

Jahresauswertung 2004
Knie-Totalendoprothesen-
Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 35
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/7 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2506
2004 - D3250-L19499-P13623

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten			86,3%	>= 68,6%	17,7%	1.1
Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion bei Entzündungszeichen an allen Patienten mit Entzündungszeichen (BSG, CRP, Leukozytose)			50,8%	>= 71,4%	-20,6%	1.4
Perioperative Antibiotikaprophylaxe Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten			99,3%	>= 95%	4,3%	1.6
Postoperative Röntgenbilder Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten			98,9%	= 100%	-1,1%	1.9
Gefähigkeit bei Entlassung Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbst. Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			98,6%	>= 85%	13,6%	1.11
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			98,0%	>= 80%	18,0%	1.14
Gefäßläsion Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten			0,0%	<= 1%	1,0%	1.17
Nervenschaden Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten			0,0%	<= 1%	1,0%	1.19
Fraktur Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbed. intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten			0,4%	<= 4%	3,6%	1.21
Postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten			2,5%	nicht definiert		1.23

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0			0,6%	<= 4,5%	4,0%	1.26
Wundhämatome/Nachblutungen						
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung an allen Patienten			5,6%	<= 22,8%	17,2%	1.30
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten			8,6%	<= 15,9%	7,3%	1.33
Reinterventionen wegen Komplikationen						
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten			3,6%	<= 14,1%	10,5%	1.35
Letalität						
Anteil verstorbener Patienten von allen Patienten			0,2%	Sentinel Event		1.37

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

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

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z.B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

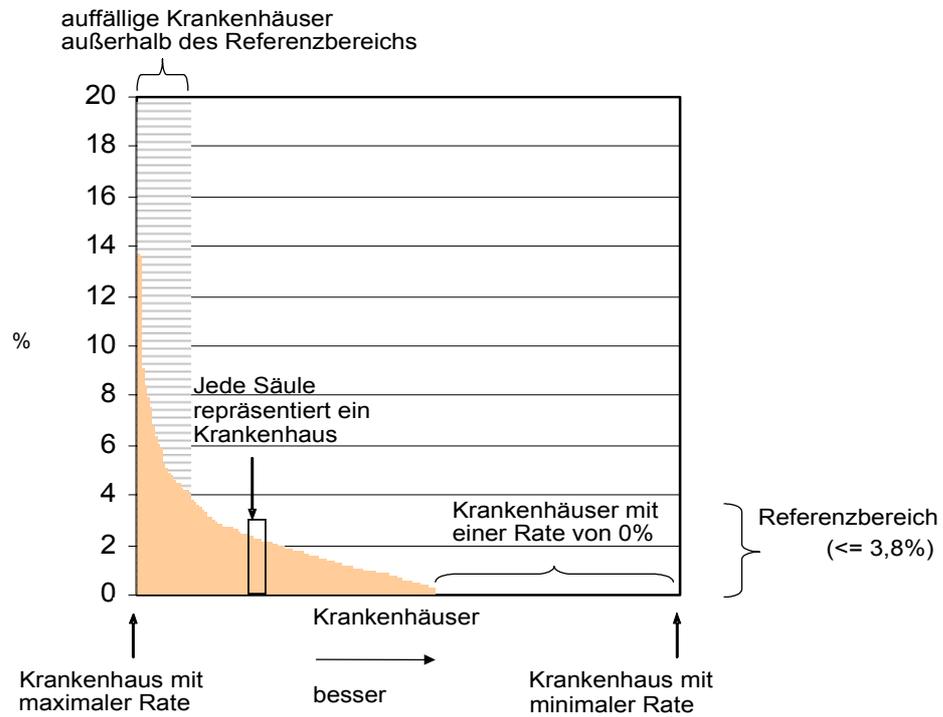
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

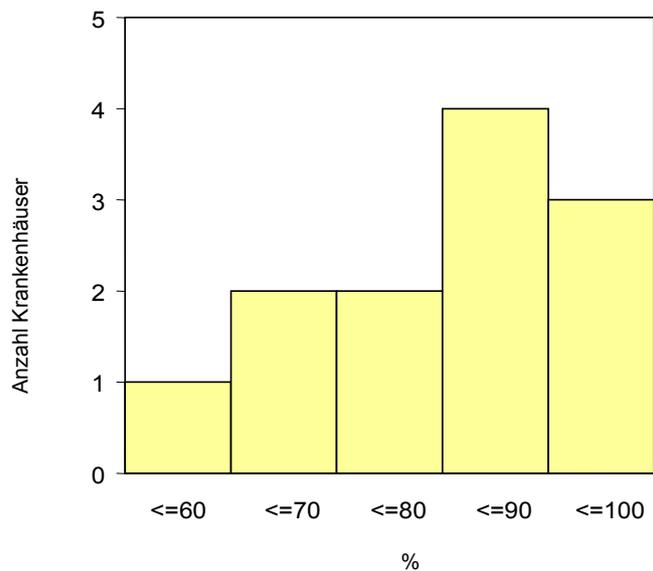
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	3	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der 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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

Qualitätsindikator: Indikation

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 68,6% (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			384 / 444	86,5%
Patienten mit Ruheschmerz			347 / 444	78,2%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			340 / 444	76,6%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung			97 / 444	21,8%
Pat. mit Lockerung Femur-Komponente			190 / 444	42,8%
Pat. mit Lockerung Tibia-Komponente			247 / 444	55,6%
Pat. mit Lockerung Patella-Komponente			33 / 444	7,4%
Patienten mit Substanzverlust Femur			119 / 444	26,8%
Patienten mit Substanzverlust Tibia			158 / 444	35,6%
Patienten mit Verschleiß der Gleitfläche			163 / 444	36,7%
Entzündungszeichen				
Pat. mit Entzündungszeichen im Labor			118 / 444	26,6%
Patienten mit Erregernachweis			49 / 444	11,0%
Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			383 / 444	86,3%
Vertrauensbereich				82,70% - 89,33%
Referenzbereich		>= 68,6%		>= 68,6%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungs- kriterium Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr. 1]:

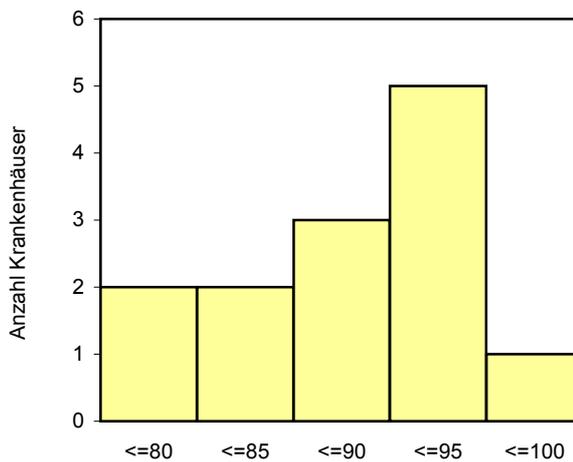
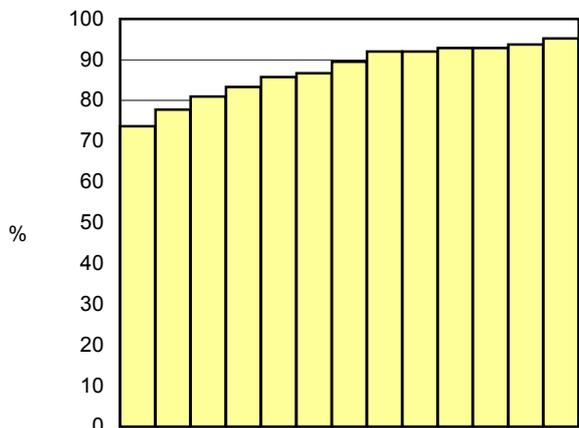
Anteil von Patienten mit mindestens einem der o.g. Kriterien an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 73,7% - 95,2%

Median der Krankenhauseergebnisse: 89,5%



Krankenhäuser

%

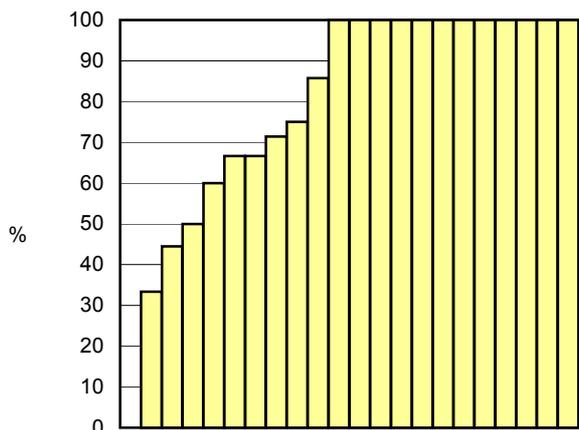
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht

Qualitätsziel: Möglichst oft Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Entzündungszeichen (BSG, CRP, Leukozytose)
Referenzbereich: >= 71,4% (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gelenkpunktion			60 / 118	50,8%
Vertrauensbereich			41,47% - 60,18%	
Referenzbereich		>= 71,4%	>= 71,4%	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gelenkpunktion				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:

