

Jahresauswertung 2006 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.367
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/5 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 25. April 2007
Nr. Gesamt-3669
2006 - D5023-L38166-P19847

Jahresauswertung 2006 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.367
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/5 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 25. April 2007
Nr. Gesamt-3669
2006 - D5023-L38166-P19847

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation			88,5%	>= 90%	-1,5%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,2%	>= 95%	4,2%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90			67,7%	>= 80%	-12,3%	1.7
nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			97,5%	>= 80%	17,5%	1.8
QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung			15,5%	nicht definiert		1.12
QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,2%	<= 2%	1,8%	1.15
QI 6: Fraktur			0,2%	<= 2%	1,8%	1.17
QI 7: Postoperative Wundinfektion			0,4%	<= 2%	1,6%	1.19
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen			1,8%	<= 8%	6,2%	1.28
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen			2,1%	<= 6,5%	4,3%	1.31
QI 10: Reinterventionen wegen Komplikationen			1,9%	<= 6%	4,1%	1.34
QI 11: Letalität			0,1%	Sentinel Event		1.36

¹ 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
Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/44534
Referenzbereich: >= 90%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		15 / 8.367	0,2%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		290 / 8.367	3,5%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		2.502 / 8.367	29,9%
Gruppe 4	5 - 6 Punkte		3.883 / 8.367	46,4%
Gruppe 5	7 - 8 Punkte		1.677 / 8.367	20,0%
Gruppe 6	4 - 8 Punkte		7.429 / 8.367	88,8%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			8.298 / 8.367	99,2%
Patienten mit Ruheschmerz			7.182 / 8.367	85,8%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			7.405 / 8.367	88,5%
Vertrauensbereich				87,80% - 89,18%
Referenzbereich				>= 90%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			6.892 / 8.091	85,2% 84,39% - 85,95%

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit der abweichenden Rechenregel 2005 berechnet und sind eingeschränkt mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.

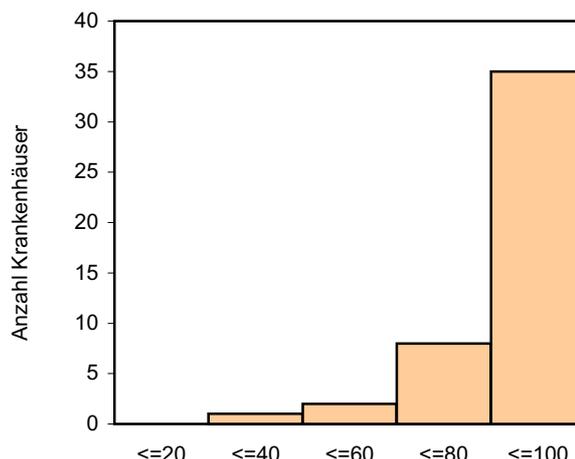
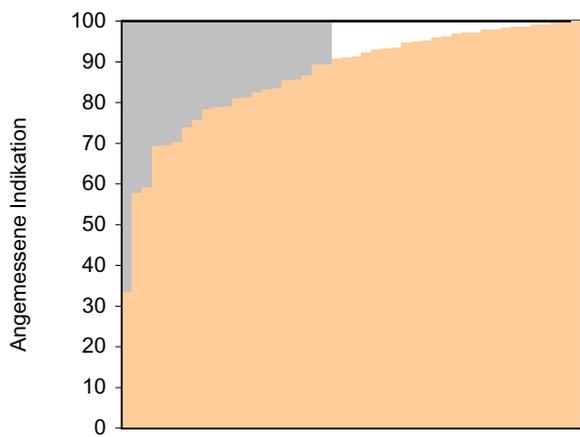
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/44534]:
 Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten
 Kellgren- und Lawrence-Score an allen Patienten**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 33,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,1%



Krankenhäuser

%

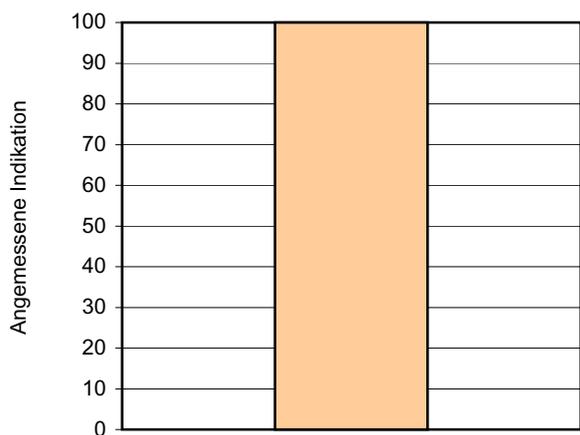
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten¹
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min¹
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2006/17n5-KNIE-TEP/44535

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95%

	Krankenhaus 2006		
	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 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	8.304 / 8.367 99,2%	7.520 / 7.580 99,2%	784 / 787 99,6%
Vertrauensbereich	99,04% - 99,42%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	7.292 / 8.304 87,8%	6.660 / 7.520 88,6%	632 / 784 80,6%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	1.012 / 8.304 12,2%	860 / 7.520 11,4%	152 / 784 19,4%

¹ Angaben eingeschränkt auf plausible Werte und gültige OP-Dauer

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	7.994 / 8.091 98,8% 98,54% - 99,03%	7.234 / 7.327 98,7%	760 / 764 99,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/44535]:

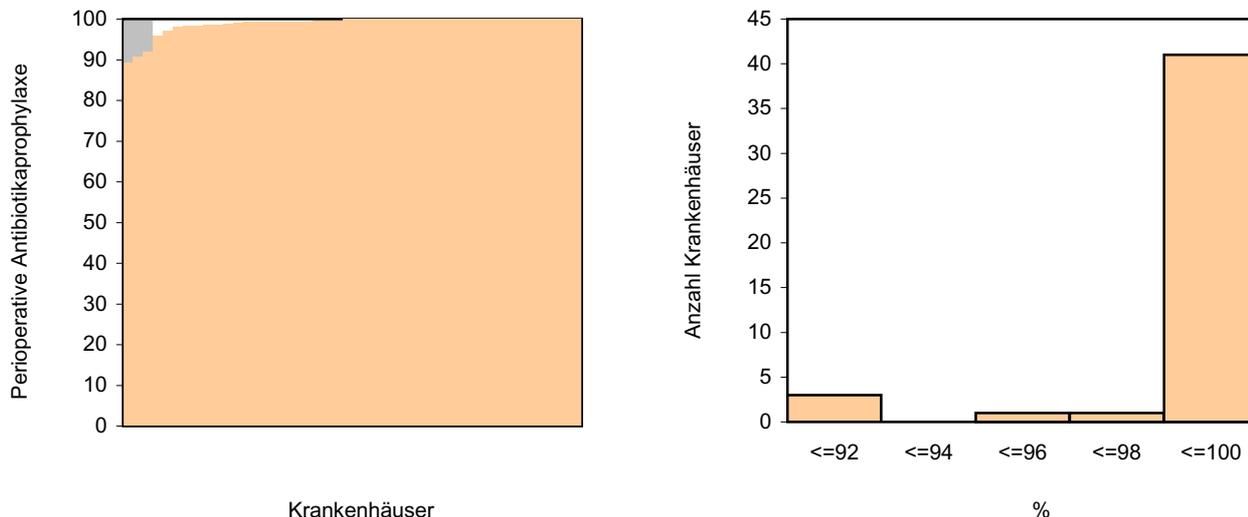
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 89,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



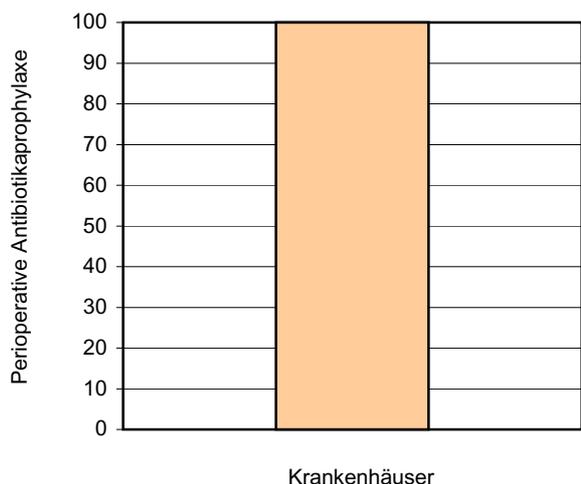
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

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

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

Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/65532

Referenzbereich: >= 80%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			5.523 / 8.160	67,7% 66,66% - 68,70% >= 80%
Patienten mit geringem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			7.403 / 8.160	90,7%
Patienten mit geringem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)			5.954 / 8.160	73,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			5.111 / 7.820	65,4% 64,29% - 66,41%

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/72761
Referenzbereich: >= 80%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			8.160 / 8.367	97,5%
Vertrauensbereich				97,17% - 97,85%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			7.820 / 8.091	96,7%
Vertrauensbereich				96,23% - 97,03%

