

# Jahresauswertung 2008 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 50  
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.228  
Datensatzversion: 17/5 2008 11.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2009  
2008 - D7640-L57205-P26318

# Jahresauswertung 2008 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 50  
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.228  
Datensatzversion: 17/5 2008 11.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2009  
2008 - D7640-L57205-P26318

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 1: Indikation</b>			96,5%	>= 90%	1.1
<b>QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>			99,5%	>= 95%	1.4
<b>QI 3: Postoperative Beweglichkeit</b> von mindestens 0/0/90			85,0%	>= 80%	1.7
nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			99,2%	>= 80%	1.8
<b>QI 4: Gefährlichkeit bei Entlassung</b>			0,2%	<= 1,7%	1.12
<b>QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden</b>			0,2%	<= 2%	1.15
<b>QI 6: Fraktur</b>			0,1%	<= 2%	1.17
<b>QI 7: Postoperative Wundinfektion</b>			0,4%	<= 2%	1.19
<b>QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen</b>			1,1%	<= 8%	1.28
<b>QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>			2,1%	<= 5,2%	1.31
<b>QI 10: Reoperationen wegen Komplikation</b>			1,4%	<= 6%	1.34
<b>QI 11: Letalität</b>			0,1%	Sentinel Event	1.36

<sup>1</sup> Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet.

### Qualitätsindikator 1: Indikation

**Qualitätsziel:** Oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/44534  
**Referenzbereich:** >= 90% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>				
Gruppe 1	0 Punkte		5 / 9.223	0,1%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		94 / 9.223	1,0%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		928 / 9.223	10,1%
Gruppe 4	5 - 6 Punkte		4.725 / 9.223	51,2%
Gruppe 5	7 - 8 Punkte		3.471 / 9.223	37,6%
Gruppe 6	4 - 8 Punkte		8.956 / 9.223	97,1%
<b>Schmerzen</b>				
Patienten mit Belastungsschmerz				
			3.123 / 9.223	33,9%
Patienten mit Ruheschmerz				
			6.046 / 9.223	65,6%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerzkriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score				
			8.904 / 9.223	96,5%
Vertrauensbereich				96,1% - 96,9%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

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

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

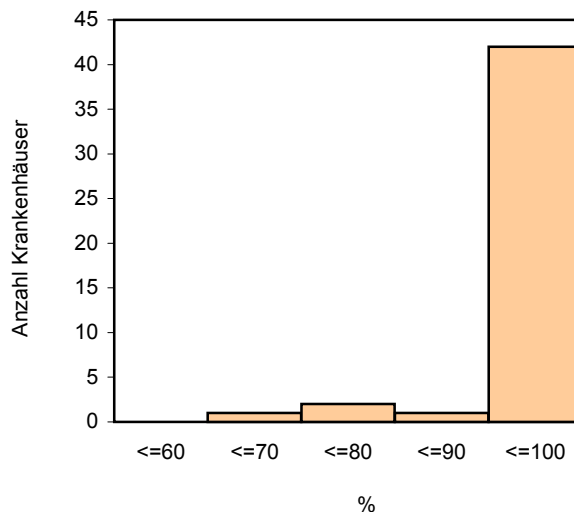
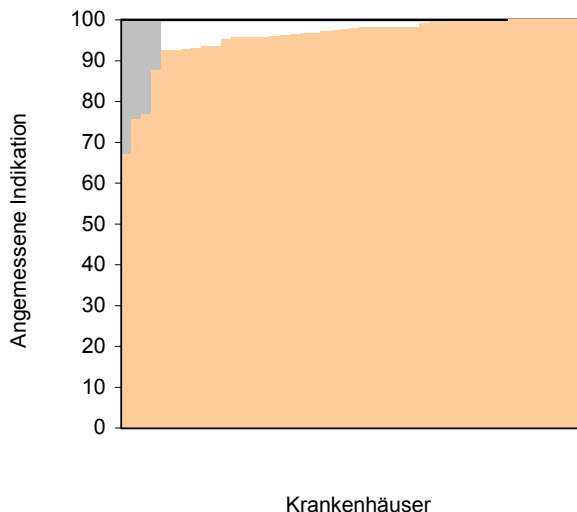
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem der oben genannten Schmerz Kriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			8.182 / 8.722	93,8% 93,3% - 94,3%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/44534]:**

**Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerz Kriterien und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence Score an allen Patienten**

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

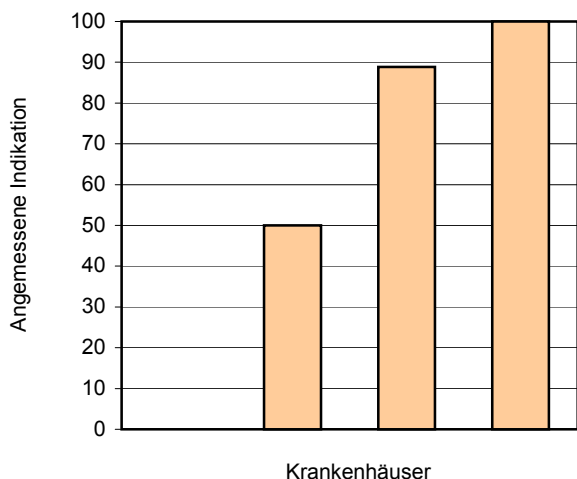
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 67,1% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 97,8%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 69,4%



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

**Qualitätsziel:** Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

**Kennzahl-ID:** Gruppe 1: 2008/17n5-KNIE-TEP/44535

**Referenzbereich:** Gruppe 1: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	9.175 / 9.223	8.329 / 8.372	846 / 851
Vertrauensbereich	99,5%	99,5%	99,4%
Referenzbereich	99,3% - 99,6%		
davon single shot	7.822 / 9.175	7.208 / 8.329	614 / 846
	85,3%	86,5%	72,6%
Zweitgabe oder öfter	1.353 / 9.175	1.121 / 8.329	232 / 846
	14,7%	13,5%	27,4%

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

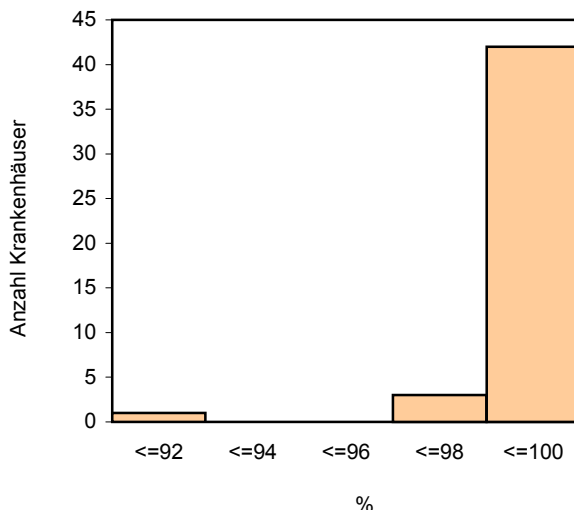
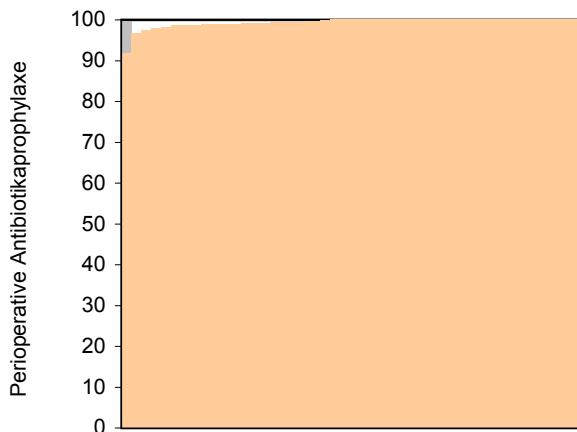
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	8.688 / 8.722 99,6% 99,5% - 99,7%	7.858 / 7.890 99,6%	830 / 832 99,8%