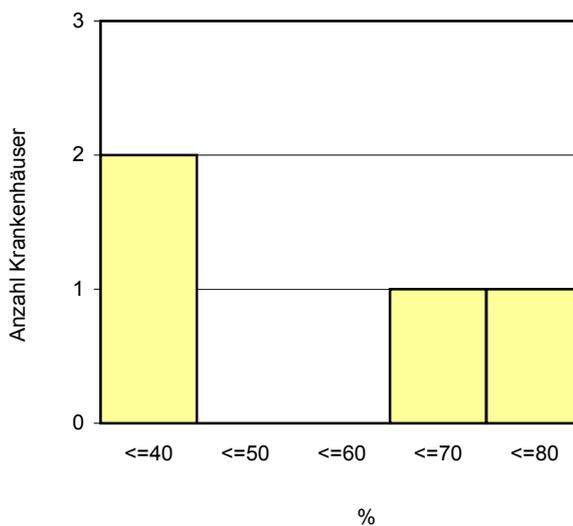
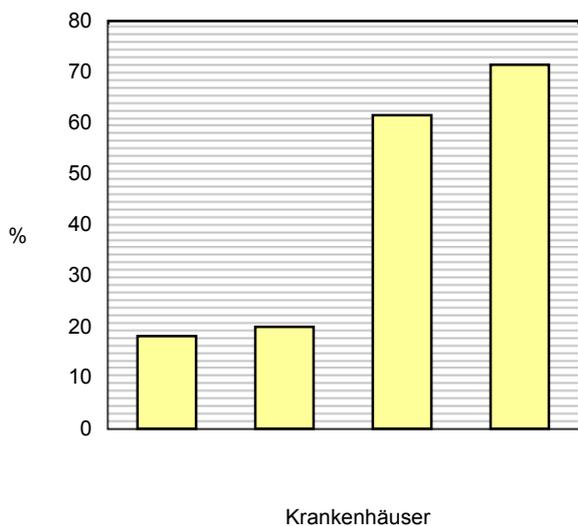
Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion bei Entzündungszeichen an allen Patienten mit Entzündungszeichen (BSG, CRP, Leukozytose)

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 18,2% - 71,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 40,8%



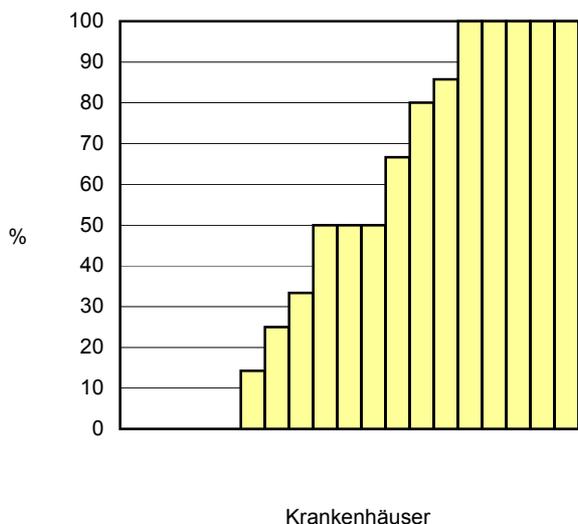
4 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 50,0%



19 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

Referenzbereich: >= 95%

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

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	441 / 444 99,3%	228 / 231 98,7%	213 / 213 100,0%
Vertrauensbereich	98,01% - 99,87%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	243 / 441 55,1%	150 / 228 65,8%	93 / 213 43,7%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	198 / 441 44,9%	78 / 228 34,2%	120 / 213 56,3%

* eingeschränkt auf plausible Werte bei Angabe der OP-Dauer in min (> 0 und < 5000)

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

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 3]:

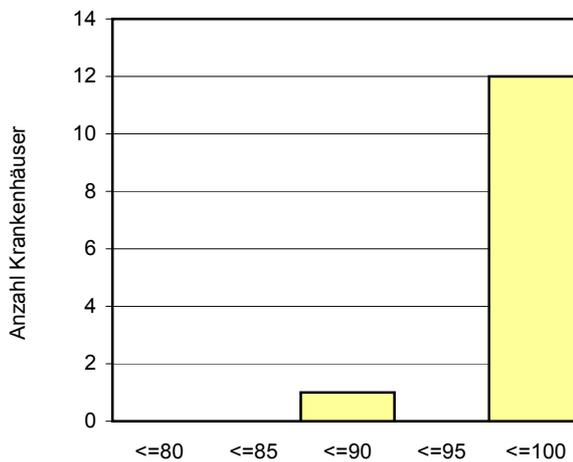
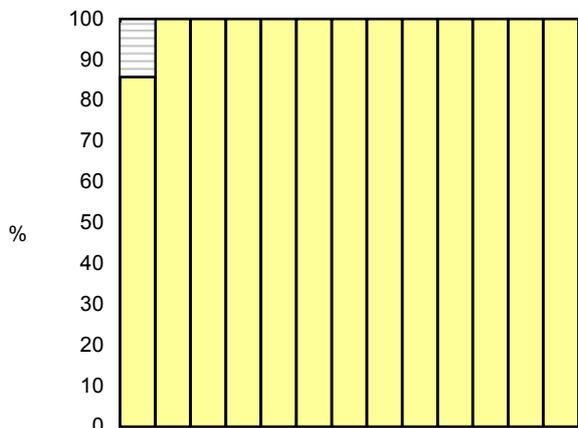
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

%

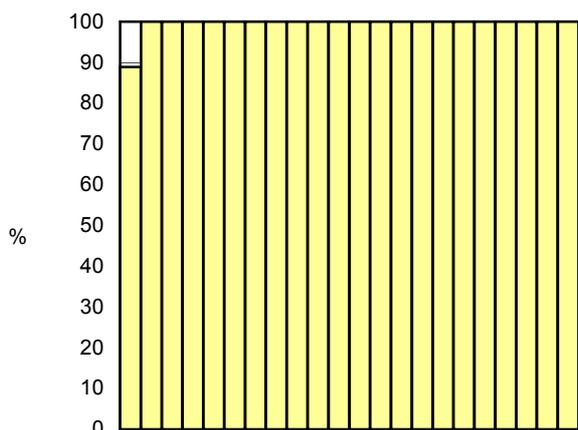
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 88,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder

Qualitätsziel: Immer postoperative Röntgenbilder in 2 Ebenen
Grundgesamtheit: Alle Patienten (unter Ausschluss der Todesfälle)
Referenzbereich = 100%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen			438 / 443	98,9%
Vertrauensbereich				97,37% - 99,64%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 4]:

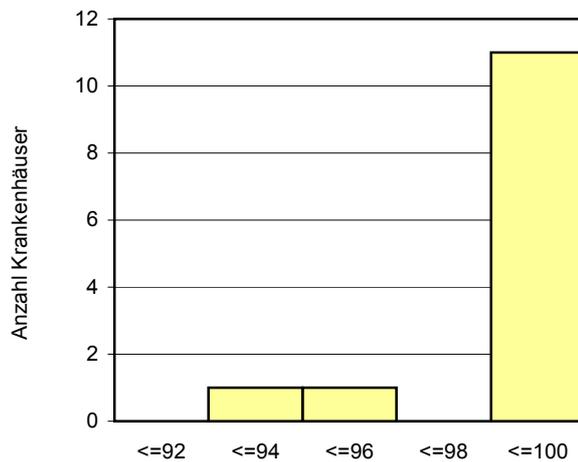
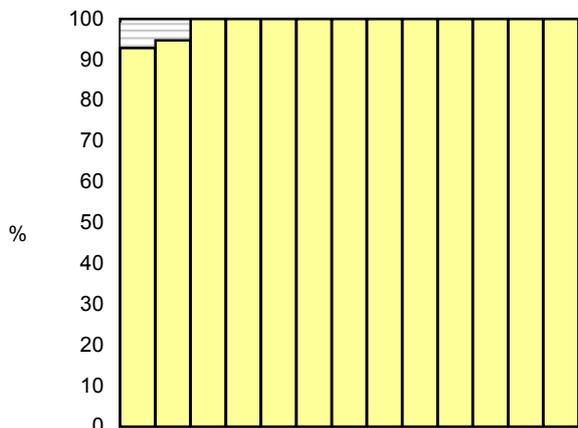
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 92,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

%

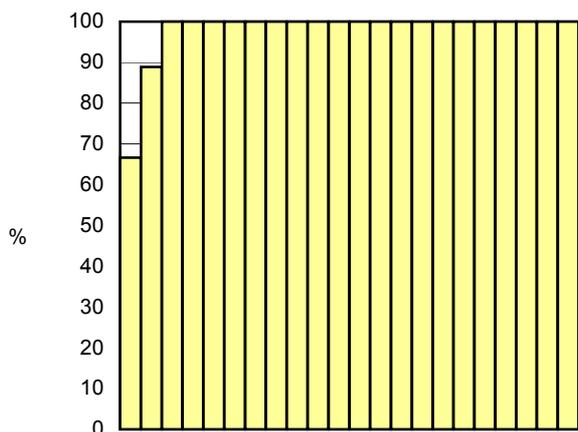
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gehfähigkeit bei Entlassung

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

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

Referenzbereich: >= 85%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist Vertrauensbereich Referenzbereich			434 / 440	98,6% 97,04% - 99,51% >= 85%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon				
operationsbedingt			2 / 6	33,3%
nicht operationsbedingt			4 / 6	66,7%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 5]:

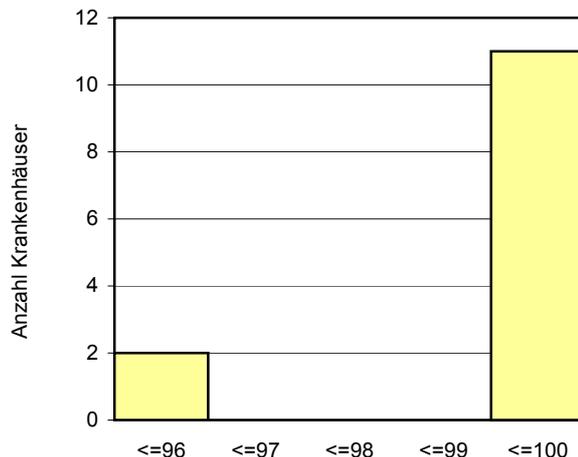
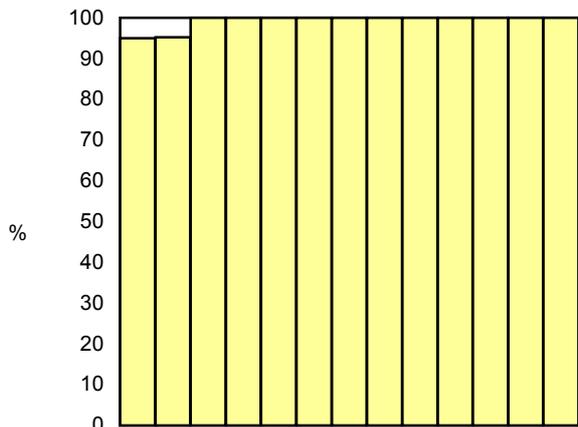
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 95,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



