

Jahresauswertung 2005 Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 36
Auswertungsversion: 20. April 2006
Datensatzversion: 17/7 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 25. April 2006
Nr. Gesamt-3152
2005 - D4001-L28399-P16807

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation			87,1%	>= 69,0%	18,1%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe			99,2%	>= 95%	4,2%	1.4
QI 3: Gehfähigkeit bei Entlassung			98,8%	>= 85%	13,8%	1.7
QI 4: Gefäßläsion			0,0%	<= 1%	1,0%	1.11
QI 5: Nervenschaden			0,6%	<= 1%	0,4%	1.13
QI 6: Fraktur			0,4%	<= 4%	3,6%	1.15
QI 7: Postoperative Wundinfektion			1,0%	nicht definiert		1.17
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen			5,1%	<= 15,0%	9,9%	1.25
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen			5,5%	<= 20,0%	14,5%	1.28
QI 10: Reinterventionen wegen Komplikation			2,4%	<= 11,5%	9,2%	1.31
QI 11: Letalität			0,2%	Sentinel Event		1.33

¹ Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 69,0% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			450 / 510	88,2%
Patienten mit Ruheschmerz			410 / 510	80,4%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			391 / 510	76,7%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung			129 / 510	25,3%
Patienten mit Lockerung Femur-Komponente			249 / 510	48,8%
Patienten mit Lockerung Tibia-Komponente			299 / 510	58,6%
Patienten mit Lockerung Patella-Komponente			35 / 510	6,9%
Patienten mit Substanzverlust Femur			156 / 510	30,6%
Patienten mit Substanzverlust Tibia			198 / 510	38,8%
Patienten mit Verschleiß der Gleitfläche			219 / 510	42,9%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			121 / 510	23,7%
Patienten mit Erregernachweis			49 / 510	9,6%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			444 / 510	87,1%
Vertrauensbereich				83,83% - 89,85%
Referenzbereich		>= 69,0%		>= 69,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			383 / 444	86,3% 82,70% - 89,33%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1]:

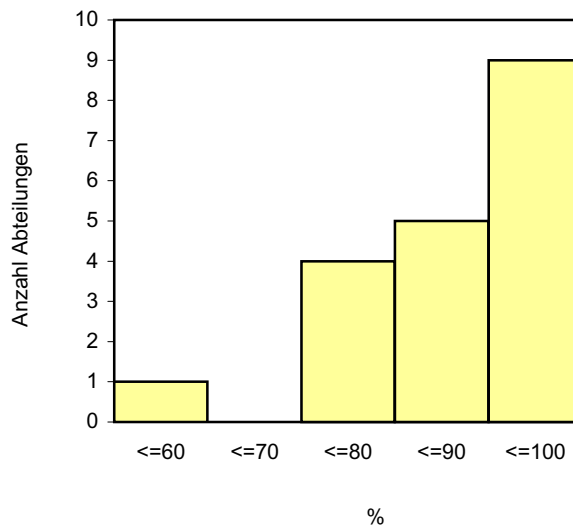
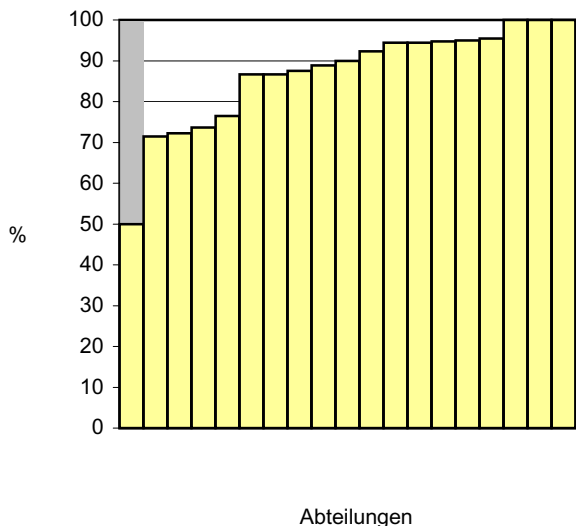
Anteil von Patienten mit mindestens einem der oben genannten Kriterien an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 90,0%



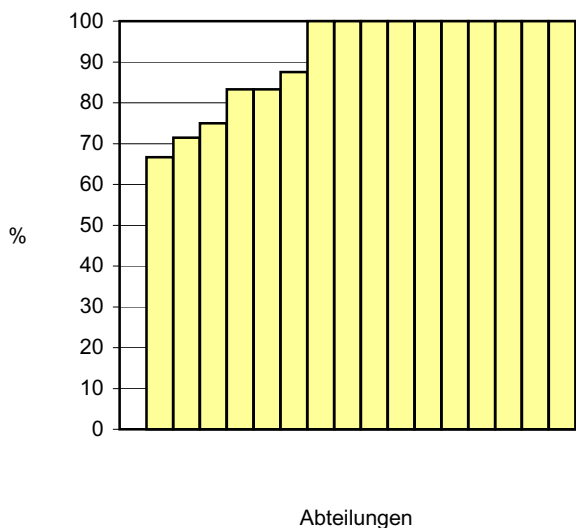
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

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

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95%

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

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	506 / 510 99,2%	254 / 257 98,8%	252 / 253 99,6%
Vertrauensbereich	97,98% - 99,80%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot	259 / 506 51,2%	143 / 254 56,3%	116 / 252 46,0%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	247 / 506 48,8%	111 / 254 43,7%	136 / 252 54,0%

¹ eingeschränkt auf plausible Werte bei Angabe der OP-Dauer in min (>0 und <5000)

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	441 / 444 99,3% 98,01% - 99,87%	228 / 231 98,7%	213 / 213 100,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:

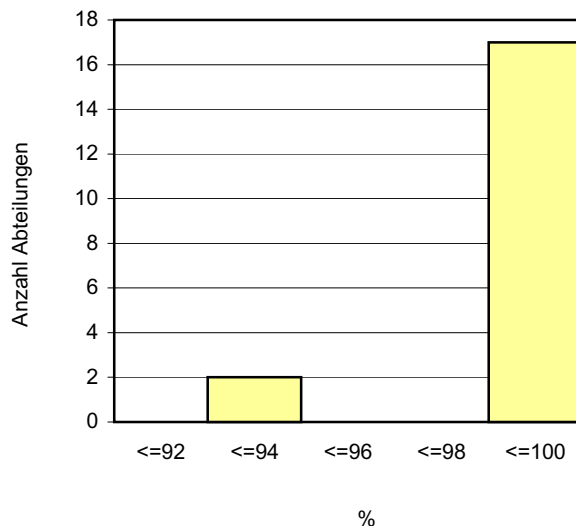
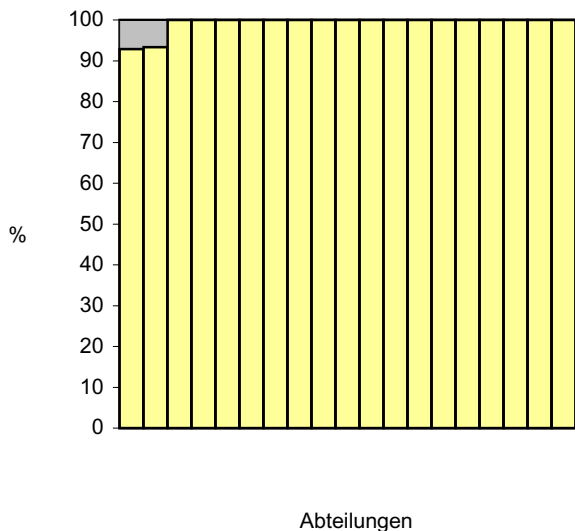
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



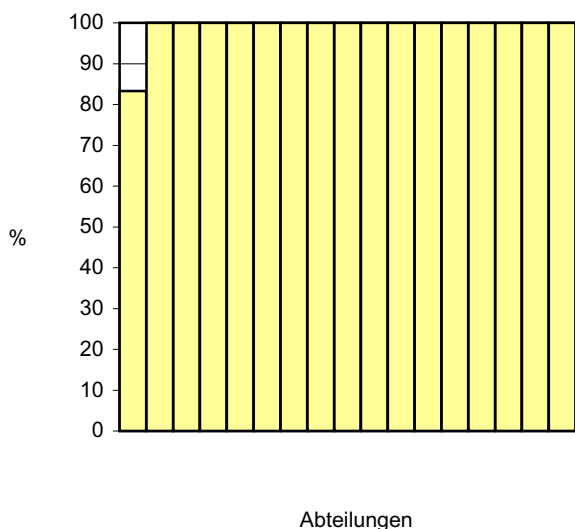
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.