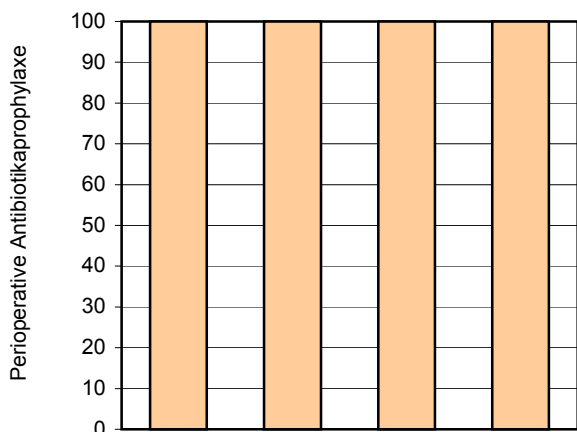
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/44535]:  
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 91,9% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

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

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

**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/65532

**Referenzbereich:** >= 80% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.773 / 9.149	85,0% 84,2% - 85,7% >= 80%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			8.773 / 9.149	95,9%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 90 Grad)			8.021 / 9.149	87,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad) Vertrauensbereich			6.501 / 8.598	75,6% 74,7% - 76,5%

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/72761  
**Referenzbereich:** >= 80% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			9.149 / 9.223	99,2%
Vertrauensbereich				99,0% - 99,4%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

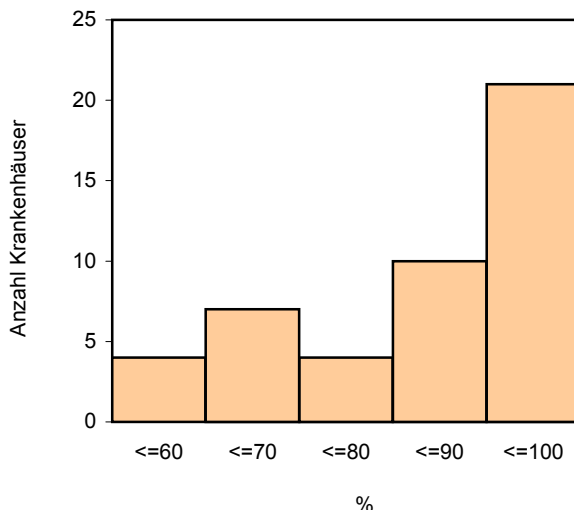
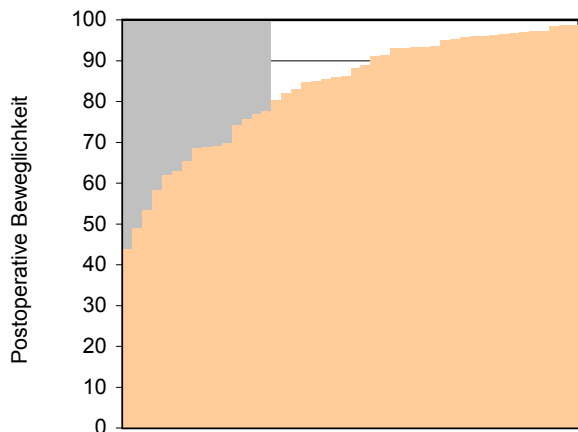
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			8.598 / 8.722	98,6%
Vertrauensbereich				98,3% - 98,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/65532]:**

**Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mind. 0 Grad, Beugung mind. 90 Grad) an allen Patienten mit dokumentierter postoperativer Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode**

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

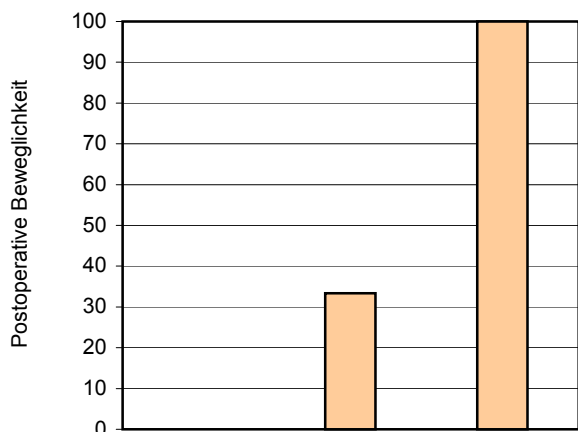
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 43,8% - 98,7%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 87,1%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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