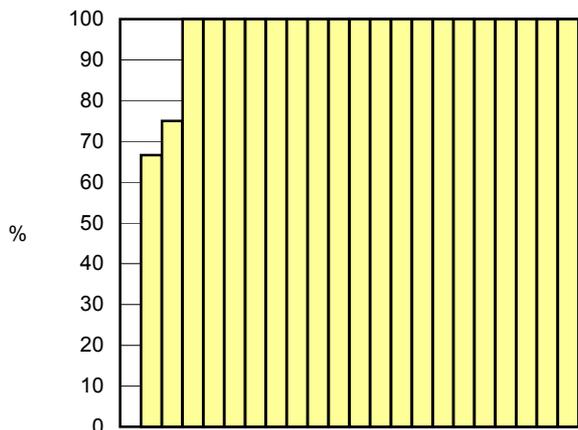
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



22 Krankenhäuser haben 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 Tage*
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tagen*
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tagen*
 Gruppe 4: > 15 Tage*

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

	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	2 / 2 100,0%	40 / 40 100,0%	202 / 204 99,0%	190 / 194 97,9%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt	0 / 0	0 / 0	1 / 2 50,0%	1 / 4 25,0%
nicht operationsbedingt	0 / 0	0 / 0	1 / 2 50,0%	3 / 4 75,0%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung

Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist

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

Referenzbereich: >= 80%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			431 / 440	98,0%
Vertrauensbereich				96,14% - 99,07%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 6]:

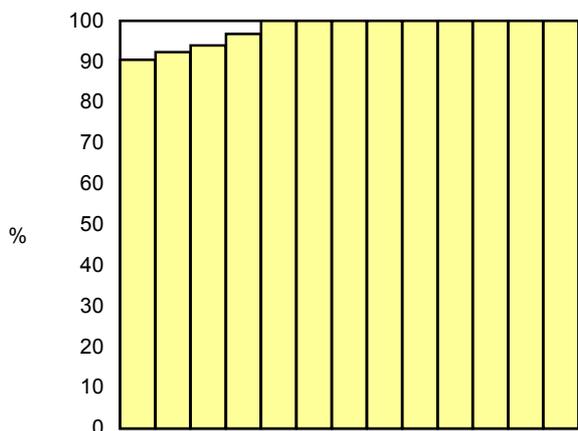
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

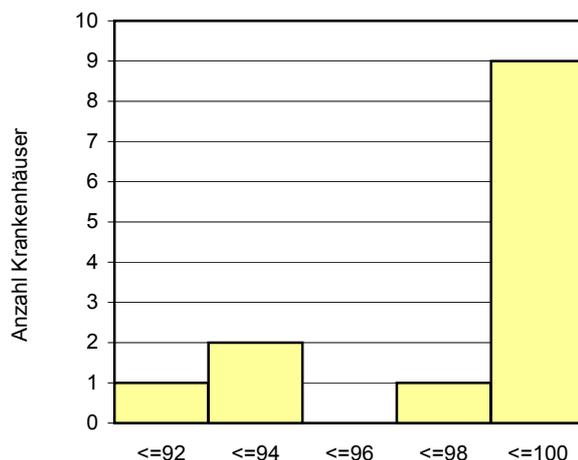
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser



%

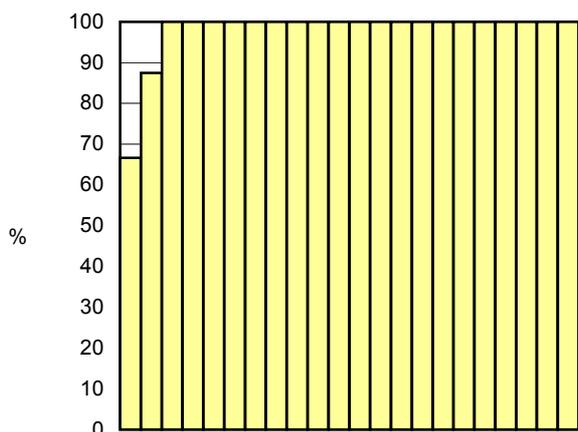
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: < 5 Tage*
 Gruppe 2: 5 bis 10 Tage*
 Gruppe 3: 11 bis 15 Tage*
 Gruppe 4: > 15 Tage*

	Krankenhaus 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist	2 / 2 100,0%	40 / 40 100,0%	201 / 204 98,5%	188 / 194 96,9%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Gefäßläsion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 1%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 444	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,83%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:

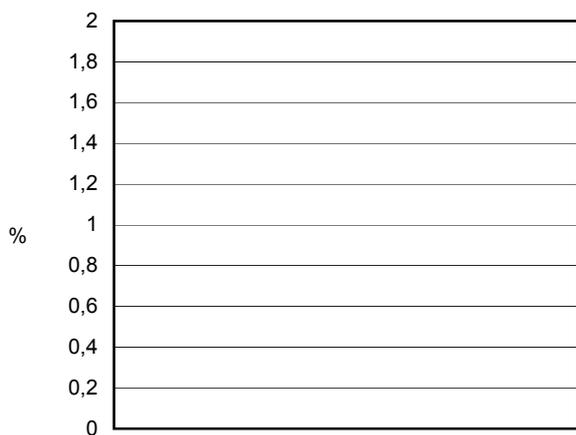
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

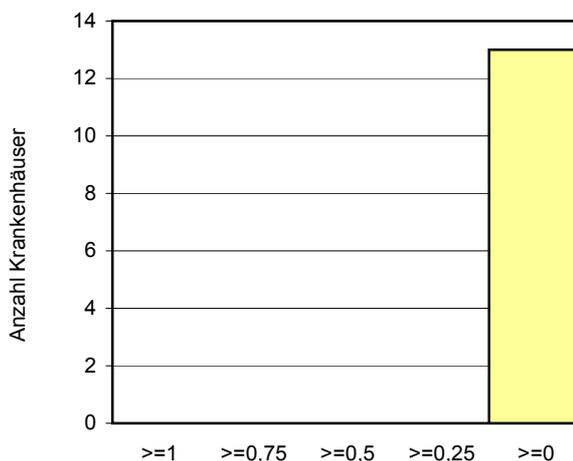
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

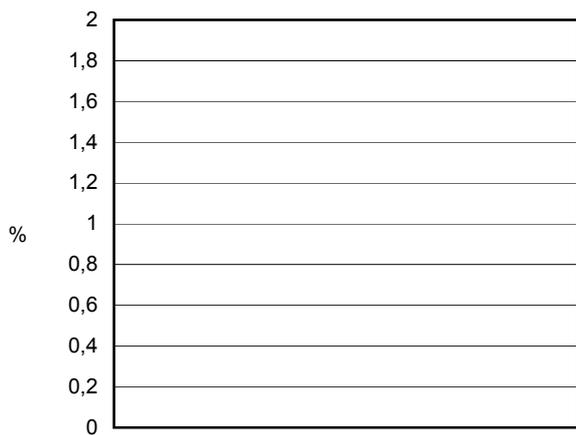
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 1%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			0 / 444	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,83%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 8]:

Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

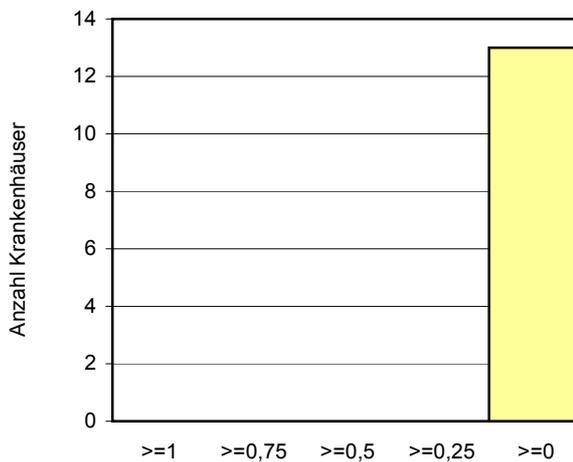
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

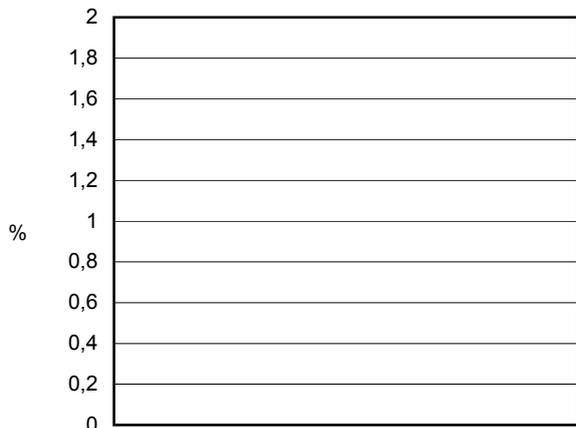
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 4%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			2 / 444	0,4%
Vertrauensbereich				0,04% - 1,65%
Referenzbereich		<= 4%		<= 4%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 9]:

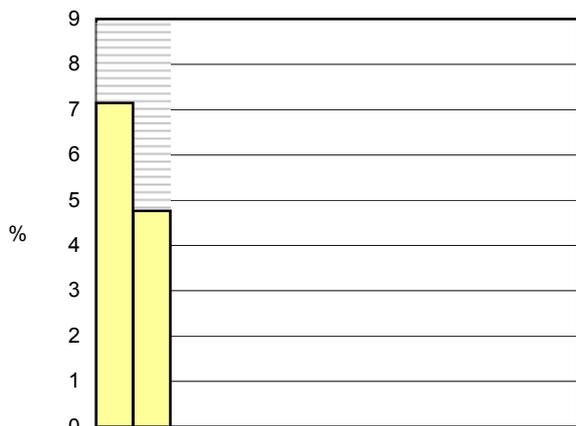
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