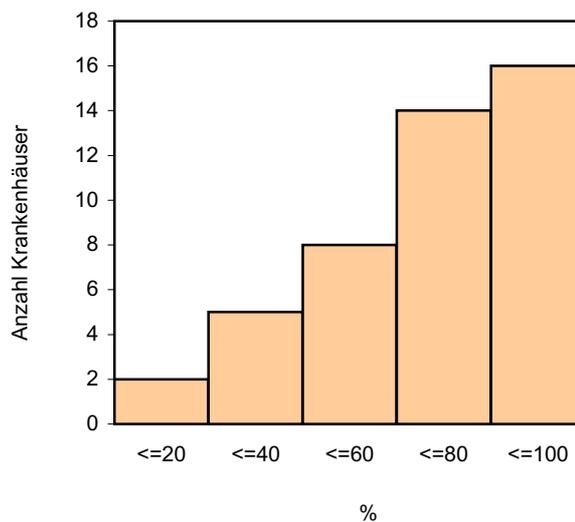
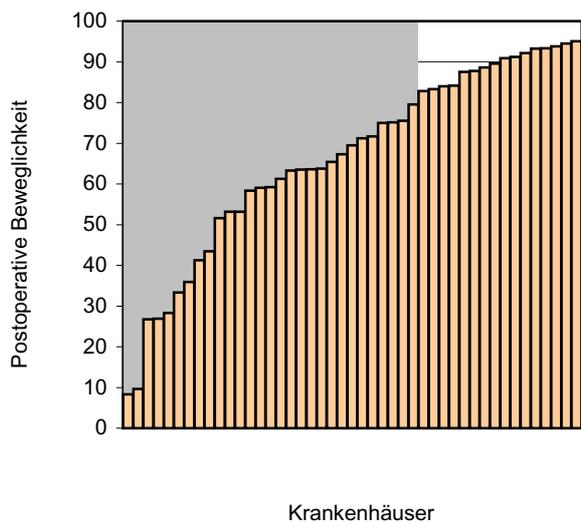
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/65532]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad,
 Beugung mindestens 90 Grad) an allen Patienten mit dokumentierter postoperativer Beweglichkeit
 nach Neutral-Null-Methode**

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 8,3% - 95,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 69,5%



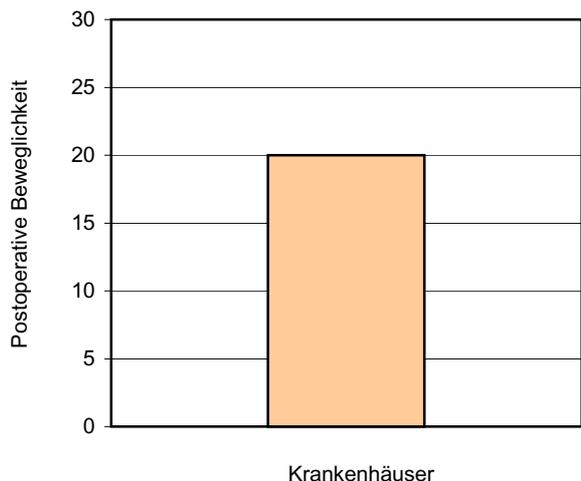
45 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 20,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

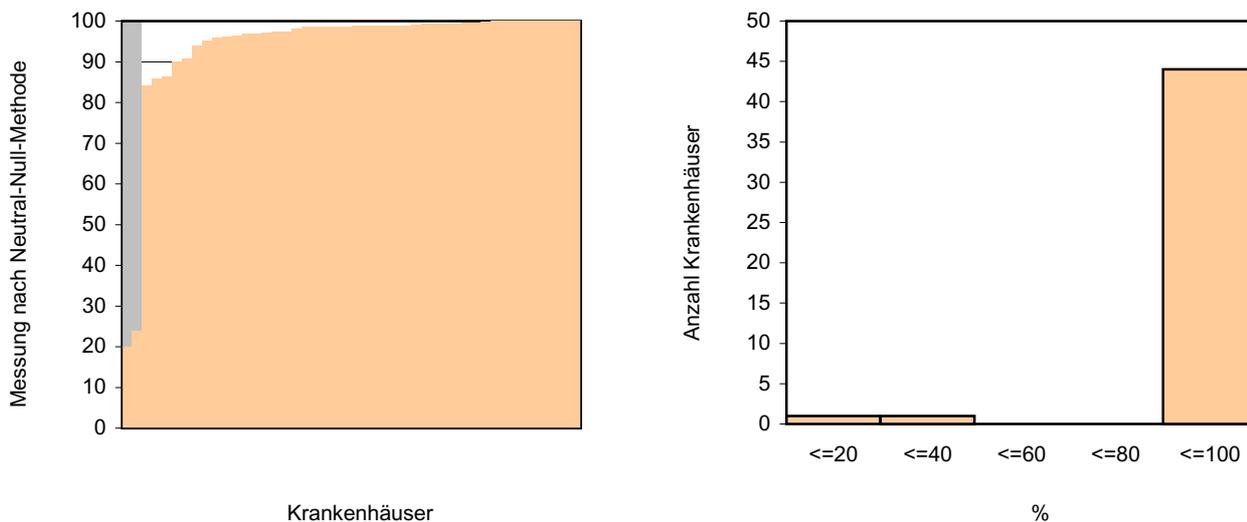
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/72761]:
 Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit
 an allen Patienten**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 20,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,8%



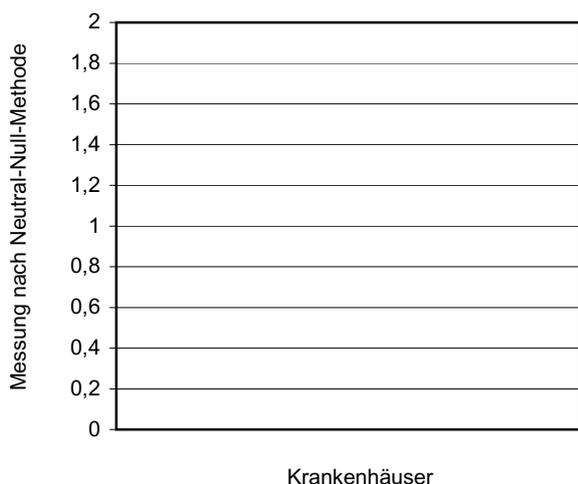
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Grundgesamtheit: Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit und postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: < 5 Tage¹
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage
 Gruppe 4: > 15 Tage¹

	Krankenhaus 2006			
	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 2006			
	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 / 16 68,8%	1.372 / 1.992 68,9%	3.687 / 5.395 68,3%	453 / 757 59,8%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/47366

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung			1.290 / 8.322	15,5%
Vertrauensbereich				14,73% - 16,30%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung			1 / 8.037	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,07%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/47366]:

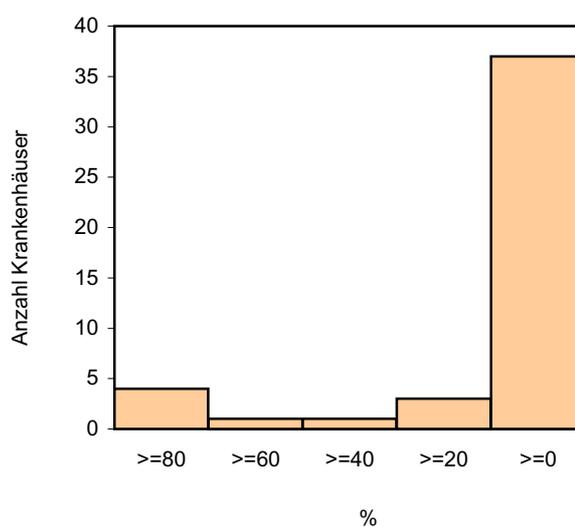
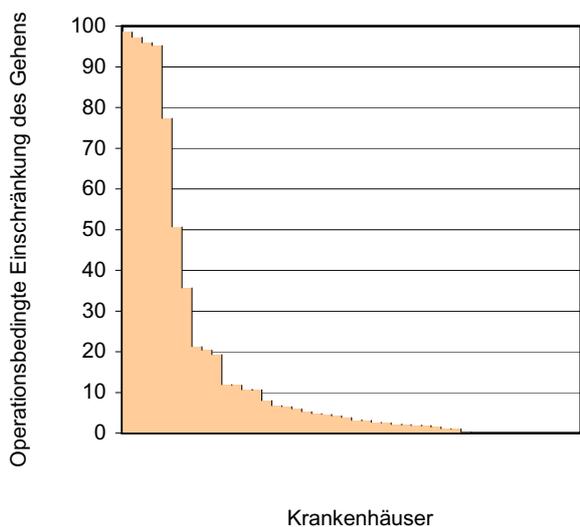
Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 98,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,5%



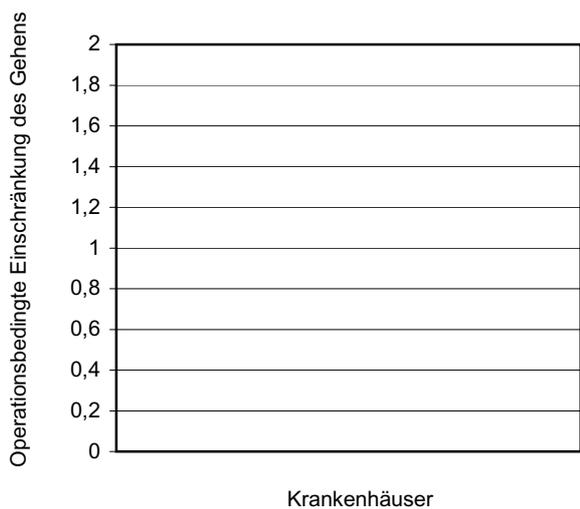
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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 Tage¹
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage
 Gruppe 4: > 15 Tage¹

	Krankenhaus 2006			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung				
	Gesamt 2006			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung	2 / 17 11,8%	298 / 2.041 14,6%	864 / 5.480 15,8%	126 / 784 16,1%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/73715

