,64	63 / 7.994	7,88
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			8.005 / 8.080	99,1	7.942 / 7.994	99,3
1			65 / 8.080	0,8	42 / 7.994	0,5
2			9 / 8.080	0,1	9 / 7.994	0,1
3			1 / 8.080	0,0	1 / 7.994	0,0
4 oder mehr			0 / 8.080	0,0	0 / 7.994	0,0
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus davon:			75 / 8.080	0,9	52 / 7.994	0,7
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient <sup>1</sup>			86 / 75	1,15	63 / 52	1,21

<sup>1</sup> In der Prozentspalte steht die mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient.  
 Die Spalte Anzahl stellt dar: (Anzahl der Dekubitalulzera bei Entlassung / Anzahl Patienten mit neu entstandenem Dekubitalulkus).

## 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:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereich

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15\%$  definiert, d.h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  gelten als auffällig.

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

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Landesdatenpools 2005.

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 oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Jahresauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

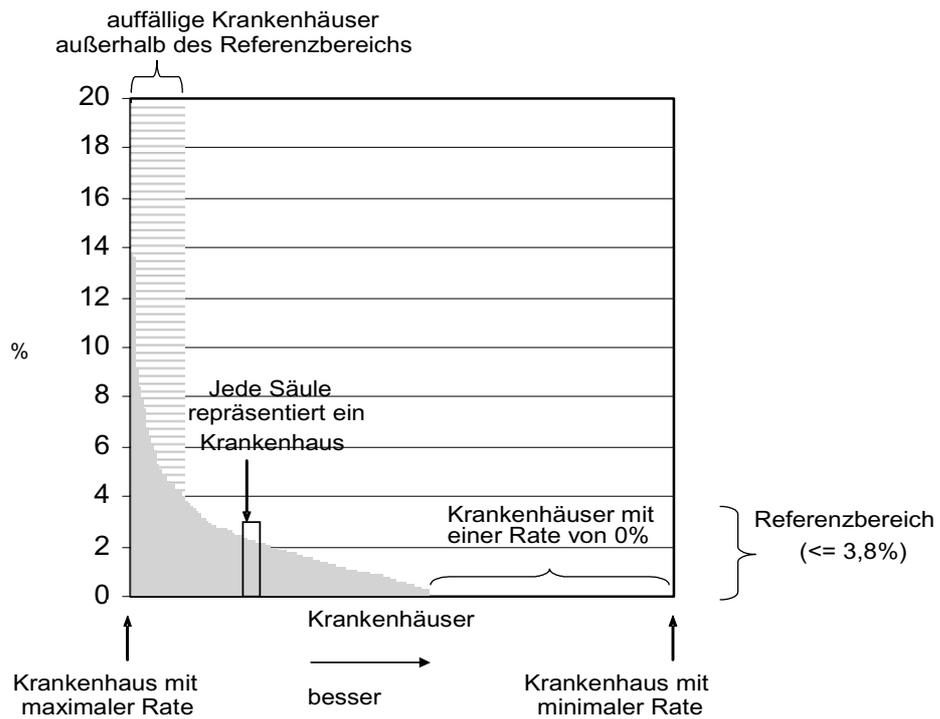
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 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.

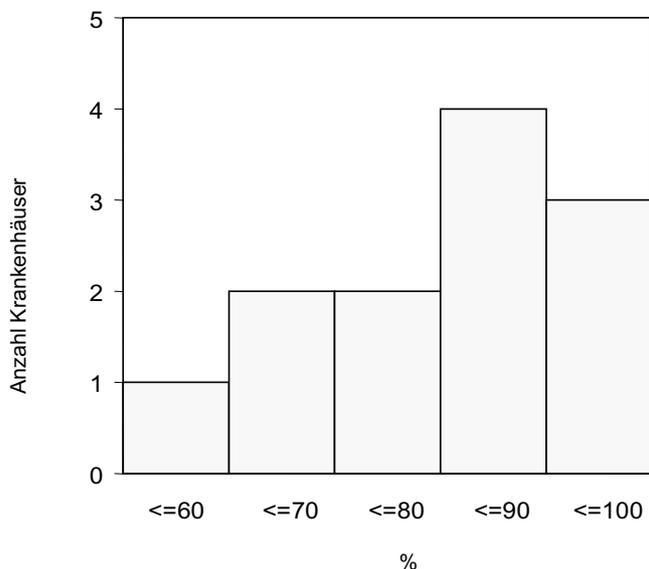
### Beispiel:

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 einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

### **4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen**

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D.h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

### **5. Wechsel der Grundgesamtheit**

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

### **6. Interpretation der Ergebnisse**

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

## 7. Glossar

### **Anteil**

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

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältniszahl

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)**

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den 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 Krankenhausergebnisse**

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

### **Perzentile der Krankenhausergebnisse**

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

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.