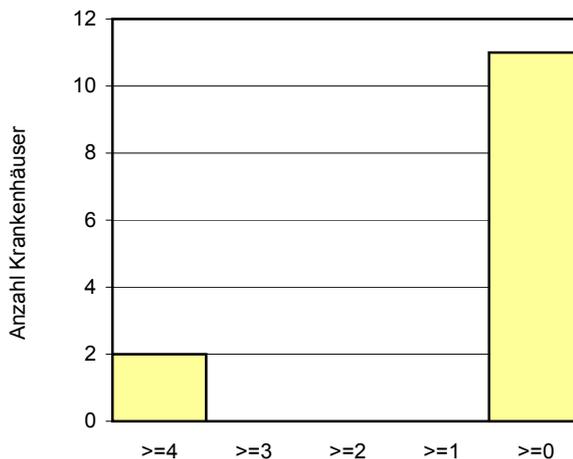
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

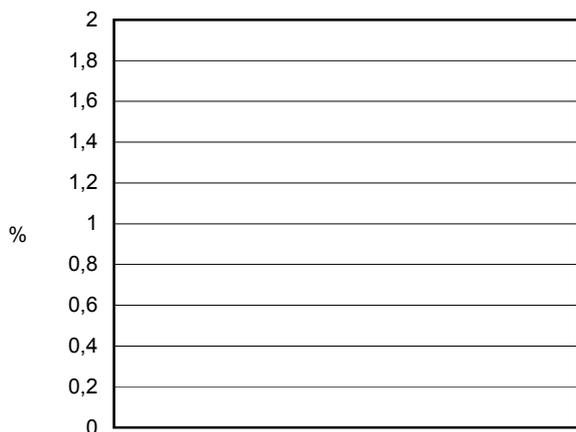
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			11 / 444	2,5%
Vertrauensbereich				1,24% - 4,40%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			4 / 444	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			7 / 444	1,6%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 10]:

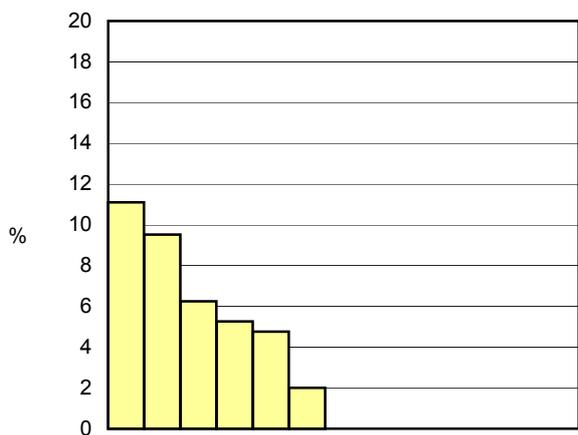
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

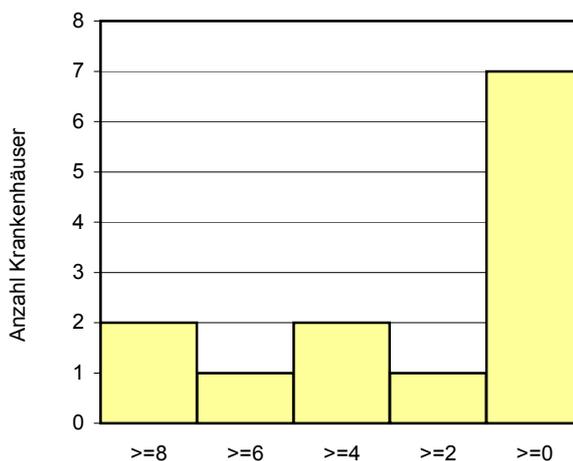
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

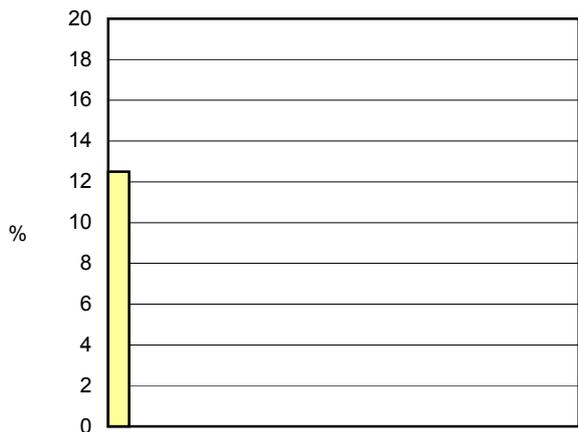
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 12,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoklassen gemäß NNIS*

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 150 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			174 / 444	39,2%
Risikoklasse 1			188 / 444	42,3%
Risikoklasse 2			76 / 444	17,1%
Risikoklasse 3			6 / 444	1,4%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0

Referenzbereich: <= 4,5% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 174	0,6%
Vertrauensbereich				0,00% - 3,25%
Referenzbereich		<= 4,5%		<= 4,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 174	0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 174	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 174	0,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 11]:

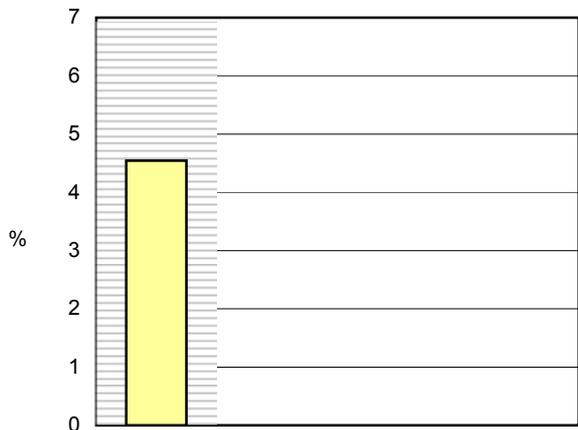
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

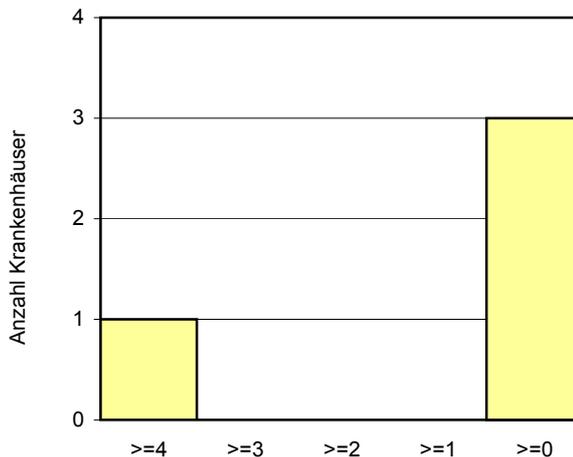
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

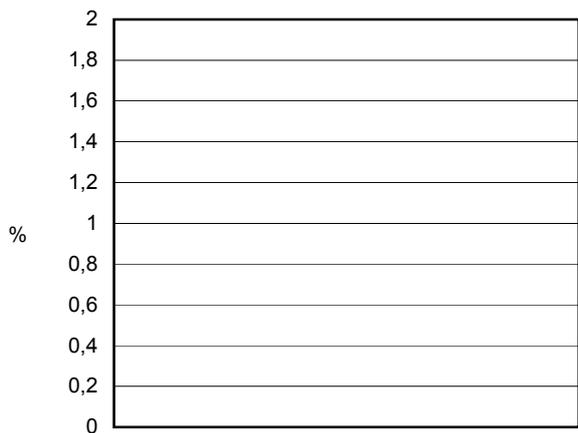
4 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

28 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			6 / 188	3,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 188	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			4 / 188	2,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 188	0,5%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			4 / 76	5,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 76	2,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			1 / 76	1,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 76	1,3%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 6	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 6	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 6	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 6	0,0%

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 22,8% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			25 / 444	5,6%
Vertrauensbereich				3,67% - 8,21%
Referenzbereich		<= 22,8%		<= 22,8%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 12]:

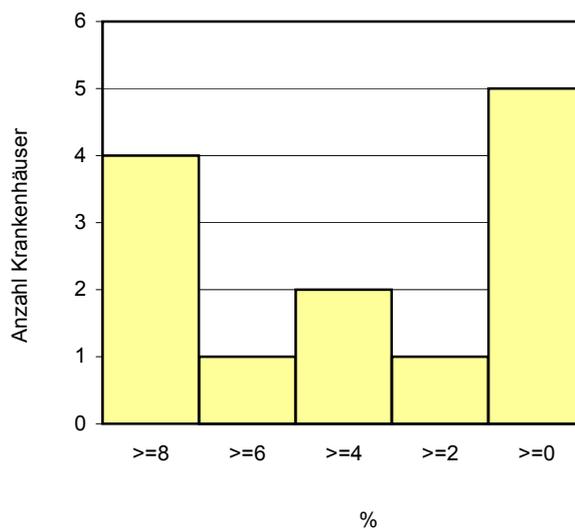
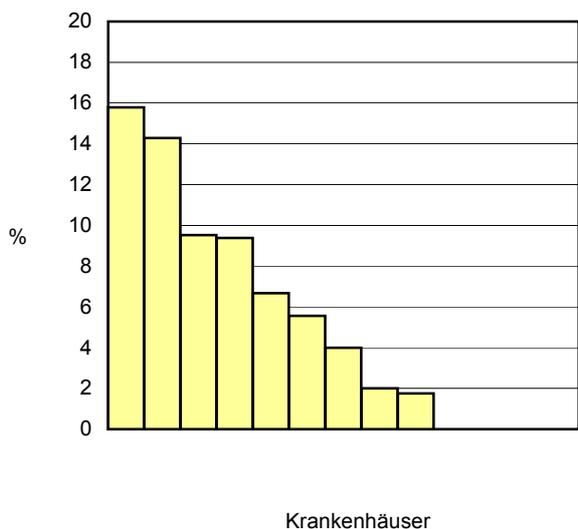
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,0%