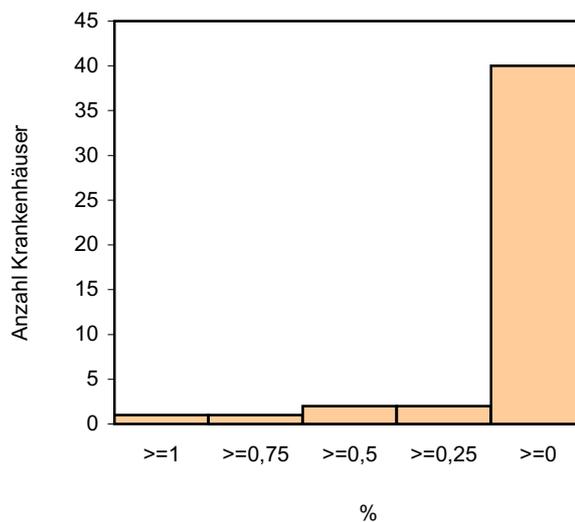
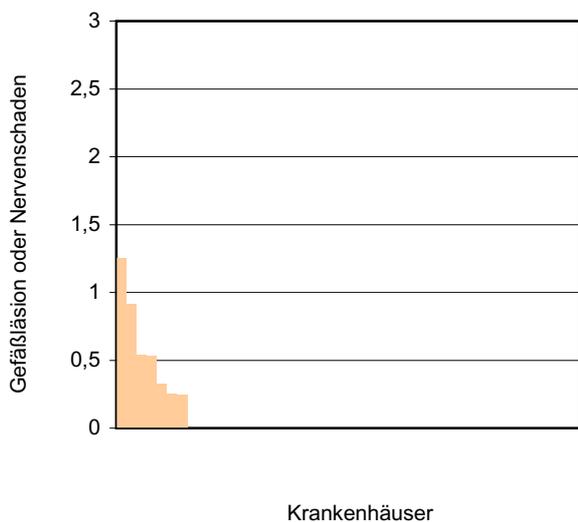
Referenzbereich: <= 2%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 8.367	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			14 / 8.367	0,2%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			15 / 8.367	0,2%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,30%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			17 / 8.091	0,2%
Vertrauensbereich				0,12% - 0,34%

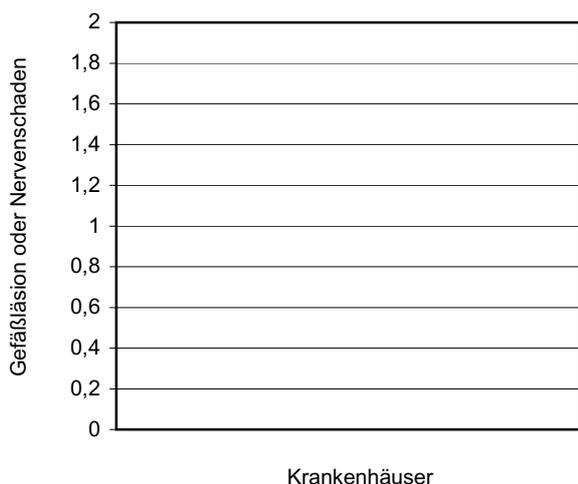
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/73715]:
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder
 postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 1,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

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



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 6: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/47388

Referenzbereich: <= 2%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			18 / 8.367	0,2%
Vertrauensbereich				0,13% - 0,34%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			7 / 8.091	0,1%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,18%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/47388]:

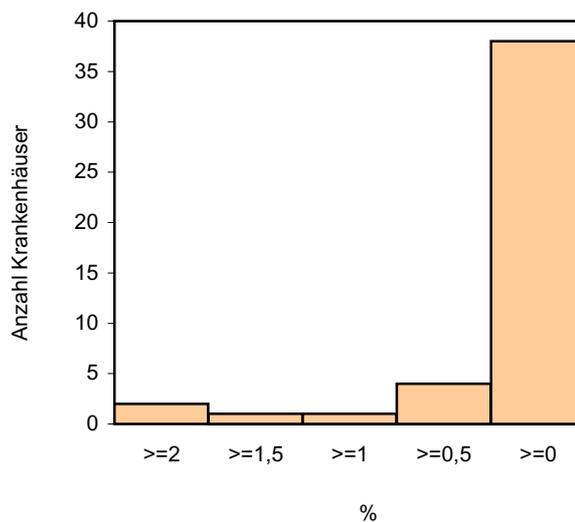
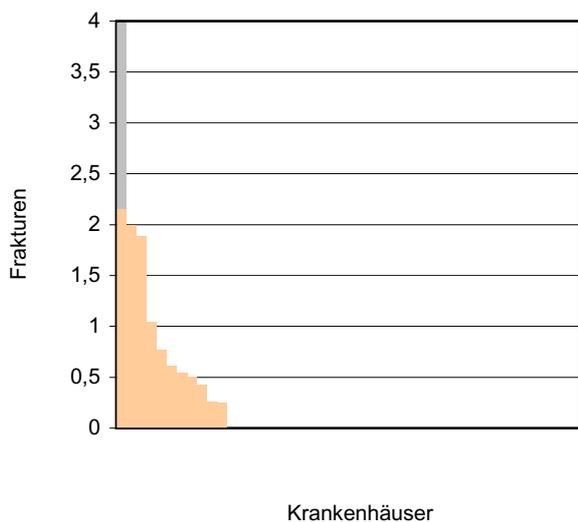
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



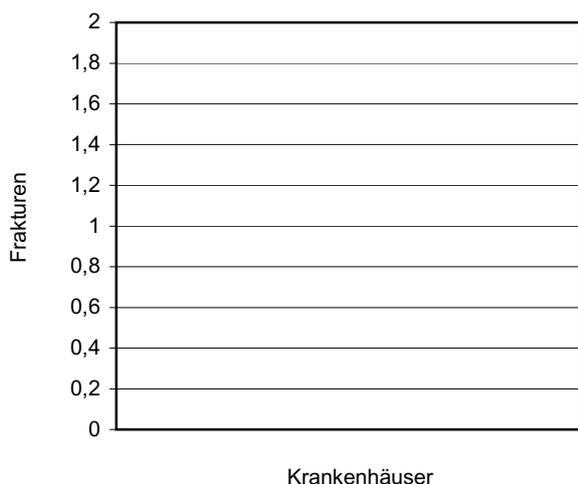
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel:	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2006/17n5-KNIE-TEP/47390
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 2%

	Krankenhaus 2006	
	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 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	31 / 8.367 0,4%	3 / 1.814 0,2%
Vertrauensbereich	0,25% - 0,53%	
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	14 / 8.367 0,2%	1 / 1.814 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	17 / 8.367 0,2%	2 / 1.814 0,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	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%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/47390]:

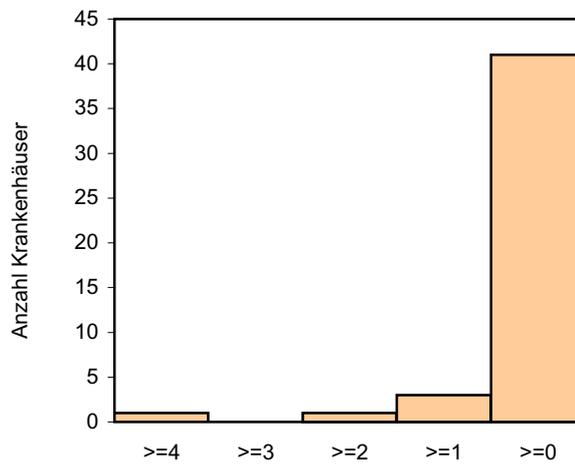
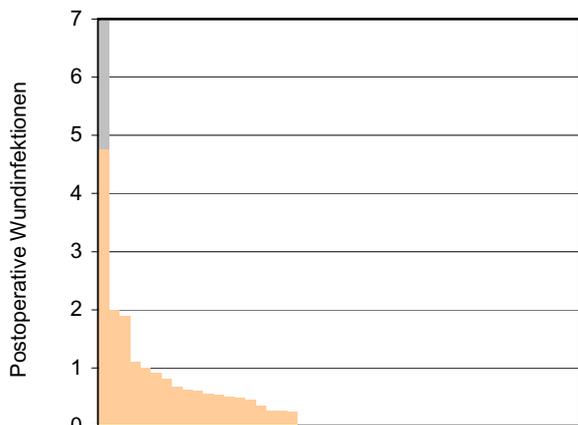
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



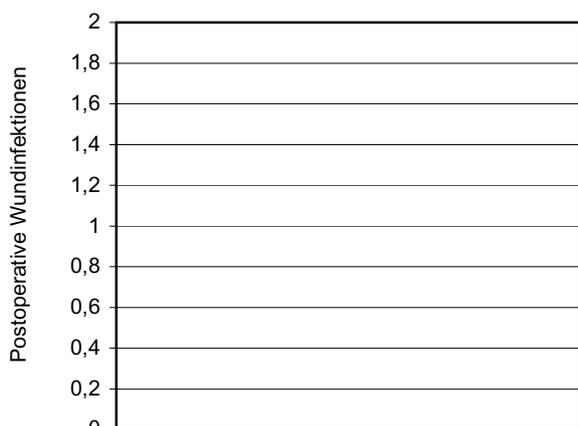
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

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

¹ 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 NNIS¹

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

	Krankenhaus 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0		
Risikoklasse 1		
Risikoklasse 2		
Risikoklasse 3		

	Gesamt 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0	4.396 / 8.367 52,5%	915 / 1.814 50,4%
Risikoklasse 1	3.274 / 8.367 39,1%	742 / 1.814 40,9%
Risikoklasse 2	696 / 8.367 8,3%	157 / 1.814 8,7%
Risikoklasse 3	1 / 8.367 0,0%	0 / 1.814 0,0%

¹ 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 NNIS¹ Risikoklasse 0

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

	Krankenhaus 2006	
	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 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	12 / 4.396 0,3%	1 / 915 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	7 / 4.396 0,2%	1 / 915 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	4 / 4.396 0,1%	0 / 915 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	1 / 4.396 0,0%	0 / 915 0,0%

¹ 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 NNIS¹ Risikoklasse 1

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

	Krankenhaus 2006	
	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 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	13 / 3.274 0,4%	2 / 742 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	6 / 3.274 0,2%	0 / 742 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	5 / 3.274 0,2%	1 / 742 0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	2 / 3.274 0,1%	1 / 742 0,1%

¹ 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 NNIS¹ Risikoklasse 2

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

	Krankenhaus 2006	
	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 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	6 / 696 0,9%	0 / 157 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	1 / 696 0,1%	0 / 157 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	5 / 696 0,7%	0 / 157 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 696 0,0%	0 / 157 0,0%