Qualitätsindikator 3: Gehfähigkeit bei Entlassung

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

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

Referenzbereich: >= 85%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist			495 / 501	98,8%
Vertrauensbereich				97,39% - 99,57%
Referenzbereich		>= 85%		>= 85%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) NICHT möglich ist,				
davon				
operationsbedingt			2 / 6	33,3%
nicht operationsbedingt			4 / 6	66,7%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist			434 / 440	98,6%
Vertrauensbereich				97,04% - 99,51%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:

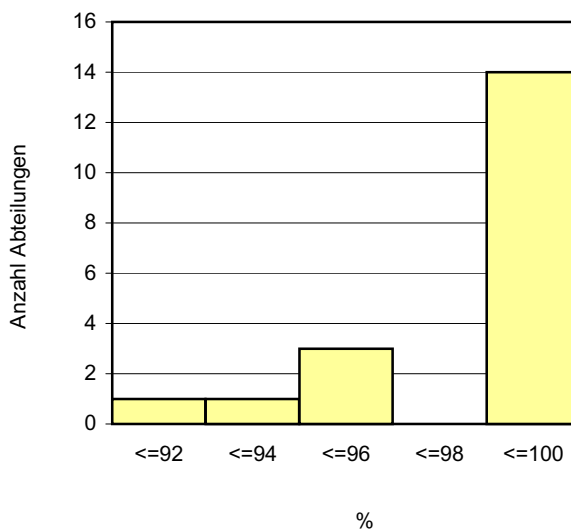
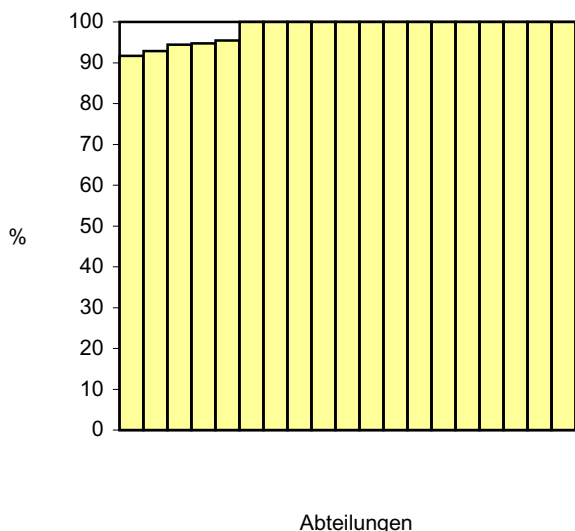
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



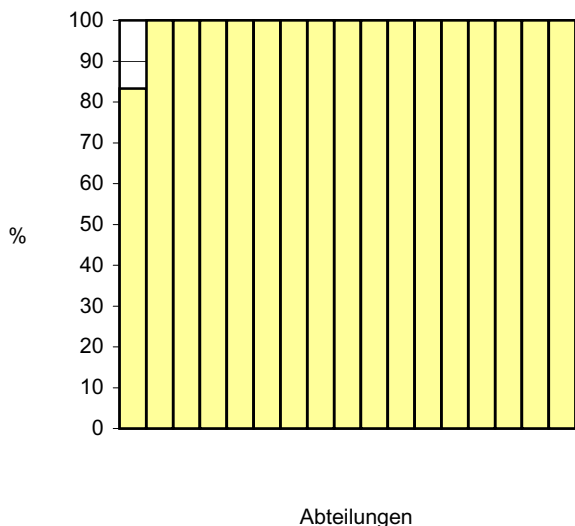
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

und postoperativer Verweildauer:

- Gruppe 1: < 5 Tage¹
- Gruppe 2: 5 bis 10 Tage¹
- Gruppe 3: 11 bis 15 Tage¹
- Gruppe 4: > 15 Tage¹

Abteilung 2005				
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist				
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist	1 / 1 100,0%	62 / 62 100,0%	265 / 266 99,6%	167 / 172 97,1%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) NICHT möglich ist, davon				
operationsbedingt	0 / 0	0 / 0	0 / 1 0,0%	2 / 5 40,0%
nicht operationsbedingt	0 / 0	0 / 0	1 / 1 100,0%	3 / 5 60,0%

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 510	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,72%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 444	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,83%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4]:

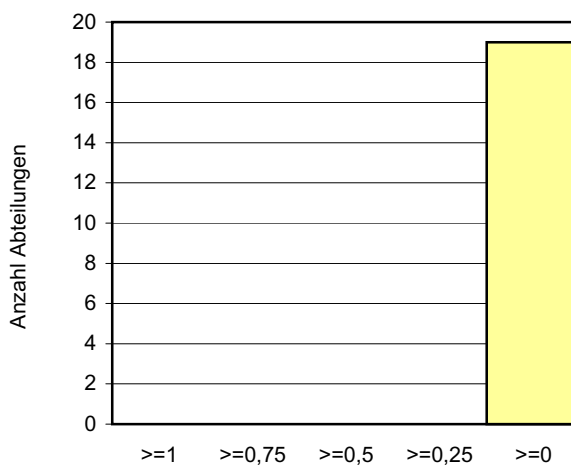
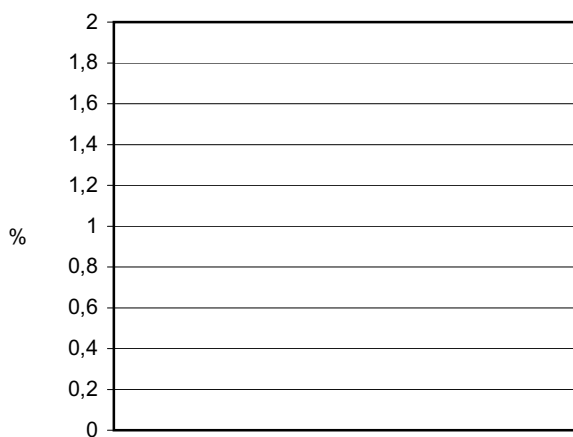
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

%

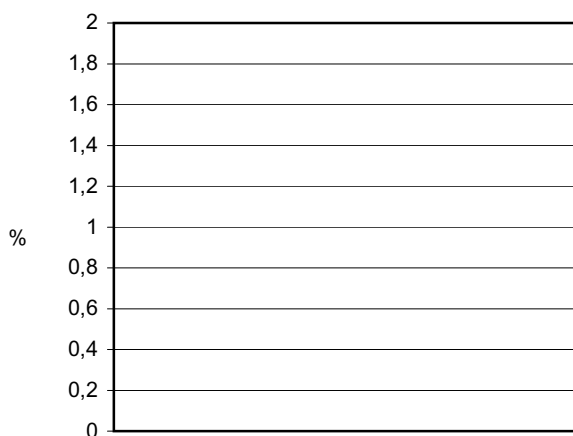
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 5: Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			3 / 510	0,6%
Vertrauensbereich				0,11% - 1,73%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			0 / 444	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,83%

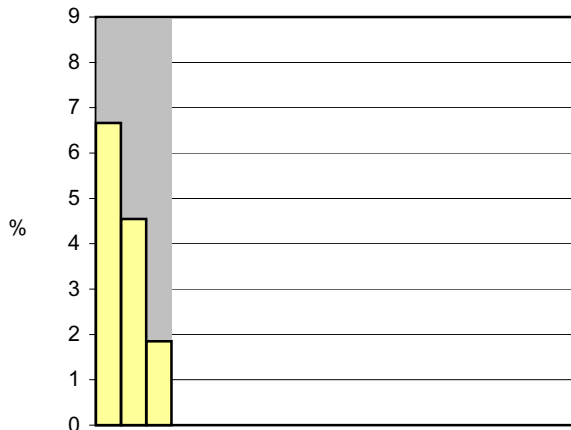
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5]:
 Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

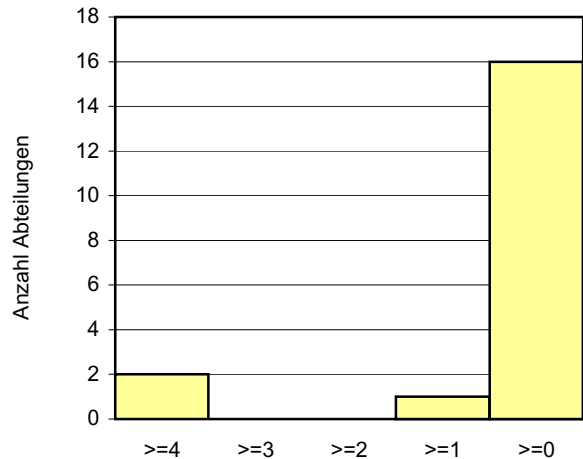
Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

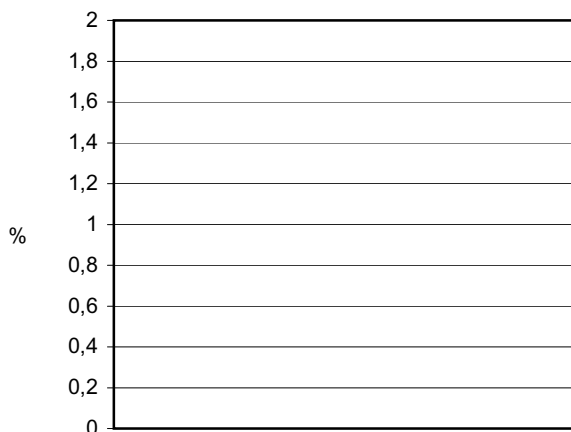
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 6: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 4%

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			2 / 510	0,4%
Vertrauensbereich				0,04% - 1,43%
Referenzbereich		<= 4%		<= 4%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			2 / 444	0,5%
Vertrauensbereich				0,04% - 1,65%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6]:

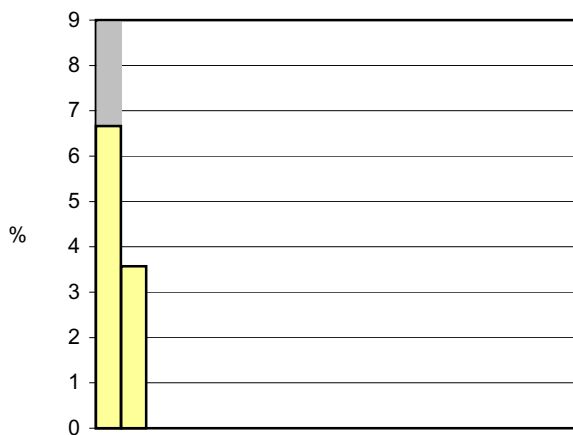
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