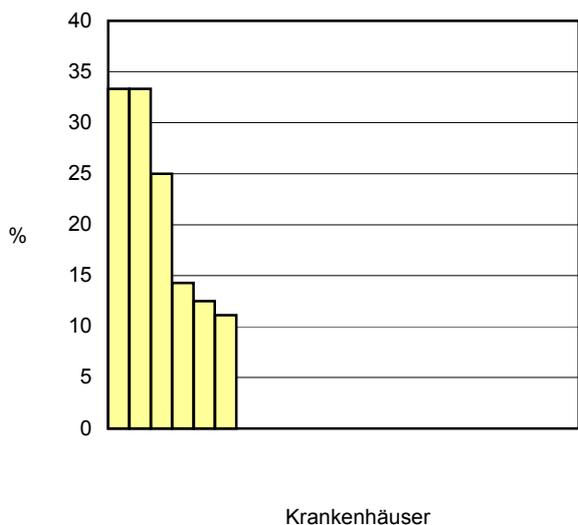
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben 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 - 120 min*
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min*
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min*
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min*

	Krankenhaus 2004			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	14 / 231 6,1%	9 / 142 6,3%	1 / 52 1,9%	1 / 19 5,3%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

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

Referenzbereich: <= 15,9% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie				2 / 444 0,4%	0 / 247 0,0%	2 / 197 1,0%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen				5 / 444 1,1%	3 / 247 1,2%	2 / 197 1,0%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose				3 / 444 0,7%	1 / 247 0,4%	2 / 197 1,0%
Patienten mit Lungenembolie				2 / 444 0,4%	1 / 247 0,4%	1 / 197 0,5%
Patienten mit sonstiger Komplikation				30 / 444 6,8%	12 / 247 4,9%	18 / 197 9,1%
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen				38 / 444 8,6%	14 / 247 5,7%	24 / 197 12,2%
Vertrauensbereich				6,12% - 11,57%		
Referenzbereich				<= 15,9%		

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 13]:

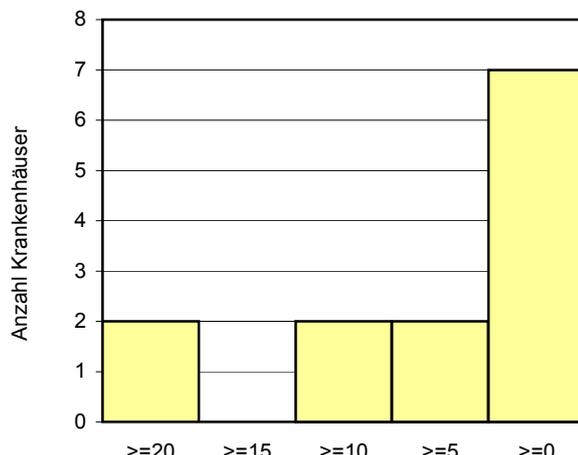
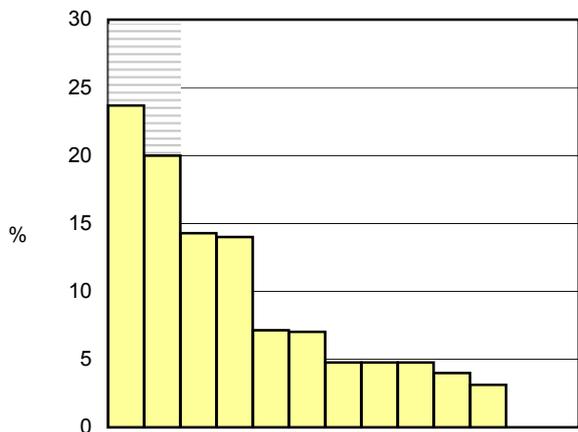
Anteil von Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 23,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,8%



Krankenhäuser

%

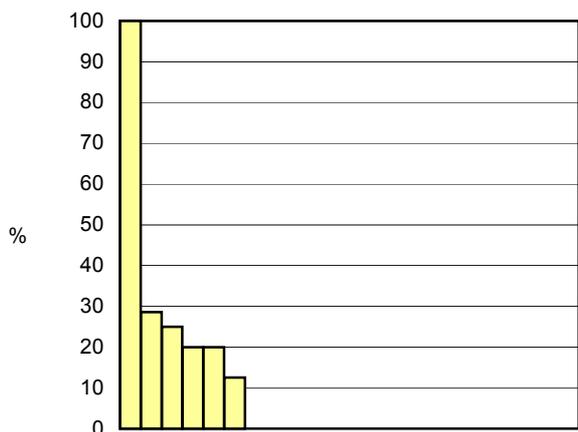
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 14,1% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			16 / 444	 3,6%
Vertrauensbereich				2,07% - 5,80%
Referenzbereich		<= 14,1%		<= 14,1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 14]:

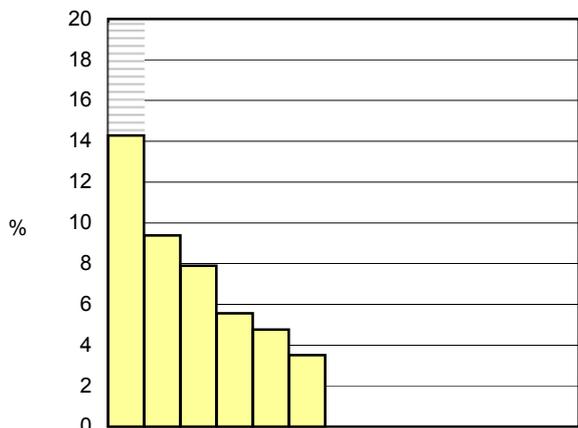
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

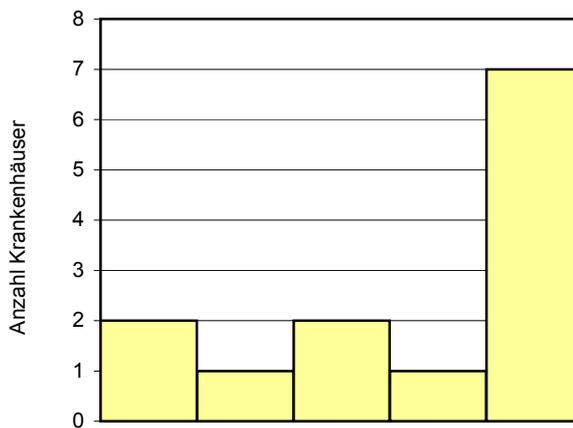
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

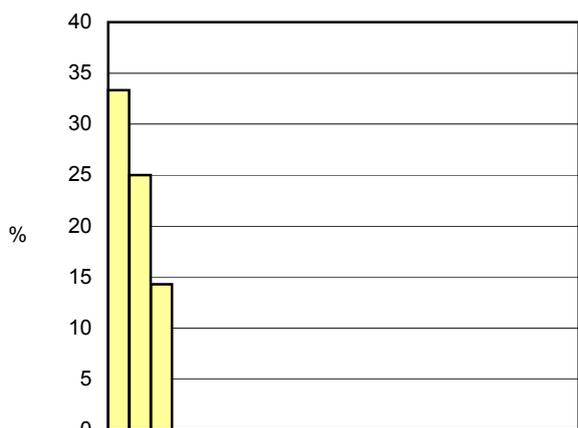
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1 / 444	0,2%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,28%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 15]:

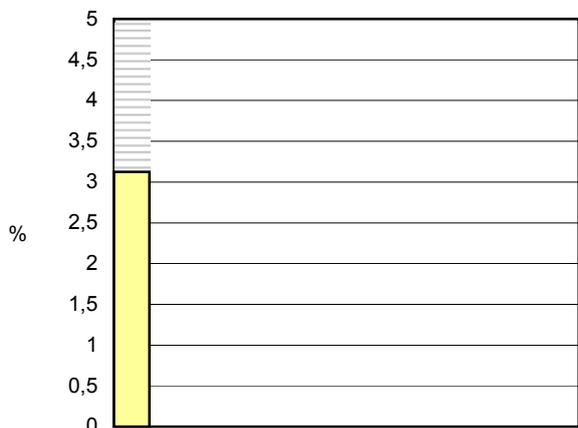
Anteil verstorbenen Patienten von allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

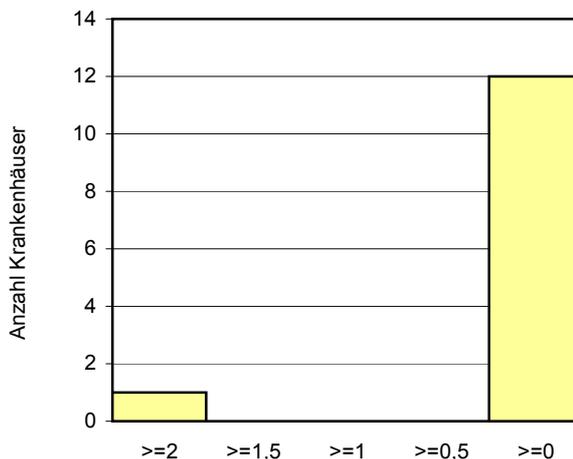
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

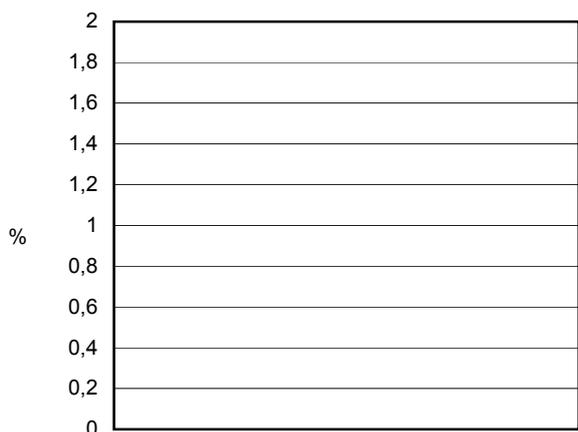
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

22 Krankenhäuser haben 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 2004			
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten	1 / 247 0,4%	0 / 189 0,0%	0 / 8 0,0%	0 / 0