¹ 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 NNIS¹ Risikoklasse 3

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

	Krankenhaus 2006	
	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 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 1 0,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 1 0,0%	0 / 0

¹ 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)

Qualitätsindikator 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/45036

Referenzbereich: <= 8%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			154 / 8.367	1,8%
Vertrauensbereich				1,56% - 2,15%
Referenzbereich		<= 8%		<= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			194 / 8.091	2,4%
Vertrauensbereich				2,08% - 2,76%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/45036]:

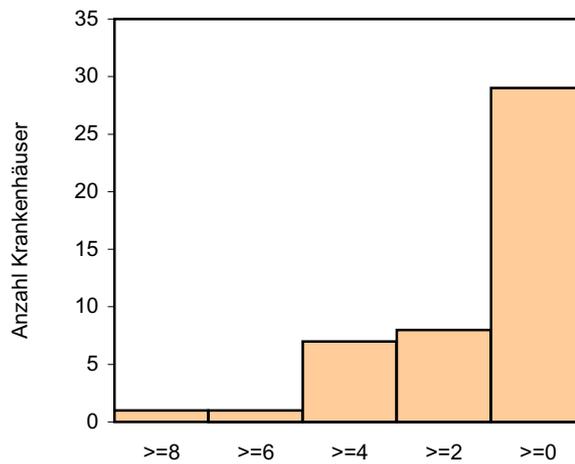
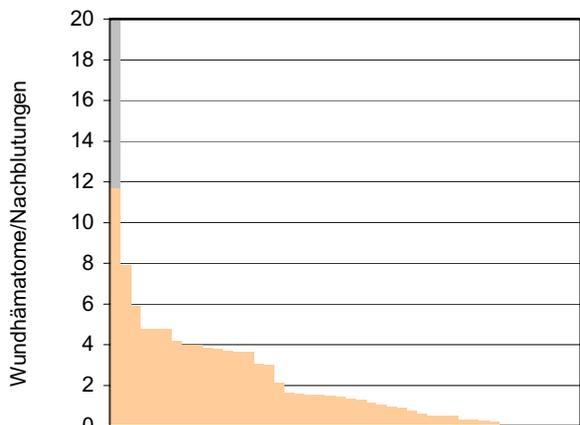
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



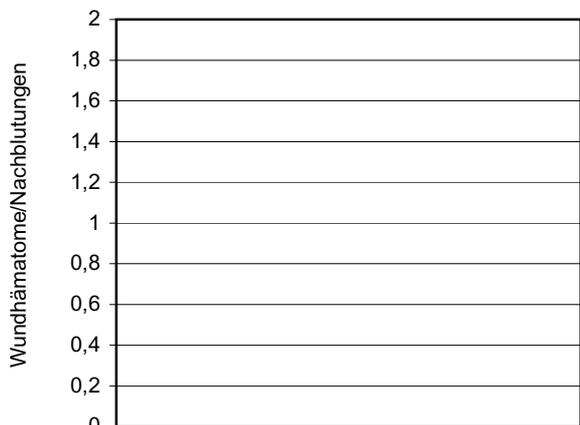
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 60 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min¹

	Krankenhaus 2006			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				
	Gesamt 2006			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	15 / 1.283 1,2%	119 / 6.297 1,9%	20 / 741 2,7%	0 / 46 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 9: 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

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2006/17n5-KNIE-TEP/45138

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 6,5% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	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 (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			

<= 6,5%

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	17 / 8.367 0,2%	8 / 5.410 0,1%	9 / 2.956 0,3%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	75 / 8.367 0,9%	28 / 5.410 0,5%	47 / 2.956 1,6%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	90 / 8.367 1,1%	56 / 5.410 1,0%	34 / 2.956 1,2%
Patienten mit Lungenembolie	13 / 8.367 0,2%	5 / 5.410 0,1%	8 / 2.956 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	224 / 8.367 2,7%	124 / 5.410 2,3%	100 / 2.956 3,4%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	179 / 8.367 2,1% 1,84% - 2,47% <= 6,5%	88 / 5.410 1,6%	91 / 2.956 3,1%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		
	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 (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2005		
	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 (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	201 / 8.091 2,5% 2,16% - 2,85%	96 / 5.274 1,8%	104 / 2.816 3,7%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

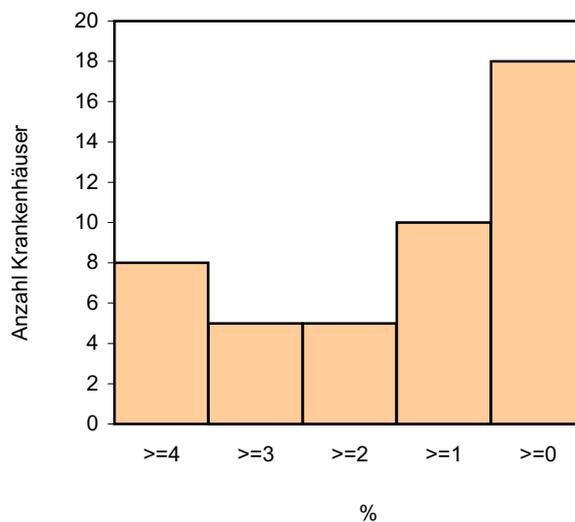
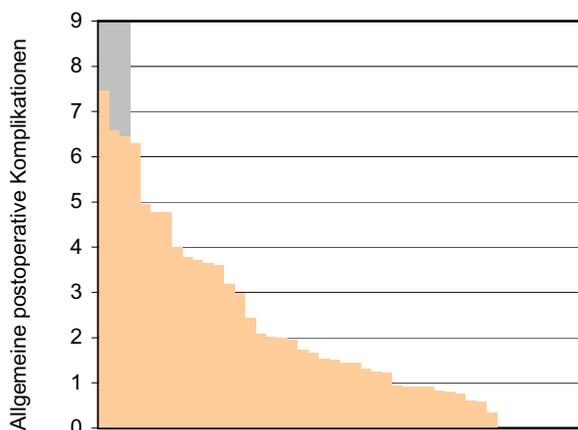
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/45138]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)
 an allen Patienten**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,5%



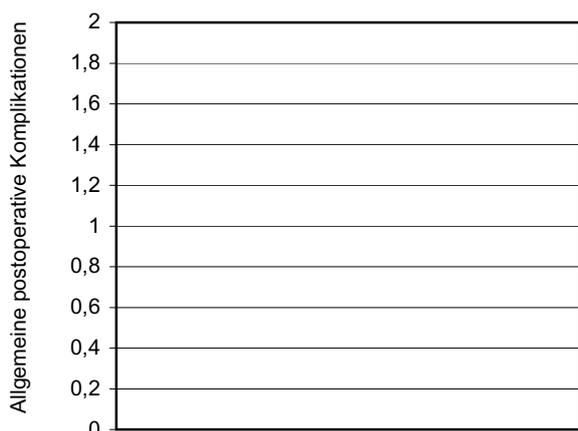
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 10: Reinterventionen wegen Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reintervention wegen Komplikation¹
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/45059
Referenzbereich: <= 6%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation ¹			163 / 8.367	1,9%
Vertrauensbereich				1,66% - 2,27%
Referenzbereich		<= 6%		<= 6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation ¹			91 / 8.091	1,1%
Vertrauensbereich				0,91% - 1,38%

¹ Wundhämatom/Nachblutung, Gefäßläsion, Nervenschaden, Fraktur

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/45059]:

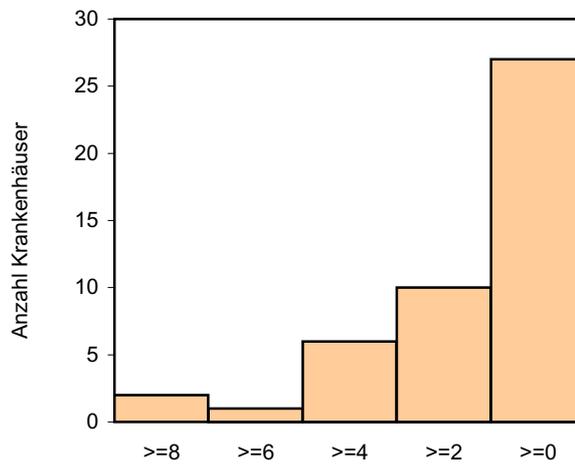
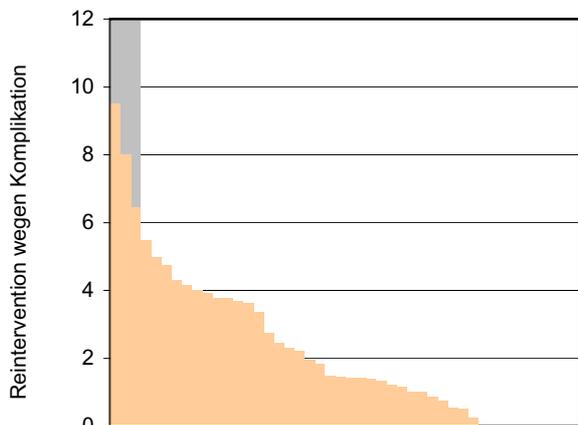
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



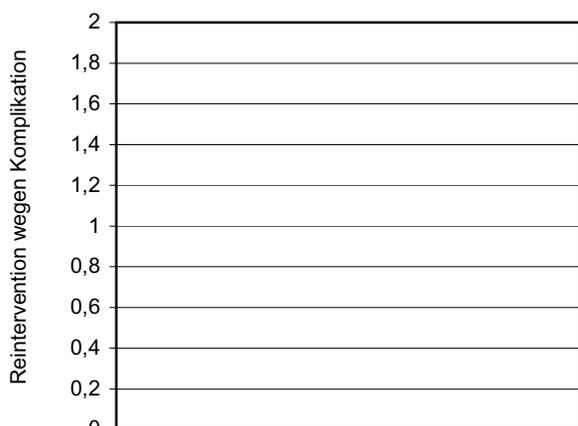
46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 11: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/17n5-KNIE-TEP/45060
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			9 / 8.367	0,1%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,20%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			9 / 8.091	0,1%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,21%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2006/17n5-KNIE-TEP/45060]:

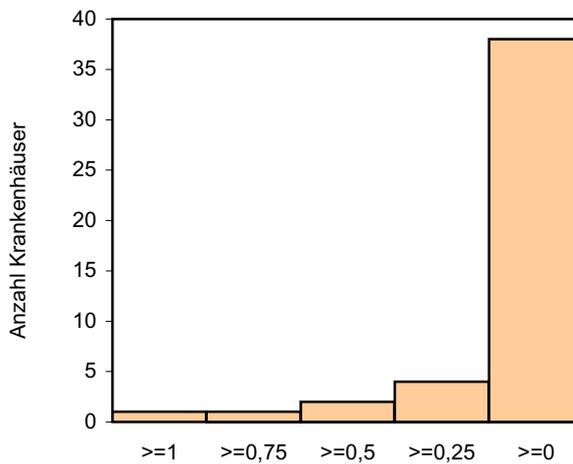
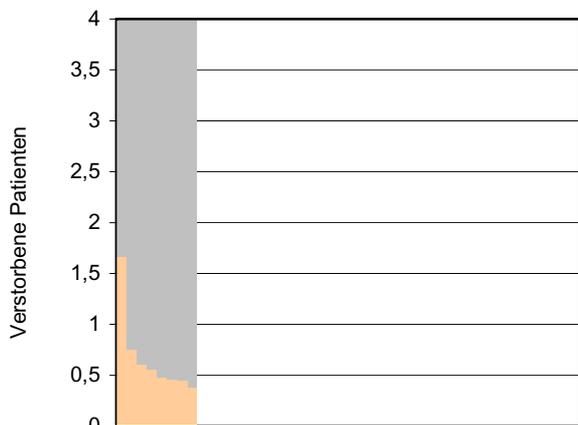
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

%

46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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

	Krankenhaus 2006			
	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 2006			
	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	1 / 5.410 0,0%	7 / 2.926 0,2%	1 / 30 3,3%	0 / 1 0,0%

Jahresauswertung 2006 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.367
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/5 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 25. April 2007
Nr. Gesamt-3669
2006 - D5023-L38166-P19847

Basisdaten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.003	23,9	1.970	24,3
2. Quartal			2.059	24,6	2.096	25,9
3. Quartal			1.952	23,3	1.904	23,5
4. Quartal			2.353	28,1	2.121	26,2
Gesamt			8.367		8.091	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.367		8.091	
Median				12,0		13,0
Mittelwert				12,6		13,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.367		8.091	
Median				13,0		14,0
Mittelwert				13,9		14,5

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2006

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	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
7	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig
8	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M17.1	6.033	72,1	M17.1	5.467	67,6
2				I10.00	1.740	20,8	I10.00	1.747	21,6
3				I10.90	1.586	19,0	I10.90	1.333	16,5
4				Z96.6	1.325	15,8	Z96.6	1.327	16,4
5				D62	1.314	15,7	D62	1.199	14,8
6				M17.9	909	10,9	M17.0	1.192	14,7
7				M17.0	854	10,2	M17.9	863	10,7
8				E66.0	825	9,9	E66.0	755	9,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2005 und ICD-10-GM 2006 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2006¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2006

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	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
4	5-988	Anwendung eines Navigationssystems
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

OPS 2006

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

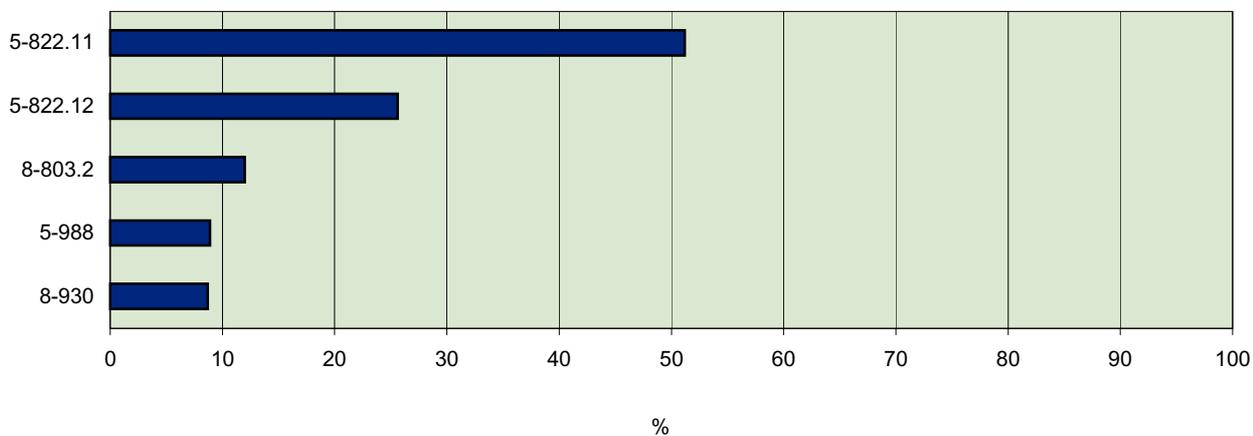
	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-822.11	4.288	51,2	5-822.11	3.907	48,3
2				5-822.12	2.145	25,6	5-822.12	2.122	26,2
3				8-803.2	1.006	12,0	8-930	1.057	13,1
4				5-988	741	8,9	8-803.2	747	9,2
5				8-930	727	8,7	5-822.10	712	8,8

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2005 und OPS 2006 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2006 (Gesamt 2006)



Zusatz-OPS-Kodes

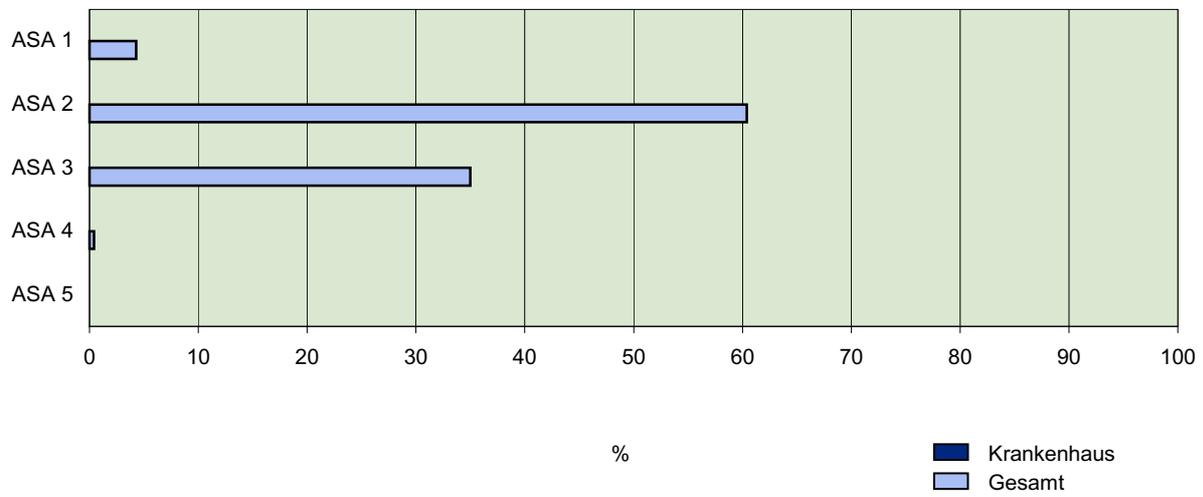
	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			3 / 8.367	0,0	3 / 8.091	0,0
5-986 Minimalinvasive Technik			84 / 8.367	1,0	14 / 8.091	0,2
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.367	0,0	1 / 8.091	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			741 / 8.367	8,9	525 / 8.091	6,5

Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.364 / 8.367		8.090 / 8.091	
< 40 Jahre			12 / 8.364	0,1	8 / 8.090	0,1
40 - 59 Jahre			885 / 8.364	10,6	807 / 8.090	10,0
60 - 79 Jahre			6.498 / 8.364	77,7	6.369 / 8.090	78,7
80 - 89 Jahre			961 / 8.364	11,5	894 / 8.090	11,1
>= 90 Jahre			8 / 8.364	0,1	12 / 8.090	0,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.364		8.090	
Median				71,0		71,0
Mittelwert				70,5		70,4
Geschlecht						
männlich			2.598	31,1	2.393	29,6
weiblich			5.769	68,9	5.698	70,4
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert ¹			158	1,9	-	-
nicht dokumentiert ¹			9	0,1	-	-
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			357	4,3	439	5,4
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.053	60,4	4.835	59,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.926	35,0	2.764	34,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			30	0,4	52	0,6
5: moribunder Patient			1	0,0	1	0,0

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ruhschmerzen			7.182	85,8	6.798	84,0
Belastungsschmerz¹			8.298	99,2	-	-
Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah			1.814	21,7	1.546	19,1

¹ Datenfeld 2005 noch nicht in Datensatz

Kellgren&Lawrence-Score der Arthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder beginnend			723	8,6	1.024	12,7
Eminentia oder						
gelenkseitige Patellapole						
eindeutig			7.644	91,4	7.067	87,3
Gelenkspalt						
nicht oder mäßig verschmälert			201	2,4	263	3,3
häufig verschmälert			4.041	48,3	3.743	46,3
ausgeprägt verschmälert						
oder aufgehoben			4.125	49,3	4.085	50,5
Sklerose						
keine Sklerose			56	0,7	192	2,4
mäßig subchondrale Sklerose			2.997	35,8	2.788	34,5
ausgeprägte						
subchondrale Sklerose			4.430	52,9	4.463	55,2
Sklerose mit Zysten an						
Femur, Tibia, Patella			884	10,6	648	8,0
Deformierung						
keine Deformierung			1.371	16,4	1.519	18,8
Entrundung						
der Femurkondylen			4.895	58,5	4.882	60,3
ausgeprägte Destruktion,						
Deformierung			2.101	25,1	1.690	20,9
Wundkontaminations-						
klassifikation						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.330	99,6	8.050	99,5
bedingt aseptische Eingriffe			32	0,4	36	0,4
kontaminierte Eingriffe			4	0,0	2	0,0
septische Eingriffe			1	0,0	3	0,0