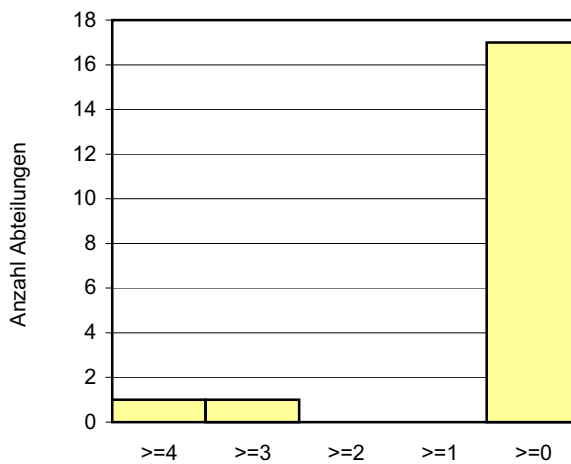
Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

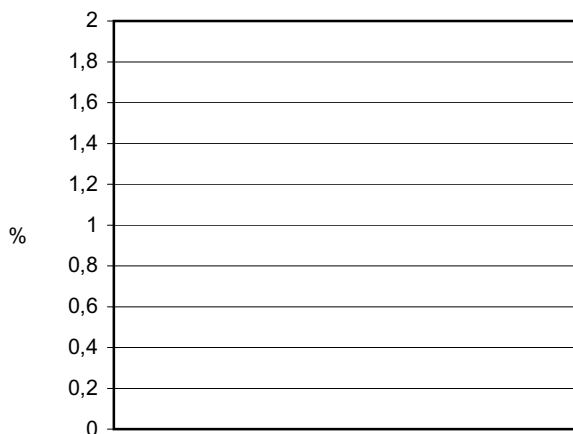
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

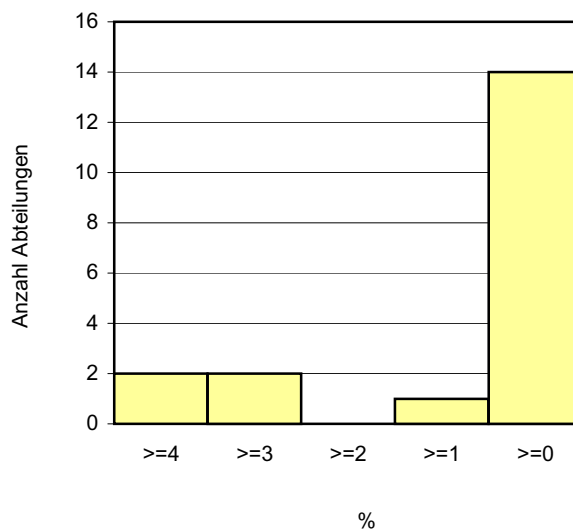
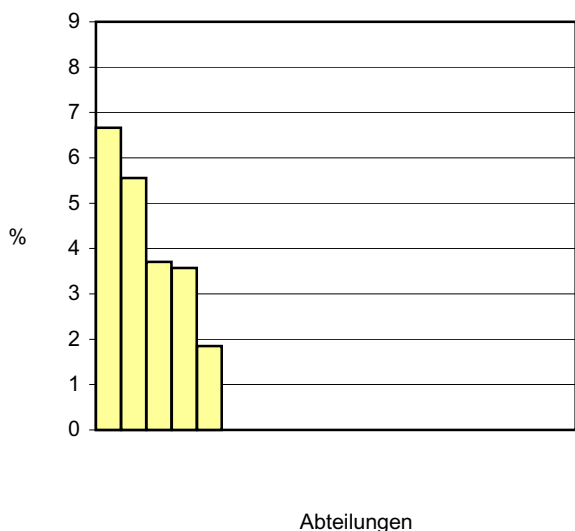
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			5 / 510	1,0%
Vertrauensbereich				0,31% - 2,29%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 510	0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			2 / 510	0,4%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			11 / 444	2,5%
Vertrauensbereich				1,24% - 4,40%

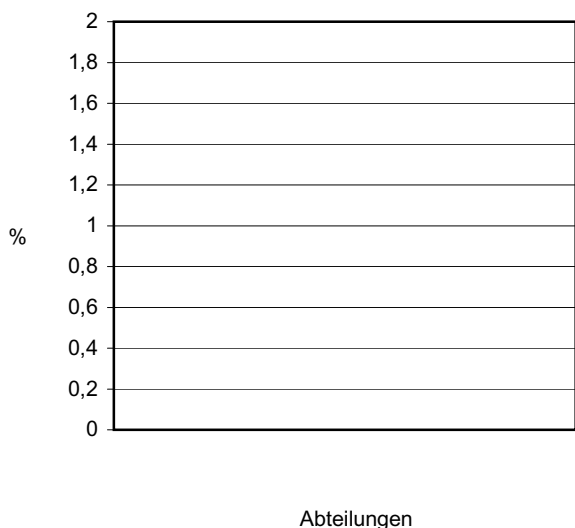
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7]:
 Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten**
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,7%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

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



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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 155 min	1
Wundkontaminations- klassifikation	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 der Centers for Disease Control

Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			231 / 510	45,3%
Risikoklasse 1			192 / 510	37,6%
Risikoklasse 2			80 / 510	15,7%
Risikoklasse 3			7 / 510	1,4%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 231	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 231	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 231	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 231	0,4%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control

Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich			3 / 192	1,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 192	1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 192	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 192	0,5%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control

Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,

Operative Procedure, and Patient Risk Index

Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich			0 / 80	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 80	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 80	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 80	0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich			1 / 7	14,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 7	14,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 7	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 7	0,0%

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

Qualitätsindikator 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 15,0% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			26 / 510	5,1%
Vertrauensbereich				3,35% - 7,39%
Referenzbereich		<= 15,0%		<= 15,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			25 / 444	5,6%
Vertrauensbereich				3,67% - 8,21%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8]:

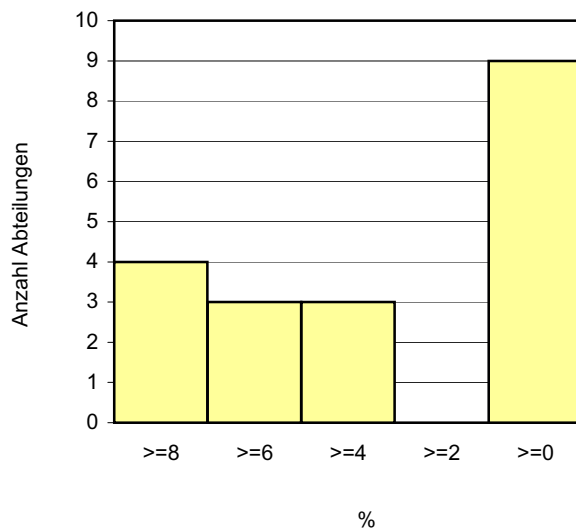
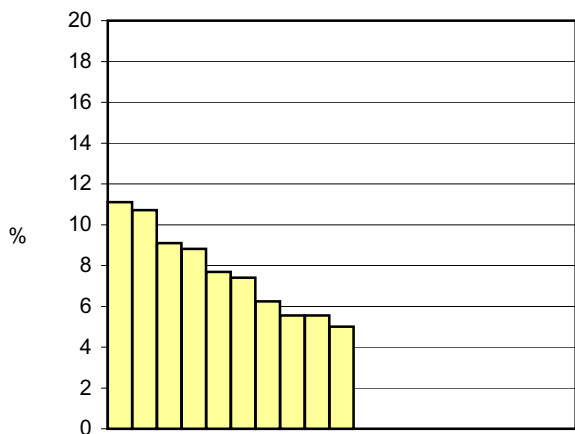
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 5,0%



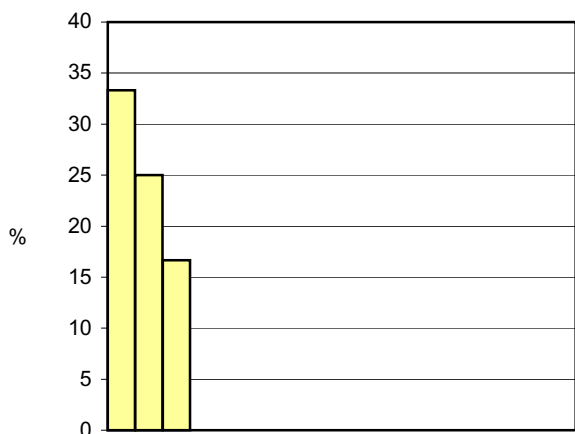
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 33,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 120 min¹
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min¹
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min¹
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min¹

Abteilung 2005				
	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 Wund- hämatom/Nachblutung				
Gesamt 2005				
	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 Wund- hämatom/Nachblutung	13 / 257 5,1%	8 / 176 4,5%	3 / 62 4,8%	2 / 15 13,3%

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

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 20,0% (95%-Bundesperzentile)