Jahresauswertung 2004
Knie-Totalendoprothesen-
Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 35
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/7 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2506
2004 - D3250-L19499-P13623

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			85	19,1		
2. Quartal			117	26,4		
3. Quartal			109	24,5		
4. Quartal			133	30,0		
Gesamt			444			

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			444			
Median				15,0		
Mittelwert				17,4		
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			444			
Median				17,0		
Mittelwert				20,7		

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
3	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	D62	Akute Blutungsanämie
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				T84.0	337	75,9			
2				Z96.6	84	18,9			
3				T84.5	60	13,5			
4				I10.00	41	9,2			
5				D62	37	8,3			
6				I10.90	34	7,7			
7				E66.0	33	7,4			
8				M17.1	29	6,5			

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

Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	5-823.24	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Revision, Wechsel und Entf. einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert
2	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
3	5-823.22	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Revision, Wechsel und Entf. einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert
4	8-930	Monitoring der Atmung: Spirometrie
5	8-800.2	Transfusion von Blutzellen: Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat, Einzeltransfusion (1-5 Konserven)

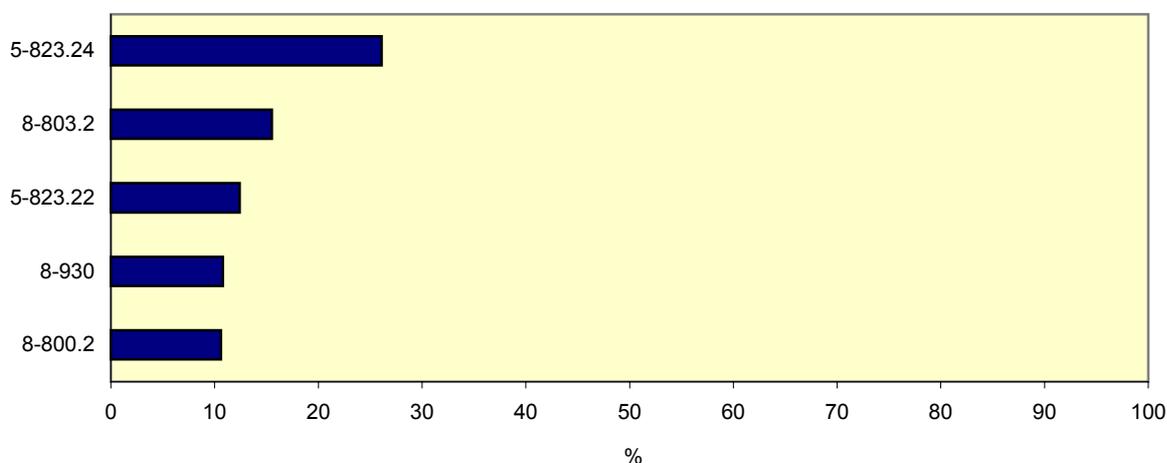
Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
1				5-823.24	116	26,1			
2				8-803.2	69	15,5			
3				5-823.22	55	12,4			
4				8-930	48	10,8			
5				8-800.2	47	10,6			

* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Verteilung der Operationstechniken (Gesamt 2004)



Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			5	1,1		
5-986 Minimalinvasive Technik			0	0,0		
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0	0,0		
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			6	1,4		

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese ohne Patellaersatz, nicht zementiert			7 / 444	1,6
5-823.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese mit Patellaersatz, nicht zementiert			1 / 444	0,2
5-823.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese ohne Patellaersatz, zementiert			37 / 444	8,3
5-823.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese mit Patellaersatz, zementiert			3 / 444	0,7
5-823.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese, nicht zementiert			0 / 444	0,0
5-823.17 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese zementiert			6 / 444	1,4
5-823.18 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese, Hybrid (teilzementiert)			1 / 444	0,2
5-823.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Sonstige			0 / 444	0,0
5-823.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese:			30 / 444	6,8
5-823.21 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert			4 / 444	0,9
5-823.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert			55 / 444	12,4
5-823.23 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, nicht zementiert			2 / 444	0,4
5-823.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert			116 / 444	26,1
5-823.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert			1 / 444	0,2
5-823.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			30 / 444	6,8
5-823.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil			24 / 444	5,4

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

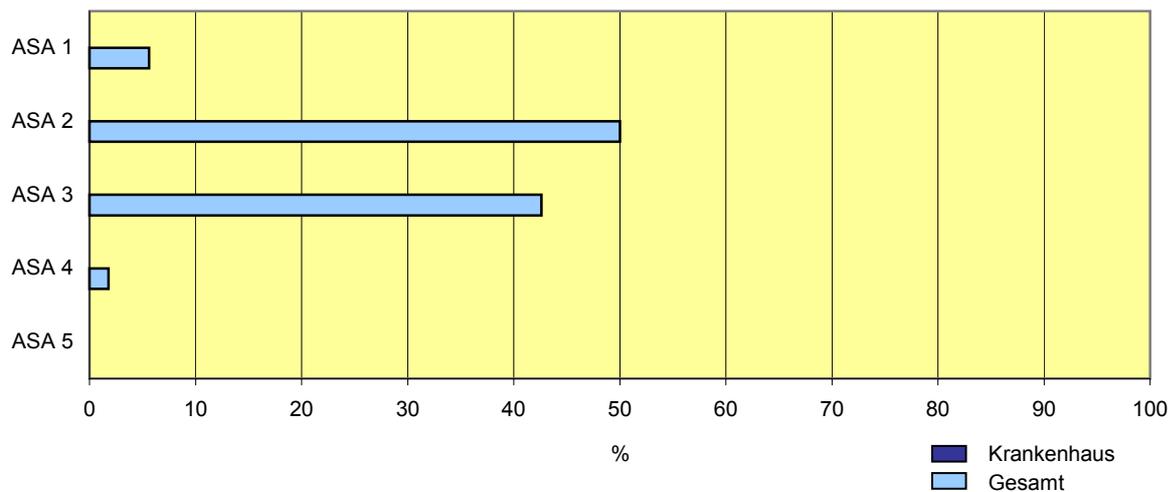
Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

		Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
		Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.29	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil			44 / 444	9,9
5-823.2x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese:			10 / 444	2,3
5-823.30	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Typgleich			5 / 444	1,1
5-823.31	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine andere Scharnierendoprothese, nicht zementiert			2 / 444	0,4
5-823.32	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine andere Scharnierendoprothese, (teil-)zementiert			23 / 444	5,2
5-823.33	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert			1 / 444	0,2
5-823.34	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			10 / 444	2,3
5-823.35	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Teilwechsel			10 / 444	2,3
5-823.36	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Teilwechsel			10 / 444	2,3
5-823.3x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Sonstige			4 / 444	0,9
5-823.40	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typgleich			4 / 444	0,9
5-823.41	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil			6 / 444	1,4
5-823.42	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil			4 / 444	0,9
5-823.4x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Sonstige			2 / 444	0,4

Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
Alle Pat. mit gültiger Altersangabe			444			
< 40			2 / 444	0,4		
40 - 59			64 / 444	14,4		
60 - 79			327 / 444	73,6		
80 - 89			49 / 444	11,0		
>= 90			2 / 444	0,4		
Alter (Jahre)						
Alle Pat. mit gültiger Altersangabe			444			
Median				70,5		
Mittelwert				69,3		
Geschlecht						
männlich			133	30,0		
weiblich			311	70,0		
Zu operierende Seite						
rechts			227	51,1		
links			217	48,9		
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			25	5,6		
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			222	50,0		
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			189	42,6		
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			8	1,8		
5: moribunder Patient			0	0,0		

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl bisheriger Prothesenwechsel						
keine			357	80,4		
einmal			68	15,3		
mehr als einmal			19	4,3		
Ruhschmerzen			347	78,2		
Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			340	76,6		
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen						
nein			60	13,5		
bei Bedarf			224	50,5		
regelmäßig			160	36,0		

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			402	90,5		
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			395	98,3		
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		
Mittelwert				0,4		
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		
Mittelwert				2,6		
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		
Mittelwert				86,5		
Bandinstabilität			181	40,8		

Labor

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor			118	26,6		
Gelenkpunktion			144	32,4		
Erregernachweis			49	11,0		

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			97	21,8		
Lockerung d. Femur-Komponente			190	42,8		
Lockerung d. Tibia-Komponente			247	55,6		
Lockerung d. Patella-Komponente			33	7,4		
Substanzverlust Femur			119	26,8		
Substanzverlust Tibia			158	35,6		
Verschleiß der Gleitfläche			163	36,7		
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			365	82,2		
bedingt aseptische Eingriffe			44	9,9		
kontaminierte Eingriffe			5	1,1		
septische Eingriffe			30	6,8		

Operation

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit in Minuten)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			444			
Median				120,0		
Mittelwert				130,2		
Medikamentöse Thromboseprophylaxe			442	99,5		
Periop. Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			3	0,7		
mit Prophylaxe			441	99,3		
davon						
single shot			243 / 441	55,1		
intraoperative Zweitgabe			44 / 441	10,0		
öfter			154 / 441	34,9		
Bluttransfusion						
Patienten mit Bluttransfusion			210 / 444	47,3		
davon						
Eigenblut			62 / 210	29,5		
Fremdblut			163 / 210	77,6		
Eigenblut						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			44			
Median				2,0		
Mittelwert				1,7		
Fremdblut						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			150			
Median				2,0		
Mittelwert				3,0		
Verteilung						
Transfusionseinheiten (TE)						
Eigenblut 1 TE			12	2,7		
Eigenblut 2 TE			31	7,0		
Eigenblut >= 3 TE			1	0,2		
Fremdblut 1 TE			9	2,0		
Fremdblut 2 TE			84	18,9		
Fremdblut >= 3 TE			57	12,8		
mind. 1 TE Eigenblut oder Fremdblut			181	40,8		
Eigen- und Fremdblut >= 3 TE			68	15,3		
Verwendung eines Cell - Savers			144	32,4		