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

		Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien							
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence ¹							
Gruppe 1	0 Punkte			15 / 8.367	0,2	45 / 8.091	0,6
Gruppe 2	1 - 2 Punkte			290 / 8.367	3,5	422 / 8.091	5,2
Gruppe 3	3 - 4 Punkte			2.502 / 8.367	29,9	2.452 / 8.091	30,3
Gruppe 4	5 - 6 Punkte			3.883 / 8.367	46,4	3.710 / 8.091	45,9
Gruppe 5	7 - 8 Punkte			1.677 / 8.367	20,0	1.462 / 8.091	18,1
Gruppe 6	5 - 8 Punkte			7.429 / 8.367	88,8	6.893 / 8.091	85,2

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Knie

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

Operation

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			8.367		8.091	
Median				85,0		83,0
Mittelwert				87,3		86,6
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			63	0,8	97	1,2
mit Prophylaxe			8.304	99,2	7.994	98,8
davon						
single shot			7.292 / 8.304	87,8	6.821 / 7.994	85,3
intraoperative Zweitgabe			94 / 8.304	1,1	95 / 7.994	1,2
öfter			918 / 8.304	11,1	1.078 / 7.994	13,5
Medikamentöse Thromboseprophylaxe			8.321	99,5	8.047	99,5

Verlauf

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			8.299	99,2	7.991	98,8
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			293	3,5	218	2,7
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			1	0,0	10	0,1
Tibia-Komponente			2	0,0	6	0,1
Implantatdislokation ¹			4	0,0	-	-
Patellafehlstellung			2	0,0	16	0,2
Wundhämatom/ Nachblutung			154	1,8	194	2,4
Gefäßläsion			1	0,0	5	0,1
Nervenschaden			14	0,2	12	0,1
Fraktur			18	0,2	7	0,1
Sonstige ¹			108	1,3	-	-
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl der Patienten davon			31	0,4	45	0,6
A1 (oberflächliche Infektion)			14 / 31	45,2	27 / 45	60,0
A2 (tiefe Infektion)			14 / 31	45,2	14 / 45	31,1
A3 (Räume/Organe)			3 / 31	9,7	4 / 45	8,9
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich						
Anzahl der Patienten			163	1,9	91	1,1
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			392	4,7	441	5,5
Pneumonie			17	0,2	21	0,3
kardiovaskuläre Komplikation(en)			75	0,9	101	1,2
tiefe Bein-/Beckenvenen-thrombose			90	1,1	81	1,0
Lungenembolie			13	0,2	10	0,1
Sonstige			224	2,7	261	3,2

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt Anzahl der Patienten			8.160	97,5	7.820	96,7
Extension/Flexion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			8.160	100,0	7.820	100,0
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,6		0,7
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				87,8		86,9
operationsbedingte Einschränkung des selbständigen Gehens (mit Gehhilfen)¹ Anzahl der Patienten			1.300	15,5	1	0,0
operationsbedingte Einschränkung der selbständigen Versorgung in der täglichen Hygiene (Toilettengang, Waschen)¹ Anzahl der Patienten			525	6,3	1	0,0

¹ Vorjahresergebnisse beziehen sich auf die in 2006 geänderte Grundgesamtheit „alle Patienten“ und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.100	37,1	3.505	43,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			64	0,8	147	1,8
03: aus sonstigen Gründen			2	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	7	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			47	0,6	48	0,6
07: Tod			9	0,1	9	0,1
08: Verlegung nach § 14			310	3,7	252	3,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.801	57,4	4.085	50,5
10: in Pflegeeinrichtung			11	0,1	12	0,1
11: in Hospiz			1	0,0	2	0,0
12: interne Verlegung			13	0,2	16	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	1	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	0	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			0	0,0	1	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			2	0,0	1	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
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-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§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
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
Behandlung vorgesehen | |

Anhang: OPS 2006

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.10 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			601 / 8.367	7,2	712 / 8.091	8,8
5-822.11 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			4.288 / 8.367	51,2	3.907 / 8.091	48,3
5-822.12 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			2.145 / 8.367	25,6	2.122 / 8.091	26,2
5-822.20 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			58 / 8.367	0,7	59 / 8.091	0,7
5-822.21 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			683 / 8.367	8,2	695 / 8.091	8,6
5-822.22 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			143 / 8.367	1,7	116 / 8.091	1,4
5-822.30 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			35 / 8.367	0,4	33 / 8.091	0,4

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.31 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			153 / 8.367	1,8	164 / 8.091	2,0
5-822.32 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			11 / 8.367	0,1	20 / 8.091	0,2
5-822.40 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			3 / 8.367	0,0	2 / 8.091	0,0
5-822.41 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			14 / 8.367	0,2	11 / 8.091	0,1
5-822.42 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			5 / 8.367	0,1	3 / 8.091	0,0
5-822.60 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			15 / 8.367	0,2	13 / 8.091	0,2

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-822.61 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Zementiert			175 / 8.367	2,1	173 / 8.091	2,1
5-822.62 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			10 / 8.367	0,1	10 / 8.091	0,1
5-822.70 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Nicht zementiert			4 / 8.367	0,0	3 / 8.091	0,0
5-822.71 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Zementiert			49 / 8.367	0,6	65 / 8.091	0,8
5-822.72 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			1 / 8.367	0,0	1 / 8.091	0,0

Jahresauswertung 2006
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.367
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/5 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 25. April 2007
Nr. Gesamt-3669
2006 - D5023-L38166-P19847

Jahresauswertung 2006 Dekubitusprophylaxe bei Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.367
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/5 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 25. April 2007
Nr. Gesamt-3669
2006 - D5023-L38166-P19847

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
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
QI 2: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
			14,3%	nicht definiert		P1.5
QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4						
			0,0%	Sentinel Event		P1.7

¹ 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
- Kennzahl-ID:**
- 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/50656
 - 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/48915
- Referenzbereich:**
- Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
 - Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			39 / 8.360	0,5%
Vertrauensbereich				0,33% - 0,64%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			76 / 8.360	0,9%
Vertrauensbereich				0,72% - 1,14%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			37 / 76	48,7%
Grad 2			32 / 76	42,1%
Grad 3			7 / 76	9,2%
Grad 4			0 / 76	0,0%
keine Gradangabe			0 / 76	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			8.284 / 8.360	99,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			43 / 8.080	0,5% 0,39% - 0,72%
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			75 / 8.080	0,9% 0,73% - 1,16%

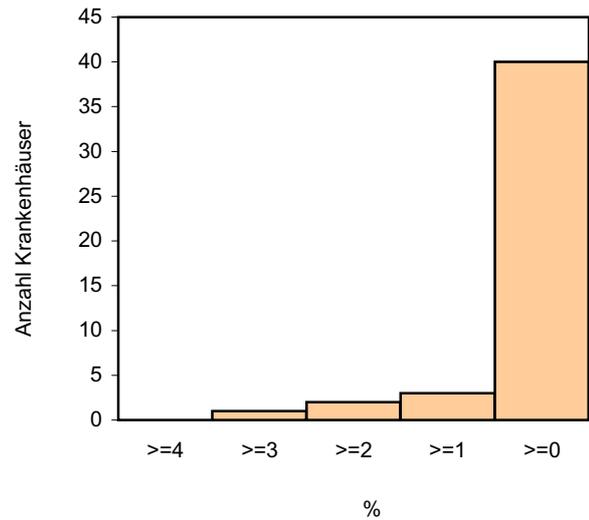
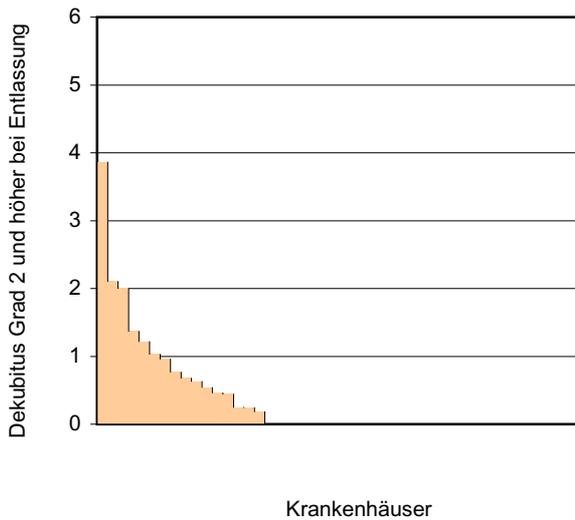
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/50656]:
 Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung
 an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