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

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	6 / 510 1,2%	1 / 304 0,3%	5 / 206 2,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	7 / 510 1,4%	1 / 304 0,3%	6 / 206 2,9%
Patienten mit tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose	3 / 510 0,6%	1 / 304 0,3%	2 / 206 1,0%
Patienten mit Lungenembolie	2 / 510 0,4%	1 / 304 0,3%	1 / 206 0,5%
Patienten mit sonstiger Komplikation	15 / 510 2,9%	5 / 304 1,6%	10 / 206 4,9%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen	28 / 510 5,5%	9 / 304 3,0%	19 / 206 9,2%
Vertrauensbereich	3,68% - 7,85%		
Referenzbereich	<= 20,0%		

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen	38 / 444 8,6%	14 / 247 5,7%	24 / 197 12,2%
Vertrauensbereich	6,12% - 11,57%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9]:

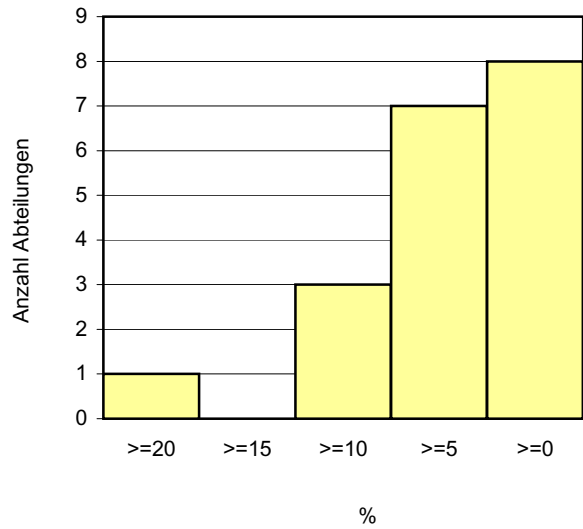
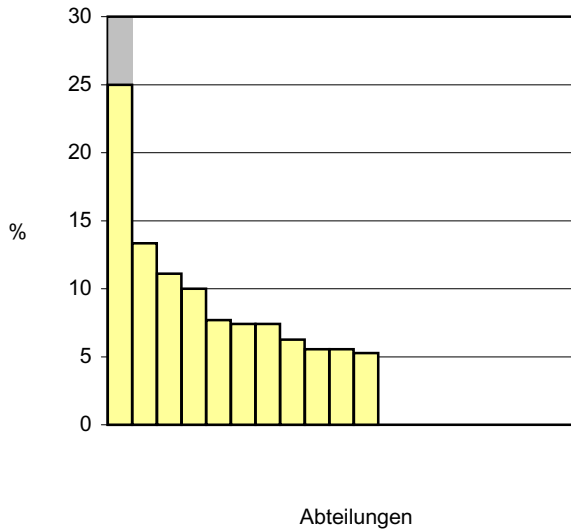
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 25,0%

Median der Abteilungswerte: 5,6%



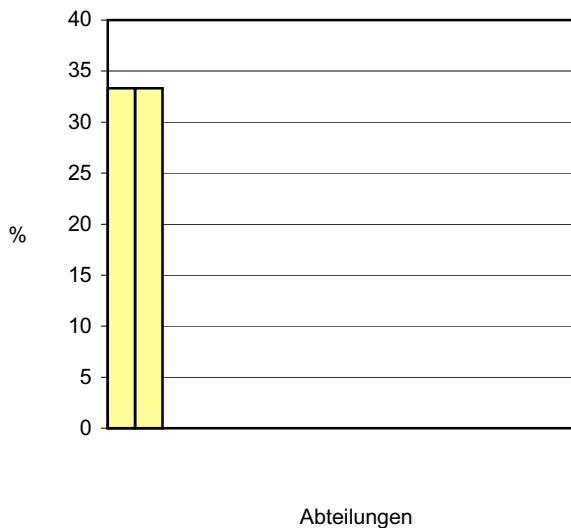
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 33,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.


Qualitätsindikator 10: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 11,5% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			12 / 510	2,4%
Vertrauensbereich				1,22% - 4,09%
Referenzbereich		<= 11,5%		<= 11,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			16 / 444	3,6%
Vertrauensbereich				2,07% - 5,80%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10]:

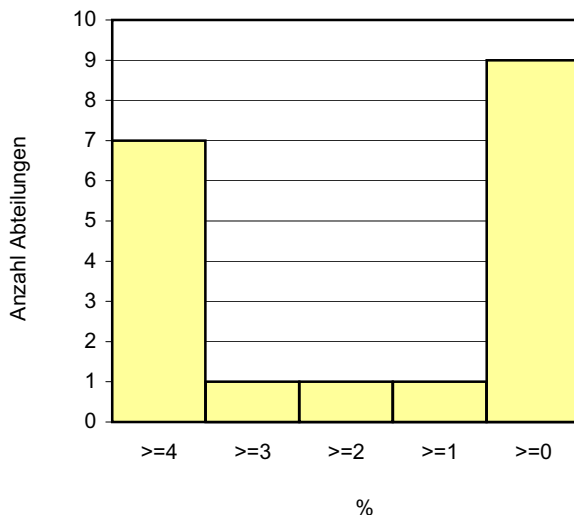
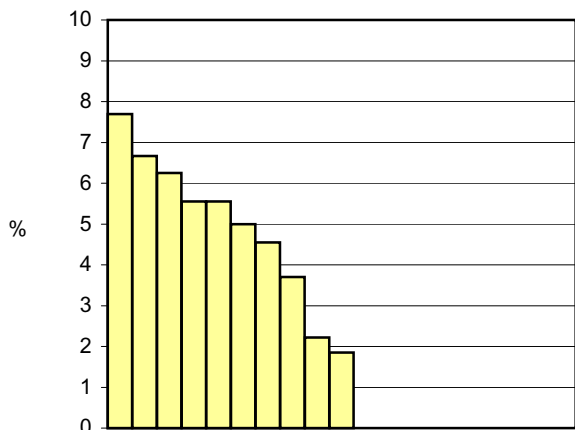
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 1,9%



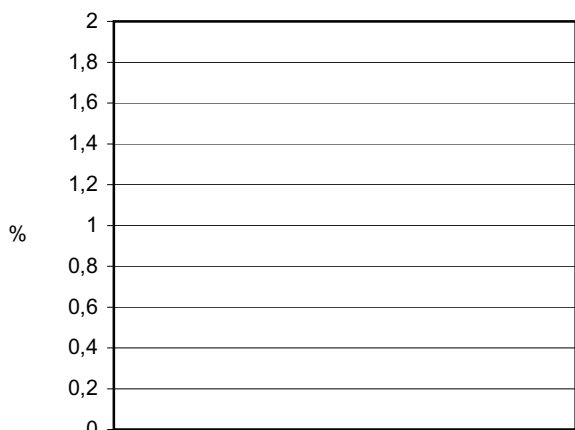
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 11: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1 / 510	0,2%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,12%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1 / 444	0,2%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,28%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11]:

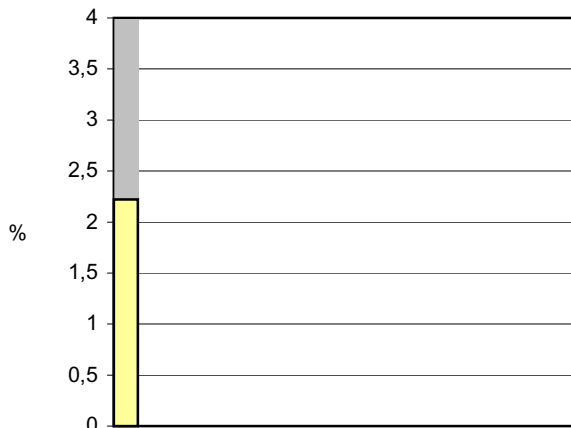
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

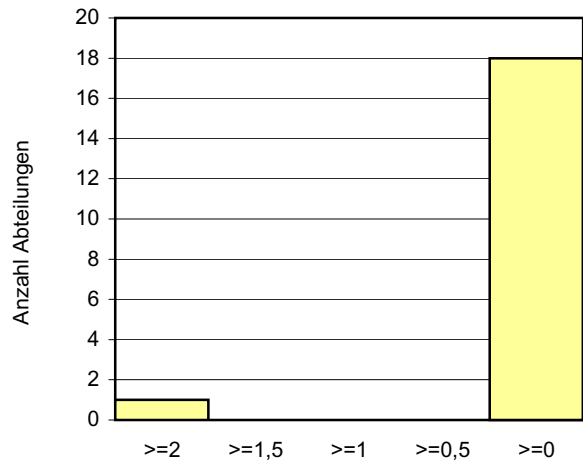
Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

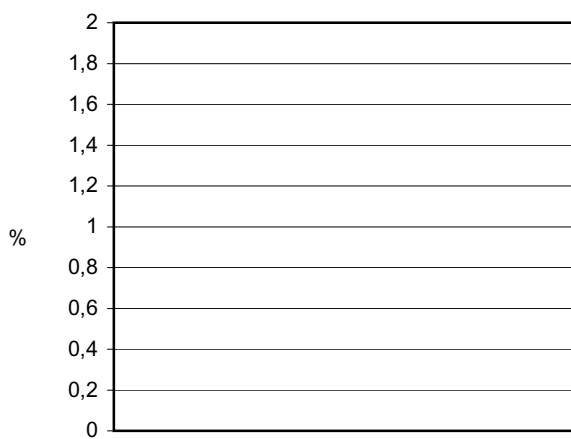
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Abteilung 2005				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
Gesamt 2005				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 304 0,0%	0 / 201 0,0%	1 / 5 20,0%	0 / 0