Operation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zementierung einer Komponente			401	90,3		
davon						
Vakuumzementmischtechnik			96 / 401	23,9		
Tuberositasversetzung/-ablösung			26	5,9		
Zusatzosteosynthese			22	5,0		
Defektaufbau			112	25,2		

Verlauf

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			439	98,9		
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl Pat. mit mind. einer Komplik. (Mehrfachnennungen möglich)			34	7,7		
Wundhämatom/Nachblutung			25	73,5		
Gefäßläsion			0	0,0		
Nervenschaden			0	0,0		
Fraktur			2	5,9		
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			2	0,4		
Tibia-Komponente			2	0,4		
Patellafehlstellung			8	1,8		
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl der Patienten davon			11	2,5		
A1 oberflächliche Infektion			4 / 11	36,4		
A2 tiefe Infektion			5 / 11	45,5		
A3 Räume/Organe			2 / 11	18,2		
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			16	3,6		
Allgemeine behandlungsbed. postoperative Komplikation(en)						
Anzahl Pat. mit mind. einer Komplik. (Mehrfachnennungen möglich)			38	8,6		
Pneumonie			2	0,4		
kardiovaskuläre Komplikation(en)			5	1,1		
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			3	0,7		
Lungenembolie			2	0,4		
Sonstige			30	6,8		

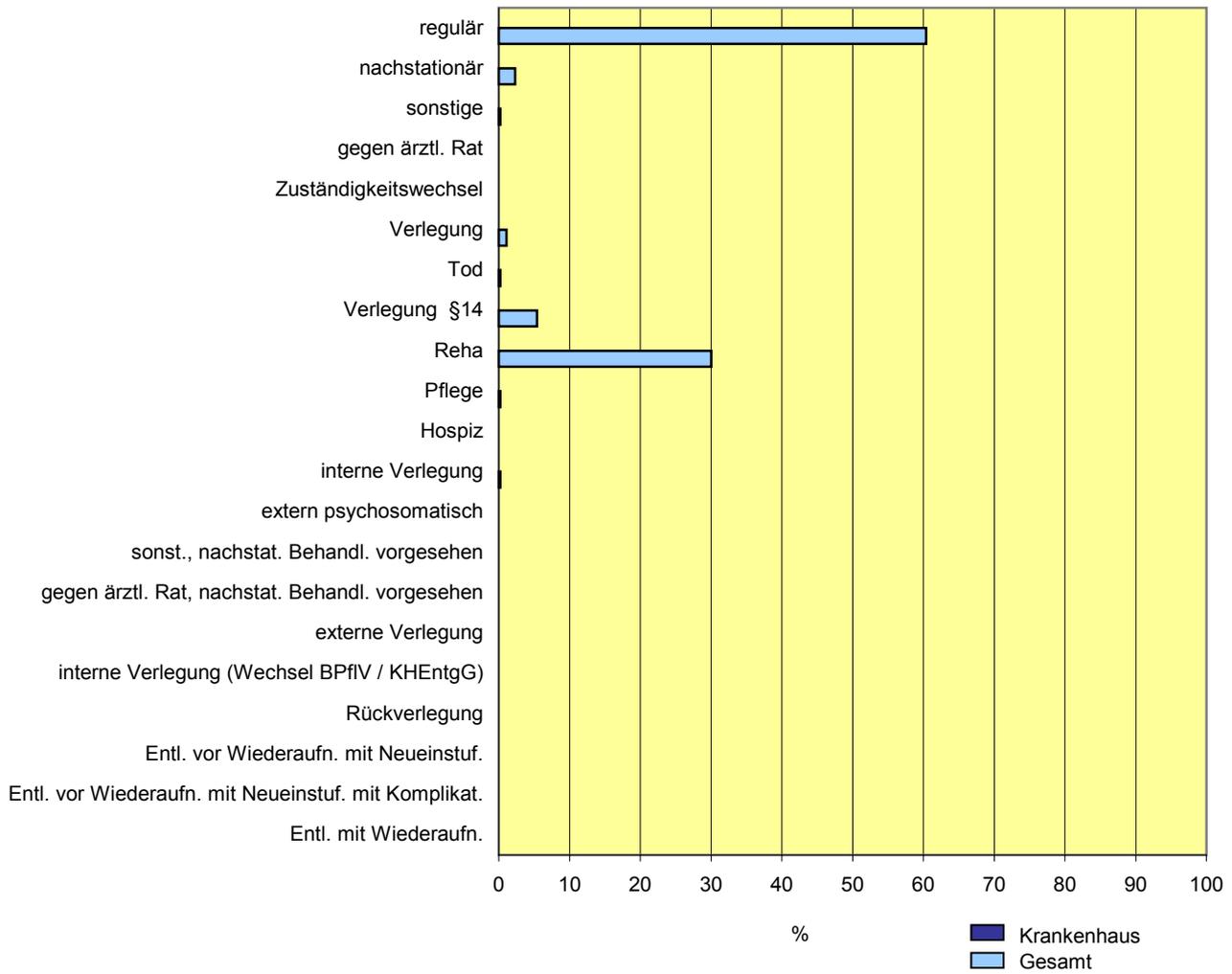
Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt Anzahl der Patienten			415	93,5		
Extension/Flexion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			415	100,0		
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,1		
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,3		
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		
Mittelwert				81,9		
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			416	93,7		
Treppensteigen nicht möglich			28	6,3		
davon operationsbedingt nicht möglich			5 / 28	17,9		
Selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)			437	98,4		
Selbständiges Gehen nicht möglich			7	1,6		
davon operationsbedingt nicht möglich			2 / 7	28,6		
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich Selbständige Versorgung			434	97,7		
in der tgl. Hygiene nicht möglich			10	2,3		
davon operationsbedingt nicht möglich			2 / 10	20,0		

Entlassung II

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund						
1: Behandlung regulär beendet			268	60,4		
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen			10	2,3		
3: Beh. aus sonst. Gründen beendet			1	0,2		
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			0	0,0		
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			0	0,0		
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			5	1,1		
7: Tod			1	0,2		
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV'95)			24	5,4		
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			133	30,0		
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			1	0,2		
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0		
12: Interne Verlegung			1	0,2		
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			0	0,0		
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0		
15: Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0		
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntg und nachfolgende Rückverlegung			0	0,0		
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BPfIV u. des KHEntg			0	0,0		
18: Rückverlegung			0	0,0		
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0		
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			0	0,0		
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			0	0,0		
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			0 / 1	0,0		
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			0 / 1	0,0		

Verteilung der Entlassungsgründe



Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-
Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 35
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/7 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2506
2004 - D3250-L19499-P13623

Übersicht Qualitätsindikatoren

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

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			3 / 442	0,7%
Vertrauensbereich				0,13% - 2,00%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			6 / 442	1,4%
Vertrauensbereich				0,49% - 2,95%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			3 / 6	50,0%
Grad 2			3 / 6	50,0%
Grad 3			0 / 6	0,0%
Grad 4			0 / 6	0,0%
keine Gradangabe			0 / 6	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			436 / 442	98,6%

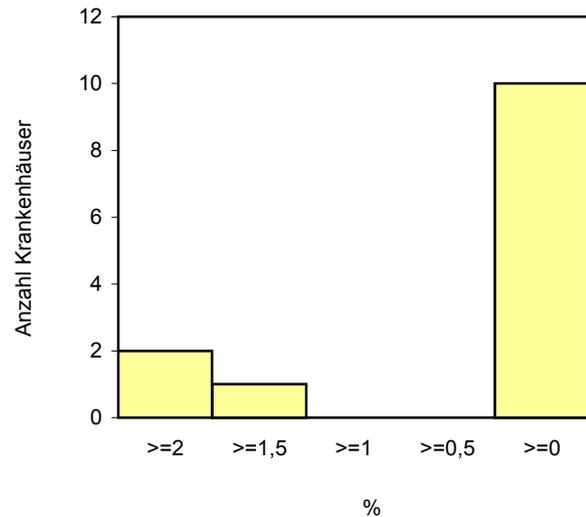
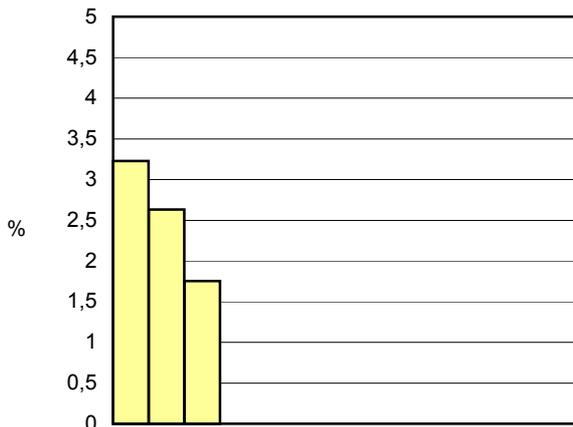
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1a]:
 Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung
 an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



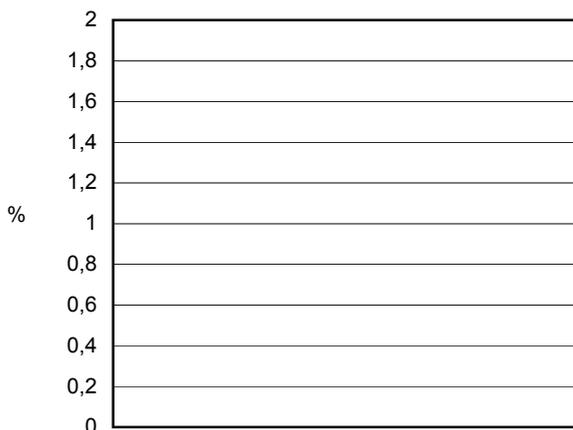
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1b]:

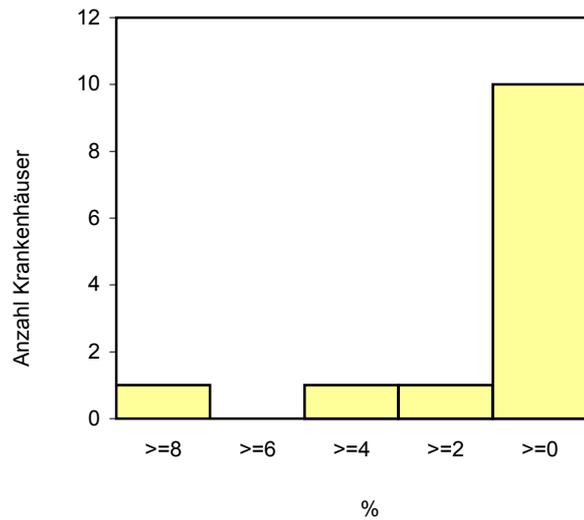
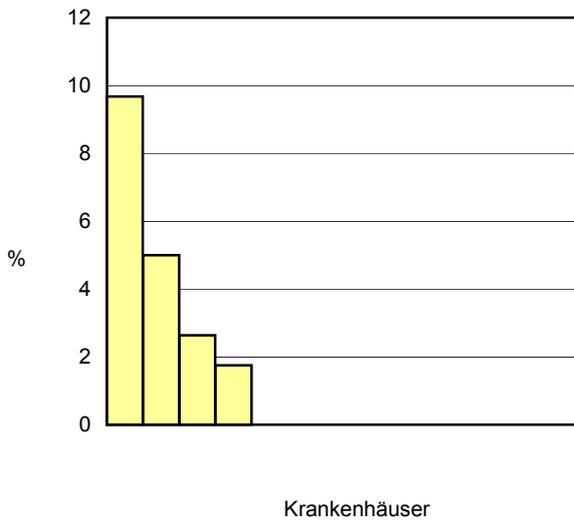
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



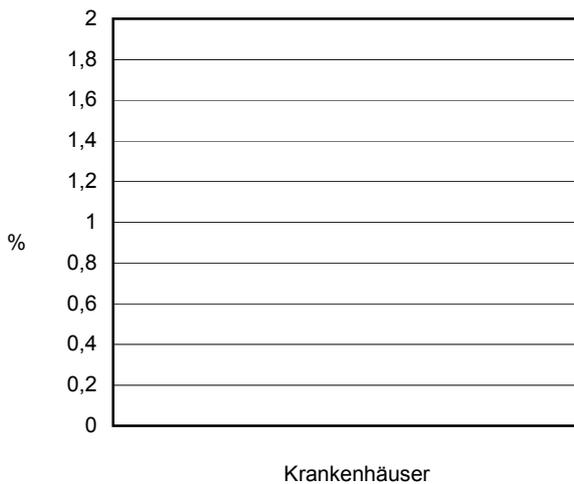
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			0 / 2	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 84,20%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			0 / 0	
Grad 2			0 / 0	
Grad 3			0 / 0	
Grad 4			0 / 0	
keine Gradangabe			0 / 0	
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			2 / 2	100,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:

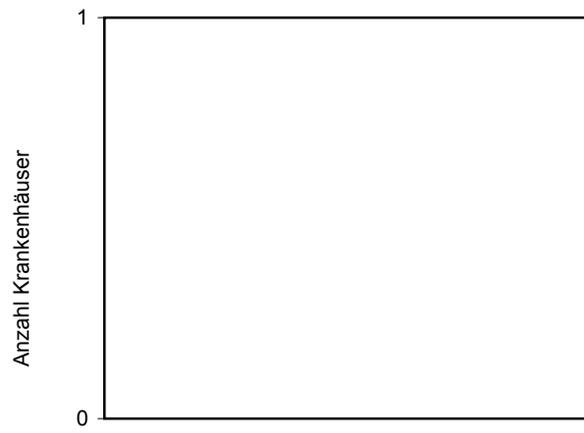
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

33 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

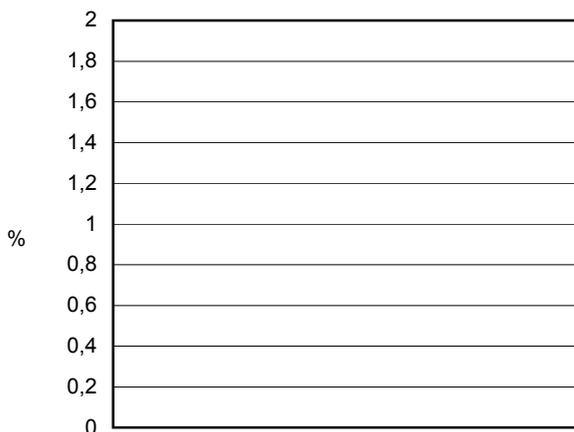
%

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% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-
Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 35
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/7 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2506
2004 - D3250-L19499-P13623

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			444	

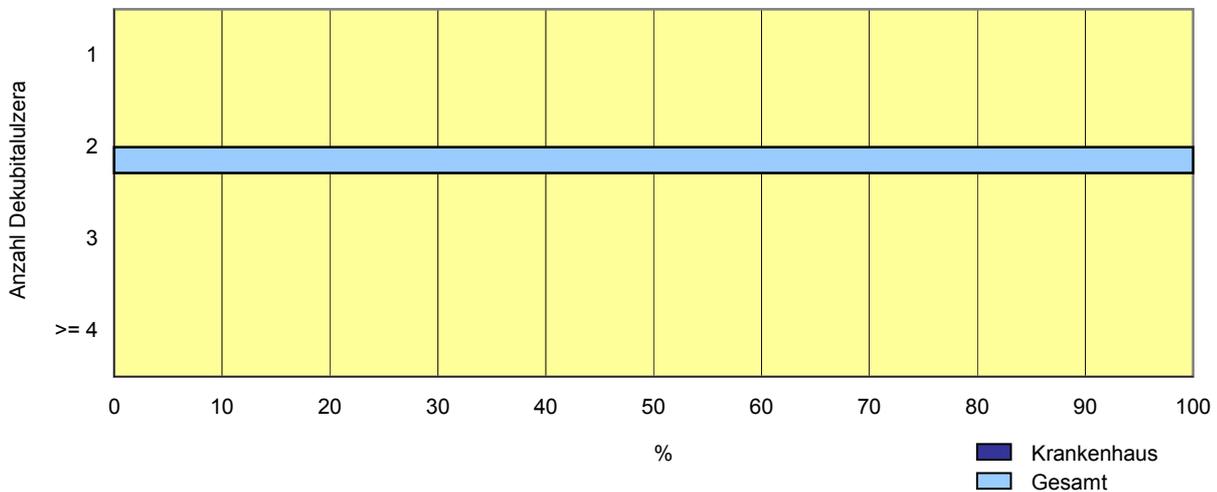
Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren) gültige Altersangabe			444	100,0
< 20			0	0,0
20 - 39			2	0,4
40 - 59			64	14,4
60 - 69			139	31,3
70 - 79			188	42,3
80 - 89			49	11,0
>= 90			2	0,4
Alter (Jahre)				
Median			444	70,5
Mittelwert				69,3
Geschlecht				
männlich			133	30,0
weiblich			311	70,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			25	5,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			222	50,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			189	42,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			8	1,8
5: moribunder Patient			0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja			2	0,4
nein			442	99,5
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			4 / 2	2,00
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:			1	50,0
Grad 2:			1	50,0
Grad 3:			0	0,0
Grad 4:			0	0,0

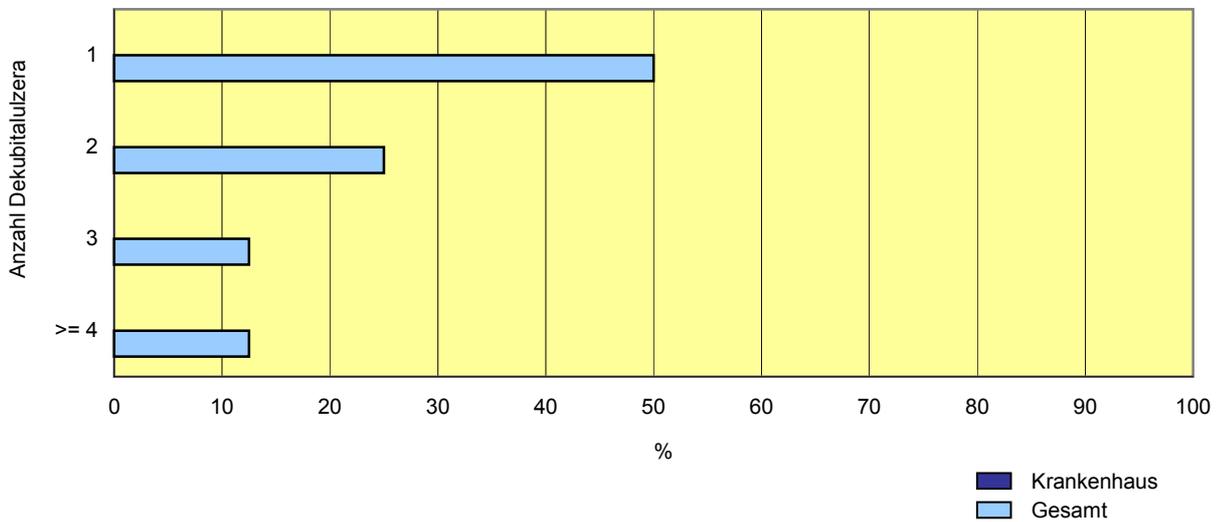
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja			8	1,8
nein			436	98,2
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			15 / 8	1,87
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:			3	37,5
Grad 2:			5	62,5
Grad 3:			0	0,0
Grad 4:			0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			2	0,4
davon: Patienten mit				
höherer Anzahl			1 / 2	50,0
unveränderter Anzahl			1 / 2	50,0
reduzierter Anzahl			0 / 2	0,0
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)			1 / 4	0,25

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			2	0,4
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			10 / 442	22,62
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera				
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			436 / 442	98,6
1			4 / 442	0,9
2			1 / 442	0,2
3			0 / 442	0,0
4 oder mehr			1 / 442	0,2
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus			6 / 442	1,4
davon:				
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient			10 / 6	1,67