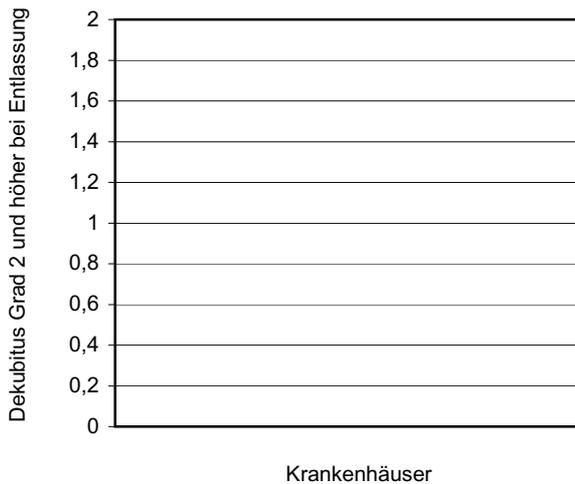


46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

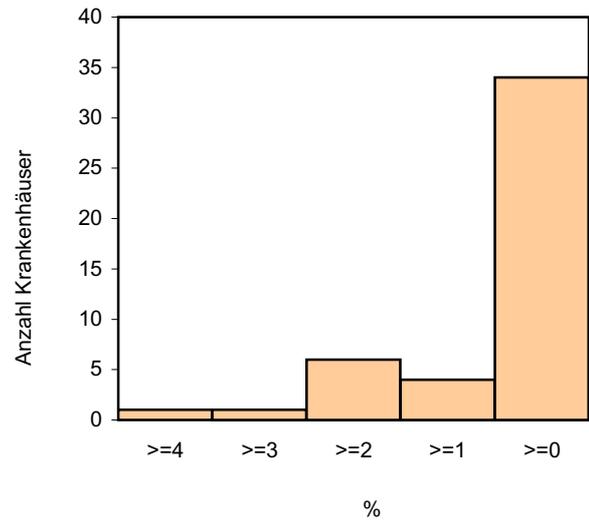
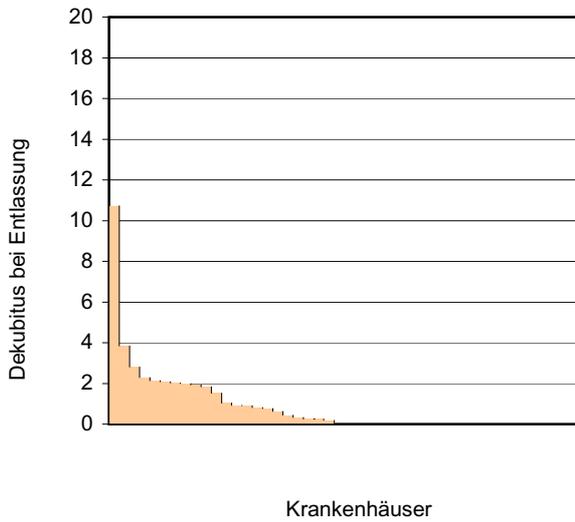
Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

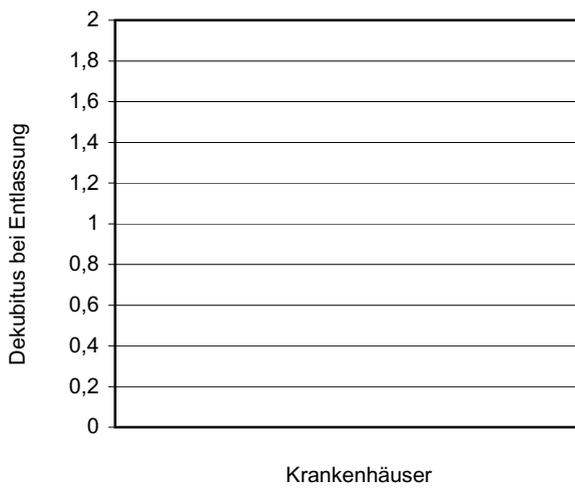
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/48915]:
 Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

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



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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

Kennzahl-ID: 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/48922

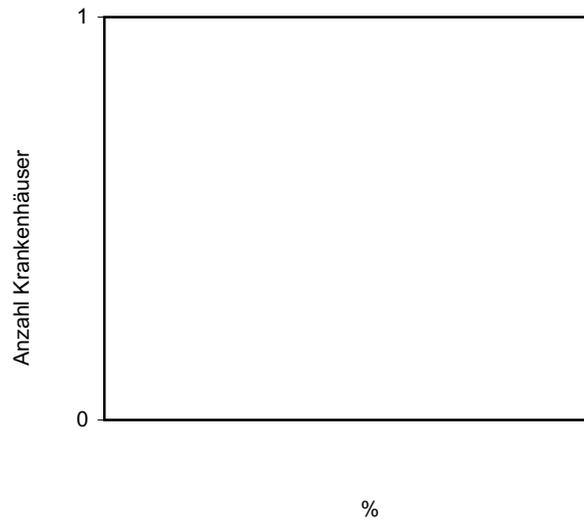
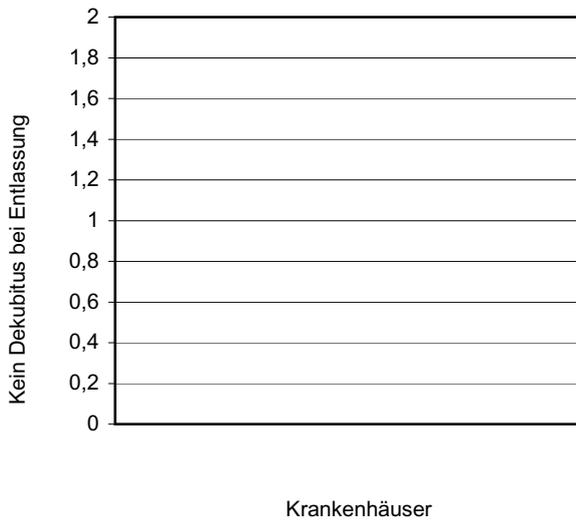
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			1 / 7	14,3%
Vertrauensbereich				0,30% - 57,90%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			1 / 1	100,0%
Grad 2			0 / 1	0,0%
Grad 3			0 / 1	0,0%
Grad 4			0 / 1	0,0%
keine Gradangabe			0 / 1	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			6 / 7	85,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			4 / 11	36,4%
Vertrauensbereich				10,90% - 69,30%

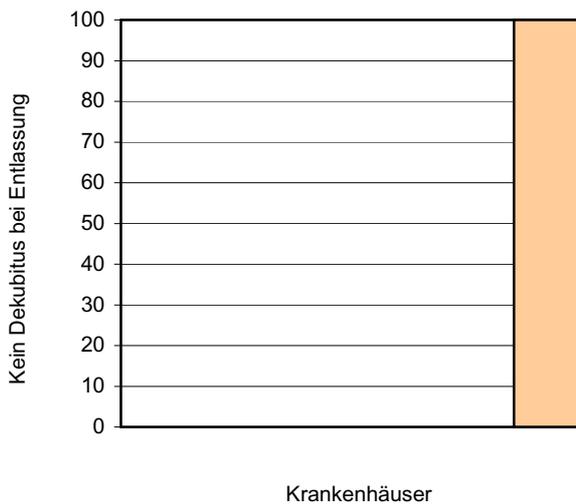
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/48922]:
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme
 40 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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

Kennzahl-ID: 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/70310

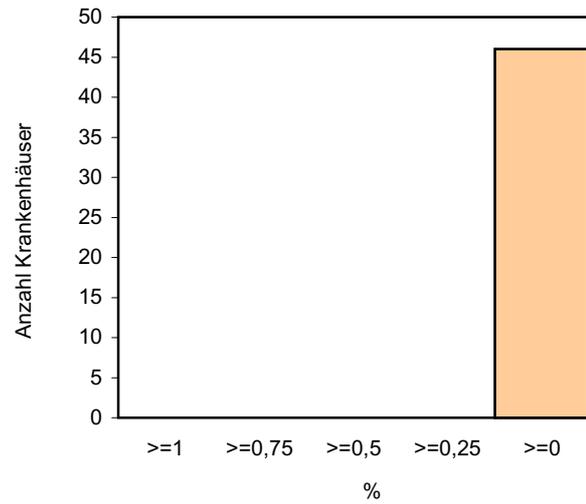
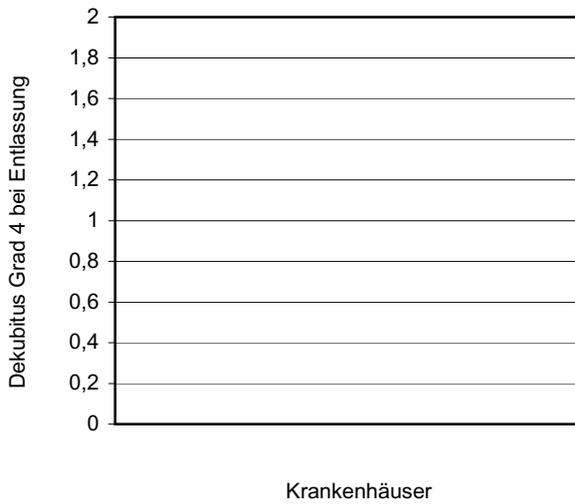
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			0 / 8.360	0,0%
		Sentinel Event		0,00% - 0,04% Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung Vertrauensbereich			0 / 8.080	0,0%
				0,00% - 0,05%

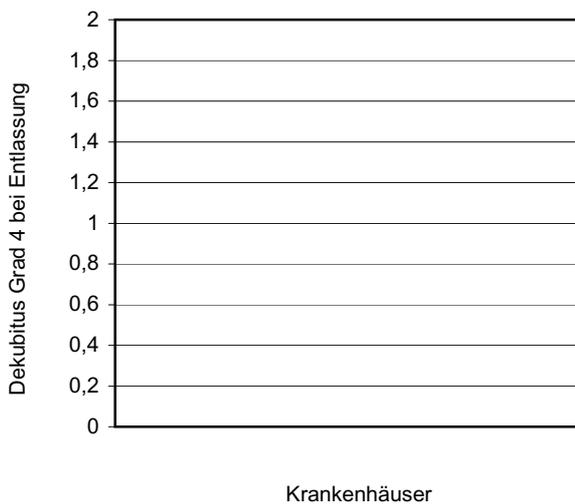
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/70310]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

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



1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2006
Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.367
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/5 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 25. April 2007
Nr. Gesamt-3669
2006 - D5023-L38166-P19847

Basisdaten

	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006	Gesamt 2005
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		8.367	8.091