Jahresauswertung 2005 Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 36
Auswertungsversion: 20. April 2006
Datensatzversion: 17/7 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 25. April 2006
Nr. Gesamt-3152
2005 - D4001-L28399-P16807

Basisdaten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			122	23,9	85	19,1
2. Quartal			125	24,5	117	26,4
3. Quartal			136	26,7	109	24,5
4. Quartal			127	24,9	133	30,0
Gesamt			510		444	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			510		444	
Median				14,0		15,0
Mittelwert				16,2		17,4
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			510		444	
Median				16,0		17,0
Mittelwert				19,1		20,7

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2005

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	396	77,6	T84.0	337	75,9
2				D62	121	23,7	Z96.6	84	18,9
3				Z96.6	107	21,0	T84.5	60	13,5
4				I10.00	107	21,0	I10.00	41	9,2
5				I10.90	76	14,9	D62	37	8,3
6				T84.5	62	12,2	I10.90	34	7,7
7				E66.0	46	9,0	E66.0	33	7,4
8				M17.1	43	8,4	M17.1	29	6,5

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

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

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	5-823.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
4	8-390	Lagerungsbehandlung
5	5-823.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

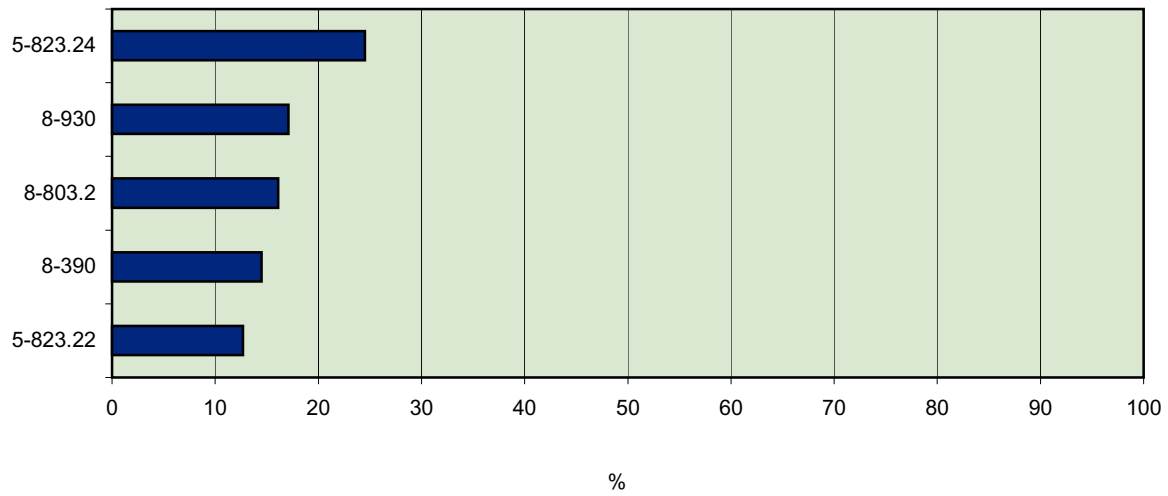
	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-823.24	125	24,5	5-823.24	116	26,1
2				8-930	87	17,1	8-803.2	69	15,5
3				8-803.2	82	16,1	5-823.22	55	12,4
4				8-390	74	14,5	8-930	48	10,8
5				5-823.22	65	12,7	8-800.2	47	10,6

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

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 Version 2005 (Gesamt 2005)



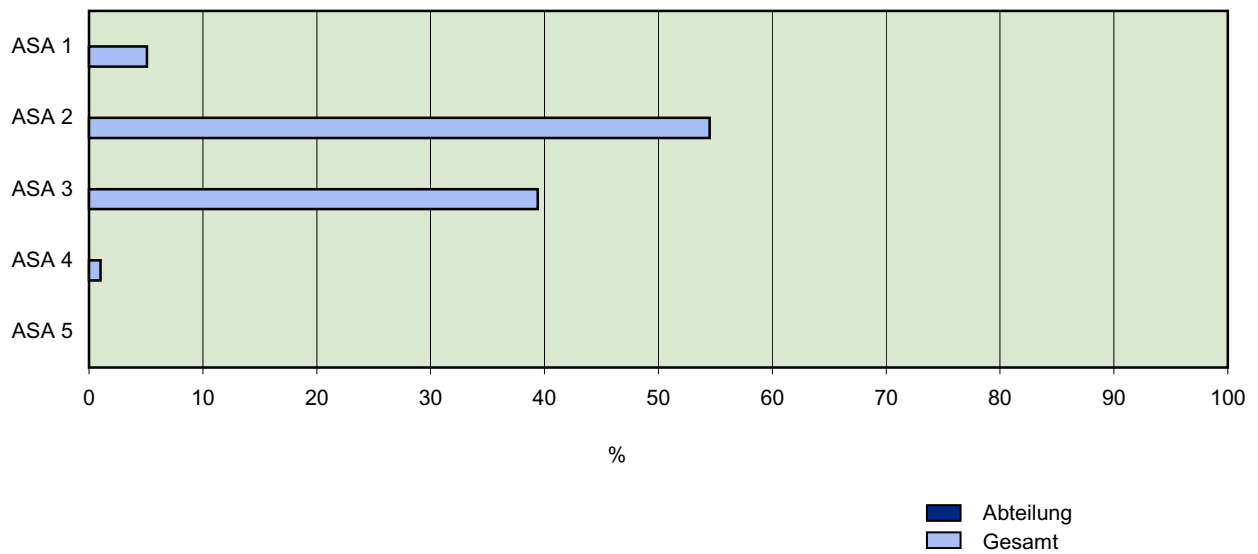
OPS Version 2005

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			4	0,8	5	1,1
5-986 Minimalinvasive Technik			0	0,0	0	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0	0,0	0	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			5	1,0	6	1,4

Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			510 / 510		444 / 444	
< 40 Jahre			2 / 510	0,4	2 / 444	0,5
40 - 59 Jahre			82 / 510	16,1	64 / 444	14,4
60 - 79 Jahre			357 / 510	70,0	327 / 444	73,6
80 - 89 Jahre			67 / 510	13,1	49 / 444	11,0
>= 90 Jahre			2 / 510	0,4	2 / 444	0,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			510		444	
Median				71,0		70,5
Mittelwert				69,6		69,3
Geschlecht						
männlich			156	30,6	133	30,0
weiblich			354	69,4	311	70,0
Zu operierende Seite						
rechts			280	54,9	227	51,1
links			230	45,1	217	48,9
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			26	5,1	25	5,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			278	54,5	222	50,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			201	39,4	189	42,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			5	1,0	8	1,8
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl bisheriger Prothesenwechsel						
keine			396	77,6	357	80,4
einmal			88	17,3	68	15,3
mehr als einmal			26	5,1	19	4,3
Ruhschmerzen			410	80,4	347	78,2
Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			391	76,7	340	76,6
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen						
nein			60	11,8	60	13,5
bei Bedarf			248	48,6	224	50,5
regelmäßig			202	39,6	160	36,0

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			459	90,0	402	90,5
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			459		395	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,4
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				3,1		2,6
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				86,6		86,5
Bandinstabilität			200	39,2	181	40,8

Labor

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor			121	23,7	118	26,6
Gelenkpunktion			143	28,0	144	32,4
Erregernachweis			49	9,6	49	11,0

Röntgendiagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			129	25,3	97	21,8
Lockerung der Femur-Komponente			249	48,8	190	42,8
Lockerung der Tibia-Komponente			299	58,6	247	55,6
Lockerung der Patella-Komponente			35	6,9	33	7,4
Substanzverlust Femur			156	30,6	119	26,8
Substanzverlust Tibia			198	38,8	158	35,6
Verschleiß der Gleitfläche			219	42,9	163	36,7
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			427	83,7	365	82,2
bedingt aseptische Eingriffe			47	9,2	44	9,9
kontaminierte Eingriffe			9	1,8	5	1,1
septische Eingriffe			27	5,3	30	6,8

Operation

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs (Minuten) (Schnitt-Nahtzeit)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			510		444	
Median				120,0		120,0
Mittelwert				131,6		130,2
Medikamentöse Thromboseprophylaxe			506	99,2	442	99,5
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
keine Prophylaxe			4	0,8	3	0,7
mit Prophylaxe			506	99,2	441	99,3
davon						
single shot			259 / 506	51,2	243 / 441	55,1
intraoperative Zweitgabe			31 / 506	6,1	44 / 441	10,0
öfter			216 / 506	42,7	154 / 441	34,9
Bluttransfusion						
Patienten mit Bluttransfusion			247 / 510	48,4	210 / 444	47,3
davon						
Eigenblut			81 / 247	32,8	62 / 210	29,5
Fremdblut			178 / 247	72,1	163 / 210	77,6
Eigenblut						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			81		44	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				1,7		1,8
Fremdblut						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			178		150	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				3,0		3,0