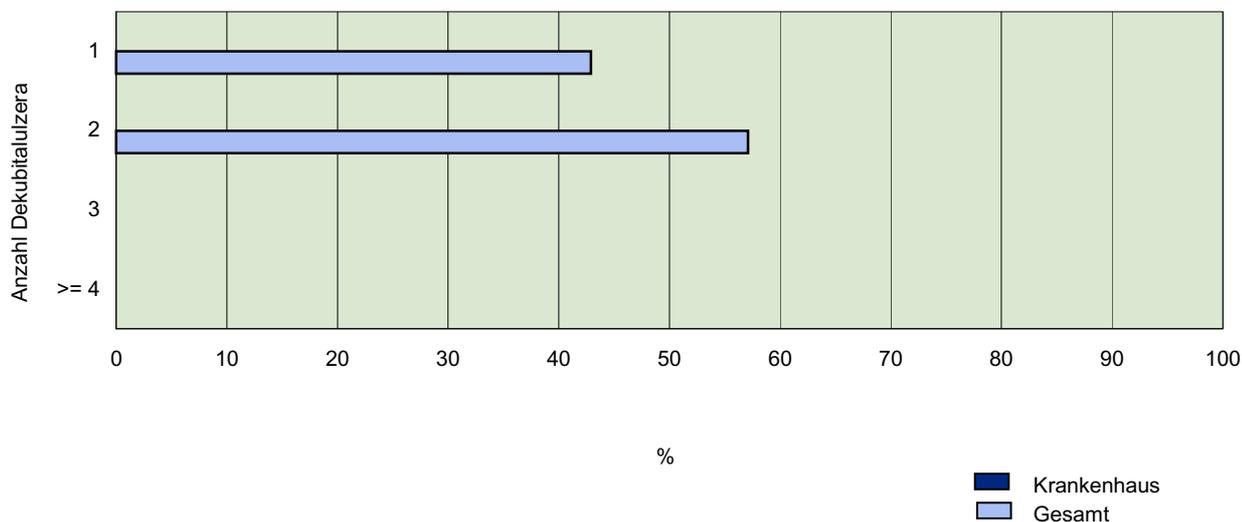
Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe						
< 20 Jahre			8.364 / 8.367		8.090 / 8.091	
20 - 39 Jahre			0 / 8.364	0,0	1 / 8.090	0,0
40 - 59 Jahre			12 / 8.364	0,1	7 / 8.090	0,1
60 - 69 Jahre			885 / 8.364	10,6	807 / 8.090	10,0
70 - 79 Jahre			2.504 / 8.364	29,9	2.469 / 8.090	30,5
80 - 89 Jahre			3.994 / 8.364	47,8	3.900 / 8.090	48,2
>= 90 Jahre			961 / 8.364	11,5	894 / 8.090	11,1
			8 / 8.364	0,1	12 / 8.090	0,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe						
Median			8.364		8.090	
Mittelwert				71,0		71,0
				70,5		70,4
Geschlecht						
männlich			2.598	31,1	2.393	29,6
weiblich			5.769	68,9	5.698	70,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient						
			357	4,3	439	5,4
2: mit leichter Allgemeinerkrankung						
			5.053	60,4	4.835	59,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung						
			2.926	35,0	2.764	34,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung						
			30	0,4	52	0,6
5: moribunder Patient						
			1	0,0	1	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja			7	0,1	11	0,1
nein			8.360	99,9	8.080	99,9
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			11 / 7	1,57	15 / 11	1,36
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			2	28,6	4	36,4
Grad 2:			4	57,1	6	54,5
Grad 3:			1	14,3	1	9,1
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

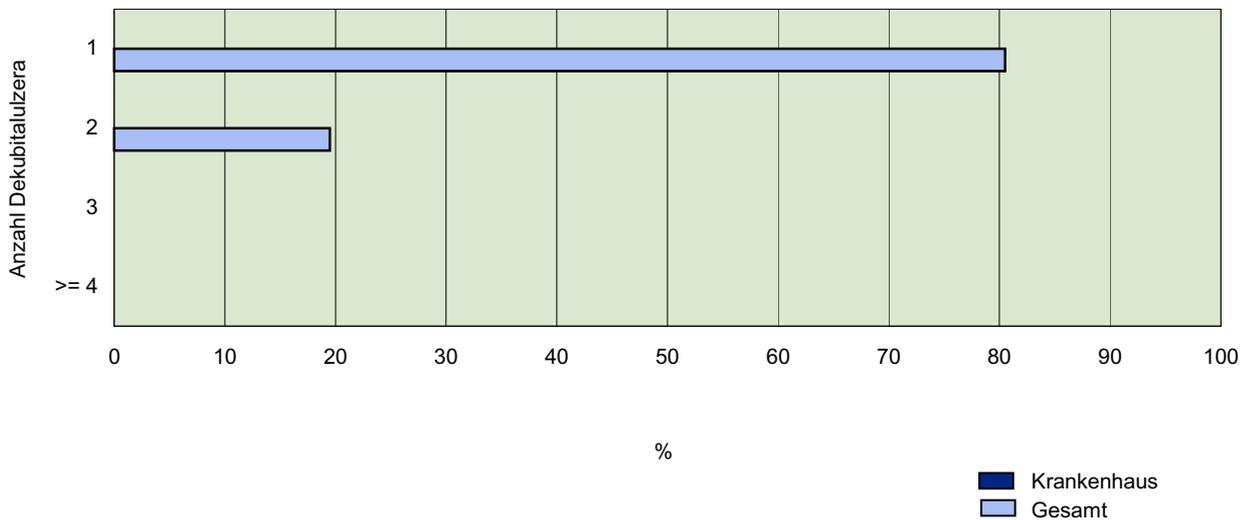
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja			82	1,0	82	1,0
nein			8.285	99,0	8.009	99,0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			98 / 82	1,20	96 / 82	1,17
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			39	47,6	33	40,2
Grad 2:			35	42,7	43	52,4
Grad 3:			8	9,8	6	7,3
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			7	0,1	11	0,1
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			0 / 7	0,0	0 / 11	0,0
unveränderter Anzahl			5 / 7	71,4	7 / 11	63,6
reduzierter Anzahl			2 / 7	28,6	4 / 11	36,4
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) ¹			-2 / 11	-0,18	-5 / 15	-0,33

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			7	0,1	11	0,1
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			89 / 8.360	10,65	86 / 8.080	10,64
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			8.284 / 8.360	99,1	8.005 / 8.080	99,1
1			63 / 8.360	0,8	65 / 8.080	0,8
2			13 / 8.360	0,2	9 / 8.080	0,1
3			0 / 8.360	0,0	1 / 8.080	0,0
4 oder mehr			0 / 8.360	0,0	0 / 8.080	0,0
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus			76 / 8.360	0,9	75 / 8.080	0,9
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient ¹			89 / 76	1,17	86 / 75	1,15

¹ In der Prozentspalte steht die mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient.
 Die Werte der Spalte Anzahl stellen 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 Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl 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 Qualitätsindikators.

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 Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an 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 (95%)
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. die 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% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2006.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

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 2006 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2005 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2006. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2005 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2006 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.

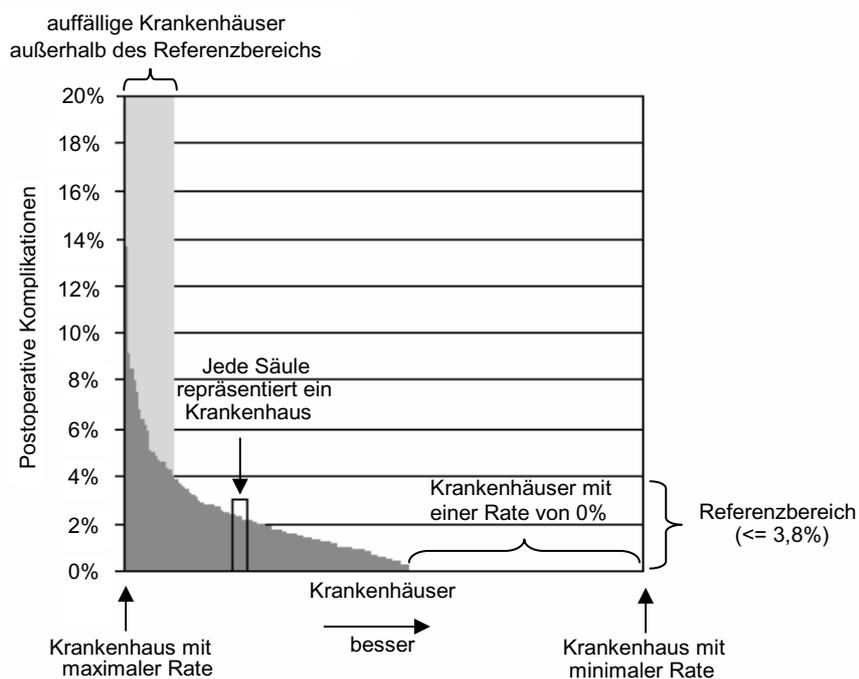
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

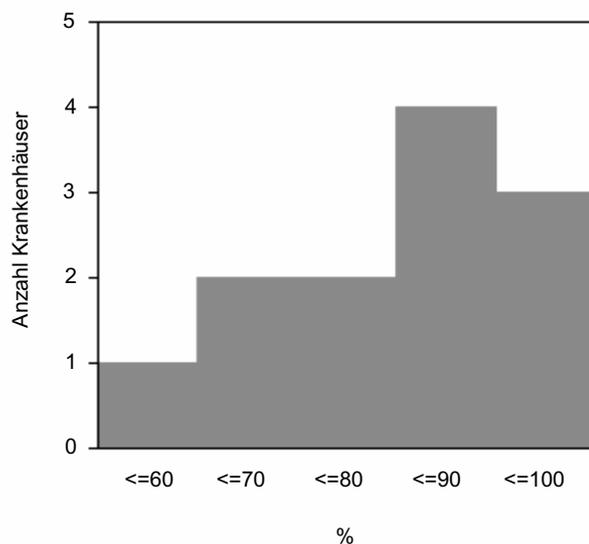
Beispiel:

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	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In 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 Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z.B. steht die Bezeichnung 2006/18n1-MAMMA/46200 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Postoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2006. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z.B. 46200) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

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.