Operation (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verteilung						
Transfusionseinheiten (TE)						
Eigenblut 1 TE			34	6,7	12	2,7
Eigenblut 2 TE			42	8,2	31	7,0
Eigenblut >= 3 TE			5	1,0	1	0,2
Fremdblut 1 TE			16	3,1	9	2,0
Fremdblut 2 TE			101	19,8	84	18,9
Fremdblut >= 3 TE			61	12,0	57	12,8
mindestens 1 TE Eigenblut oder Fremdblut			247	48,4	181	40,8
Eigen- und Fremdblut >= 3 TE			72	14,1	68	15,3
Verwendung eines Cell-Savers			176	34,5	144	32,4
Zementierung einer Komponente			465	91,2	401	90,3
davon						
Vakuumzementmischtechnik			155 / 465	33,3	96 / 401	23,9
Tuberositasversetzung/ -ablösung			36	7,1	26	5,9
Zusatzosteosynthese			37	7,3	22	5,0
Defektaufbau			129	25,3	112	25,2

Verlauf

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			506	99,2	439	98,9
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			34	6,7	34	7,7
<i>Mehrfachnennungen möglich</i> Wundhämatom/Nachblutung			26	76,5	25	73,5
Gefäßläsion			0	0,0	0	0,0
Nervenschaden			3	8,8	0	0,0
Fraktur			2	5,9	2	5,9
Implantatfehlage						
Femur-Komponente			1	0,2	2	0,5
Tibia-Komponente			0	0,0	2	0,5
Patellafehlstellung			2	0,4	8	1,8
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten davon			5	1,0	11	2,5
A1 (oberflächliche Infektion)			3 / 5	60,0	4 / 11	36,4
A2 (tiefe Infektion)			0 / 5	0,0	5 / 11	45,5
A3 (Räume/Organe)			2 / 5	40,0	2 / 11	18,2
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			12	2,4	16	3,6
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			28	5,5	38	8,6
<i>Mehrfachnennungen möglich</i> Pneumonie			6	1,2	2	0,5
kardiovaskuläre Komplikation(en)			7	1,4	5	1,1
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			3	0,6	3	0,7
Lungenembolie			2	0,4	2	0,5
Sonstige			15	2,9	30	6,8

Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt Anzahl der Patienten			495	97,1	415	93,5
Extension/Flexion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			495		415	
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,5		0,3
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				81,5		81,9
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			465	91,2	416	93,7
Treppensteigen nicht möglich davon			45	8,8	28	6,3
operationsbedingt nicht möglich			15 / 45	33,3	5 / 28	17,9
Selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)			501	98,2	437	98,4
Selbständiges Gehen nicht möglich davon			9	1,8	7	1,6
operationsbedingt nicht möglich			2 / 9	22,2	2 / 7	28,6
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich			496	97,3	434	97,7
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene nicht möglich davon			14	2,7	10	2,3
operationsbedingt nicht möglich			2 / 14	14,3	2 / 10	20,0

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			264	51,8	268	60,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			11	2,2	10	2,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,4	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			5	1,0	5	1,1
07: Tod			1	0,2	1	0,2
08: Verlegung nach § 14			23	4,5	24	5,4
09: in Rehabilitationseinrichtung			198	38,8	133	30,0
10: in Pflegeeinrichtung			3	0,6	1	0,2
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			2	0,4	1	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			1	0,2	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			0 / 1	0,0	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 BpflV 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 BpflV 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 BpflV) | 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 Version 2005

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese ohne Patellaersatz, nicht zementiert			6 / 510	1,2	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			0 / 510	0,0	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			56 / 510	11,0	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			6 / 510	1,2	3 / 444	0,7
5-823.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese, nicht zementiert			1 / 510	0,2	0 / 444	0,0

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.17 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese zementiert			8 / 510	1,6	6 / 444	1,4
5-823.18 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In Scharnierprothese, Hybrid (teilzementiert)			0 / 510	0,0	1 / 444	0,2
5-823.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Sonstige			3 / 510	0,6	0 / 444	0,0
5-823.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Typgleich			33 / 510	6,5	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			1 / 510	0,2	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			65 / 510	12,7	55 / 444	12,4

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.23 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, nicht zementiert			6 / 510	1,2	2 / 444	0,5
5-823.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Scharnierprothese, (teil-)zementiert			125 / 510	24,5	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 / 510	0,2	1 / 444	0,2
5-823.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			48 / 510	9,4	30 / 444	6,8
5-823.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil			19 / 510	3,7	24 / 444	5,4
5-823.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil			37 / 510	7,3	44 / 444	9,9

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Sonstige			3 / 510	0,6	10 / 444	2,3
5-823.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Typgleich			5 / 510	1,0	5 / 444	1,1
5-823.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine andere Scharnierendoprothese, nicht zementiert			1 / 510	0,2	2 / 444	0,5
5-823.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine andere Scharnierendoprothese, (teil-)zementiert			31 / 510	6,1	23 / 444	5,2
5-823.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert			1 / 510	0,2	1 / 444	0,2
5-823.34 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert			11 / 510	2,2	10 / 444	2,3

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-823.35 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Teilwechsel Femurteil			10 / 510	2,0	10 / 444	2,3
5-823.36 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Teilwechsel Tibiateil			11 / 510	2,2	10 / 444	2,3
5-823.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Scharnierendoprothese: Sonstige			7 / 510	1,4	4 / 444	0,9
5-823.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typgleich			8 / 510	1,6	4 / 444	0,9
5-823.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil			2 / 510	0,4	6 / 444	1,4
5-823.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil			2 / 510	0,4	4 / 444	0,9
5-823.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Sonstige			5 / 510	1,0	2 / 444	0,5

Jahresauswertung 2005
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 36
Auswertungsversion: 20. April 2006
Datensatzversion: 17/7 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 25. April 2006
Nr. Gesamt-3152
2005 - D4001-L28399-P16807

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	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			1,2%	nicht definiert		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung			1,2%	nicht definiert		P1.1
QI 2: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
			50,0%	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

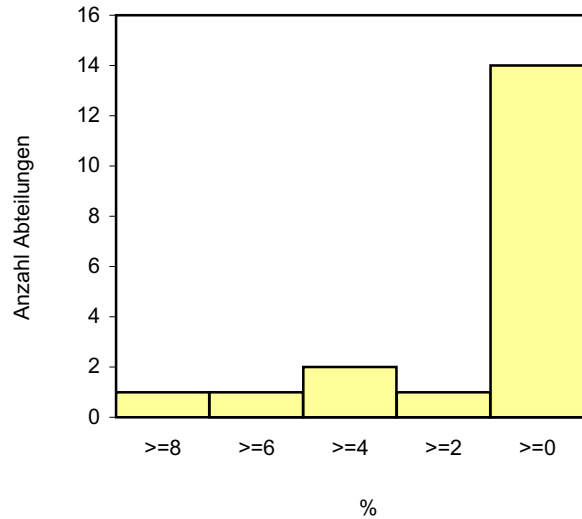
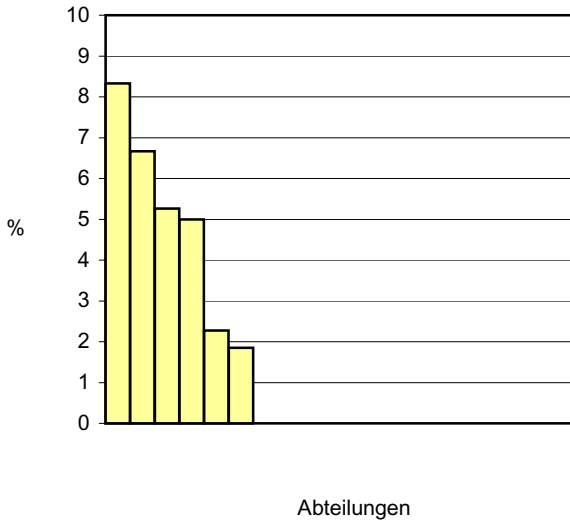
- Qualitätsziel:** Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme
- Referenzbereich:**
- a) Für Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung:
 Ein Referenzbereich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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			6 / 508	1,2%
Vertrauensbereich				0,43% - 2,57%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			6 / 508	1,2%
Vertrauensbereich				0,43% - 2,57%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			0 / 6	0,0%
Grad 2			6 / 6	100,0%
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			502 / 508	98,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			3 / 442	0,7% 0,13% - 2,00%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			6 / 442	1,4% 0,49% - 2,95%

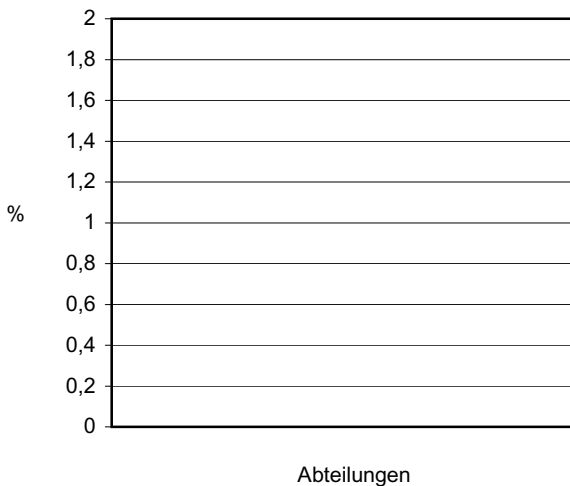
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1a]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



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

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



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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1b]:

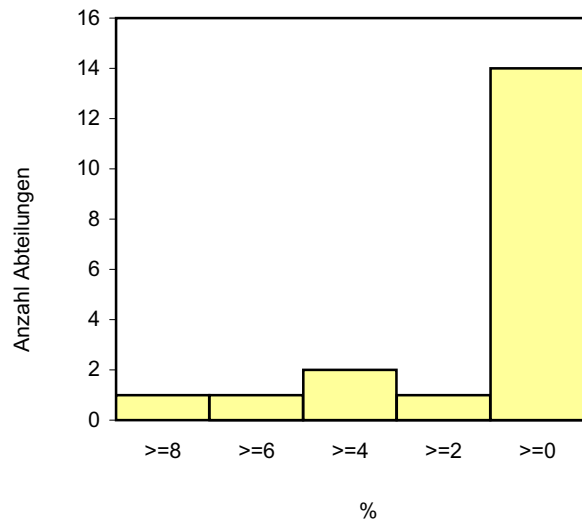
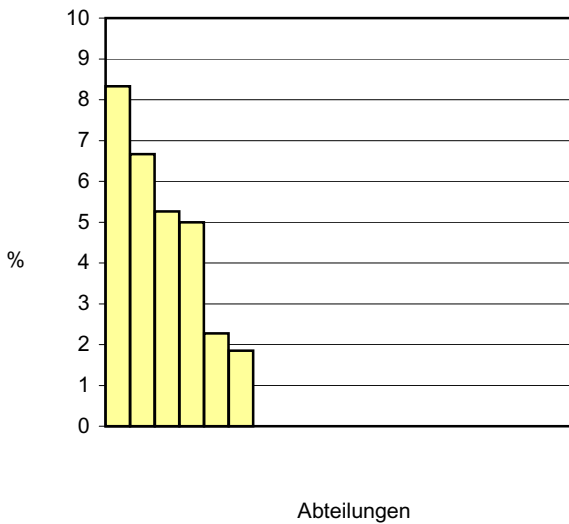
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



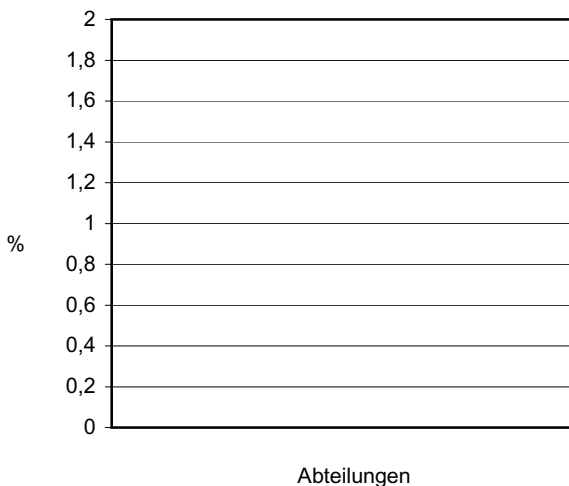
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Qualitätsziel: Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			1 / 2	50,0%
Vertrauensbereich				1,20% - 98,80%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			0 / 1	0,0%
Grad 2			1 / 1	100,0%
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			1 / 2	50,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			0 / 2	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 84,20%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:

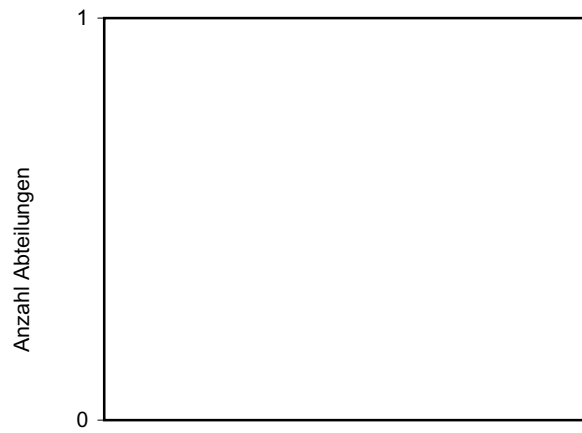
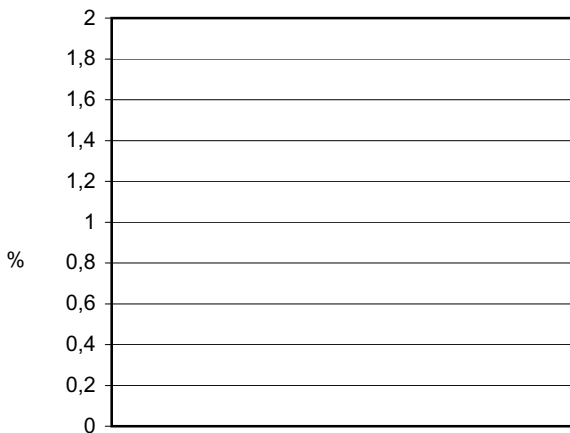
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

34 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



Abteilungen

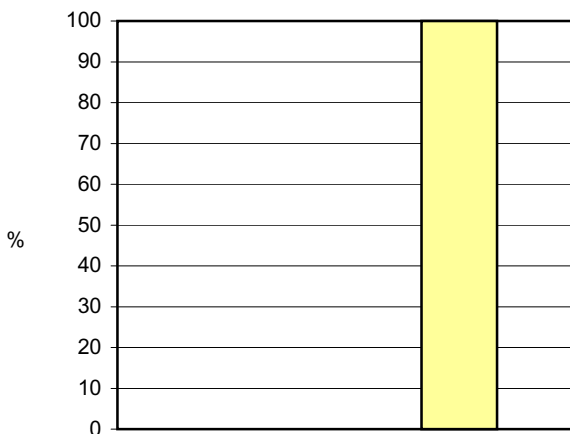
%

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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 50,0%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

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

Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 508	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,72%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 442	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,83%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:

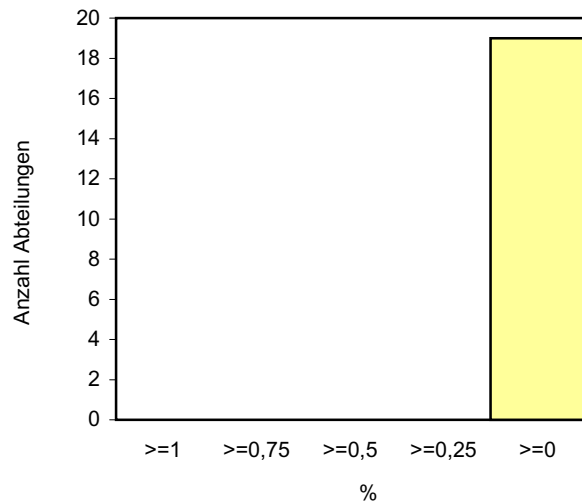
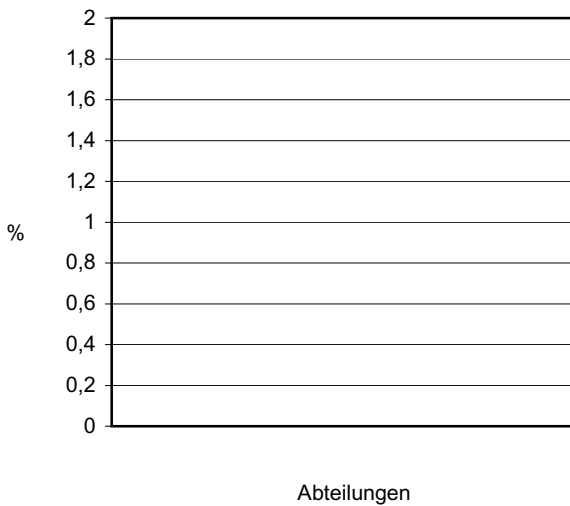
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



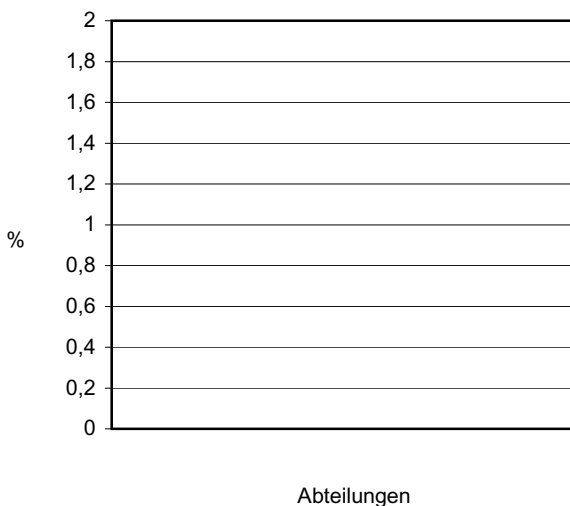
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



17 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2005
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 36
Auswertungsversion: 20. April 2006
Datensatzversion: 17/7 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 25. April 2006
Nr. Gesamt-3152
2005 - D4001-L28399-P16807

Basisdaten

	Abteilung 2005	Gesamt 2005	Gesamt 2004
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		510	444

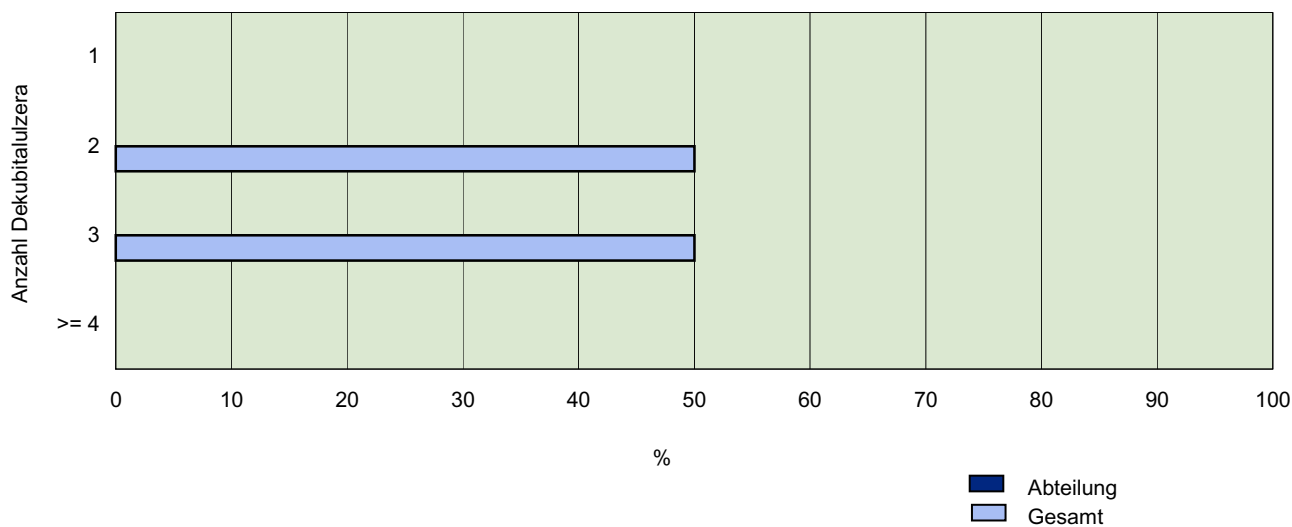
Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			510 / 510		444 / 444	
< 20 Jahre			0 / 510	0,0	0 / 444	0,0
20 - 39 Jahre			2 / 510	0,4	2 / 444	0,5
40 - 59 Jahre			82 / 510	16,1	64 / 444	14,4
60 - 69 Jahre			134 / 510	26,3	139 / 444	31,3
70 - 79 Jahre			223 / 510	43,7	188 / 444	42,3
80 - 89 Jahre			67 / 510	13,1	49 / 444	11,0
>= 90 Jahre			2 / 510	0,4	2 / 444	0,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			510		444	
Median				71,0		70,5
Mittelwert				69,6		69,3
Geschlecht						
männlich			156	30,6	133	30,0
weiblich			354	69,4	311	70,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			26	5,1	25	5,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			278	54,5	222	50,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			201	39,4	189	42,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			5	1,0	8	1,8
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Aufnahme

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja			2	0,4	2	0,5
nein			508	99,6	442	99,5
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			5 / 2	2,50	4 / 2	2,00
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			0	0,0	1	50,0
Grad 2:			2	100,0	1	50,0
Grad 3:			0	0,0	0	0,0
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

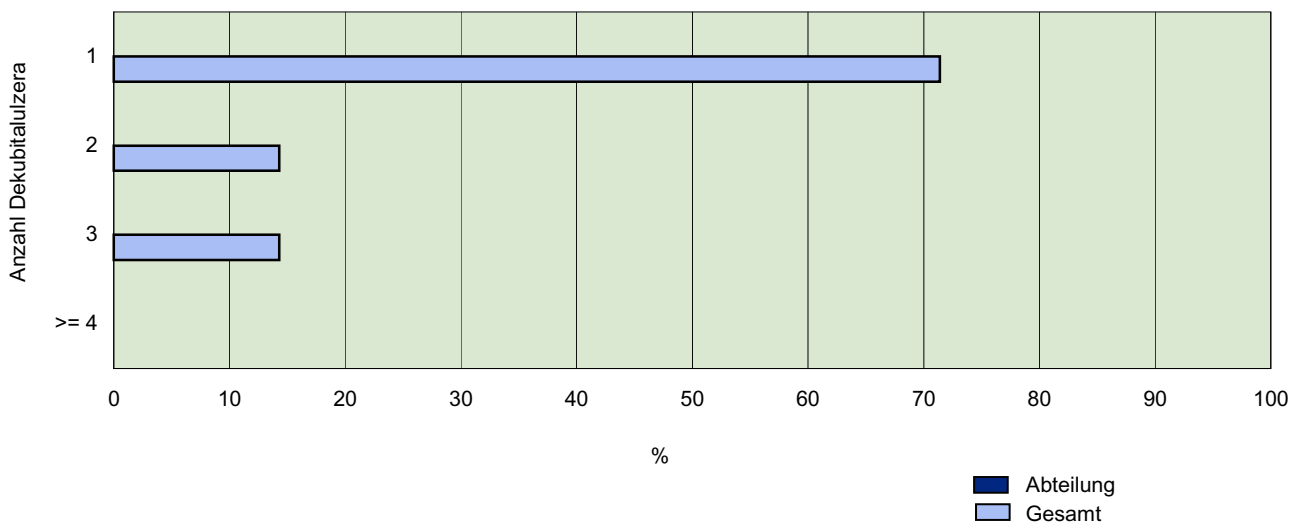
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja			7	1,4	8	1,8
nein			503	98,6	436	98,2
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			10 / 7	1,43	15 / 8	1,88
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			0	0,0	3	37,5
Grad 2:			7	100,0	5	62,5
Grad 3:			0	0,0	0	0,0
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			2	0,4	2	0,5
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			0 / 2	0,0	1 / 2	50,0
unveränderter Anzahl			0 / 2	0,0	1 / 2	50,0
reduzierter Anzahl			2 / 2	100,0	0 / 2	0,0
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) ¹			-4 / 5	-0,80	1 / 4	0,25

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			2	0,4	2	0,5
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			9 / 508	17,72	10 / 442	22,62
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			502 / 508	98,8	436 / 442	98,6
1			4 / 508	0,8	4 / 442	0,9
2			1 / 508	0,2	1 / 442	0,2
3			1 / 508	0,2	0 / 442	0,0
4 oder mehr			0 / 508	0,0	1 / 442	0,2
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus davon:			6 / 508	1,2	6 / 442	1,4
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient ¹			9 / 6	1,50	10 / 6	1,67

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

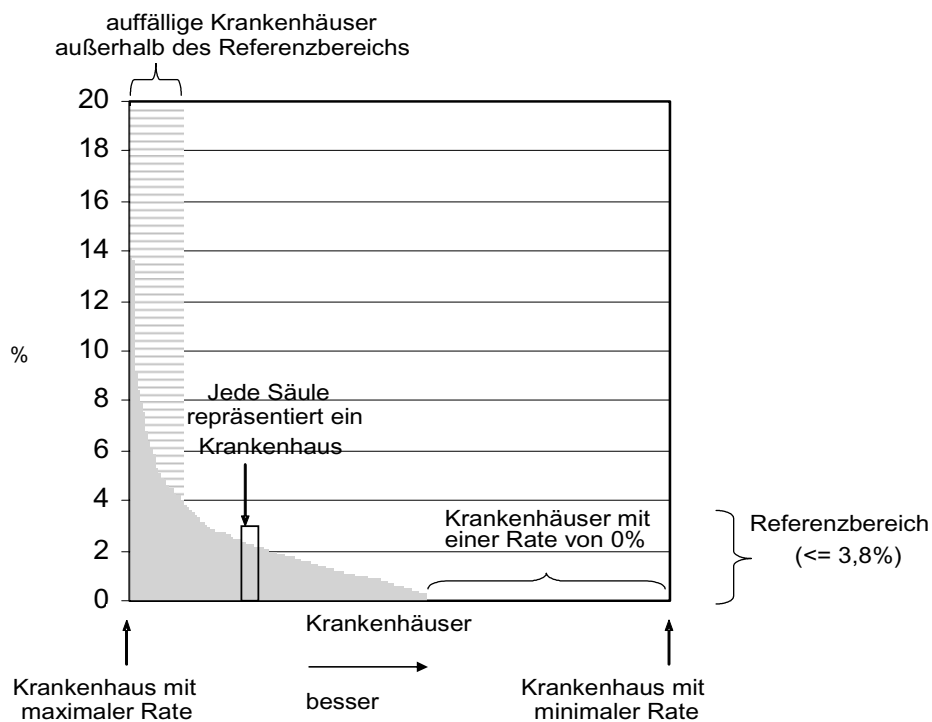
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

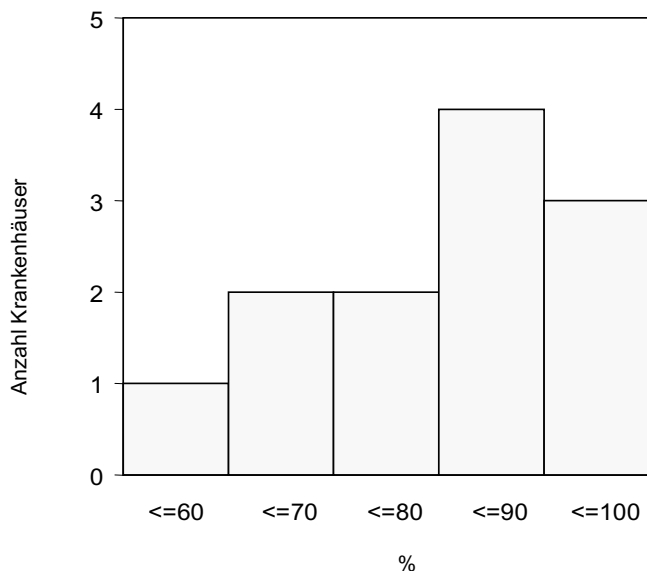
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

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.