3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

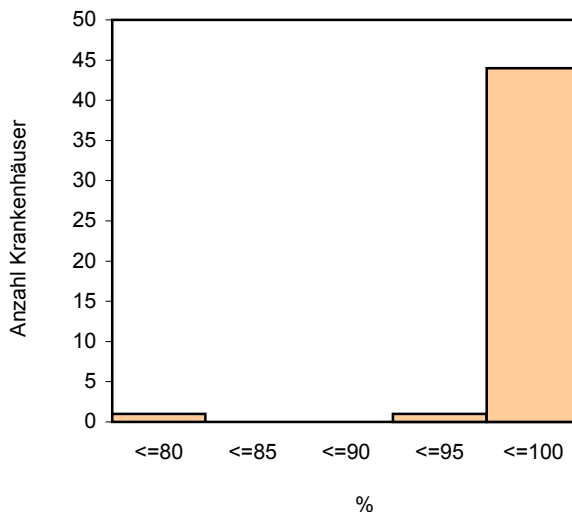
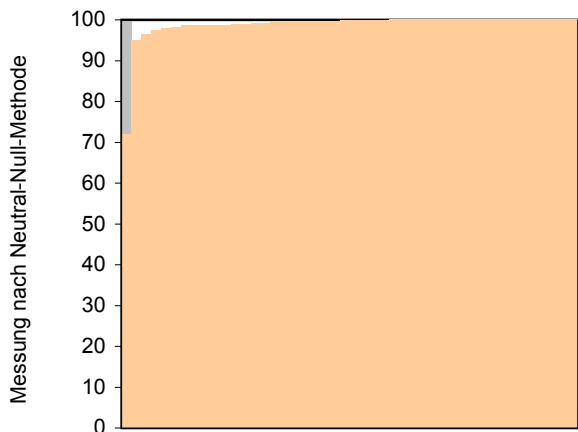
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/72761]:**

**Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten**

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 72,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,8%

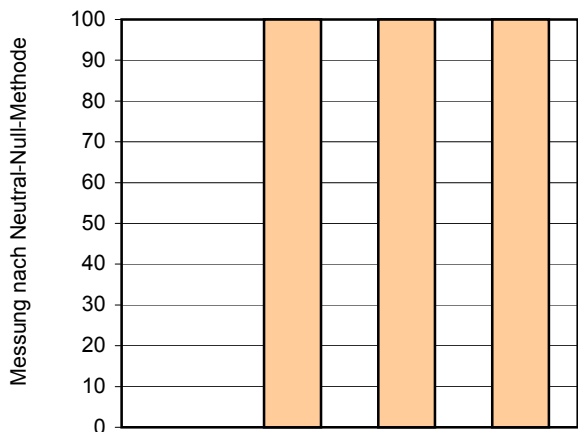


46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)				
	Gesamt 2008			
	Gruppe 1 < 5 Tage	Gruppe 2 5 - 10 Tage	Gruppe 3 11 - 15 Tage	Gruppe 4 > 15 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)	25 / 31 80,6%	2.836 / 3.113 91,1%	4.497 / 5.435 82,7%	415 / 570 72,8%

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

### Qualitätsindikator 4: Gehfähigkeit bei Entlassung

**Qualitätsziel:** Selten operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

**Kennzahl-ID:** Gruppe 1: 2008/17n5-KNIE-TEP/80685

**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 1,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			9.143 / 9.170	99,7%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten)			15 / 9.170	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		<= 1,7%		<= 1,7%
Gruppe 2 (< 5 Tage)			1 / 29	3,4%
Gruppe 3 (5 - 10 Tage)			1 / 3.111	0,0%
Gruppe 4 (11 - 15 Tage)			6 / 5.455	0,1%
Gruppe 5 (> 15 Tage)			7 / 575	1,2%

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

<sup>2</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

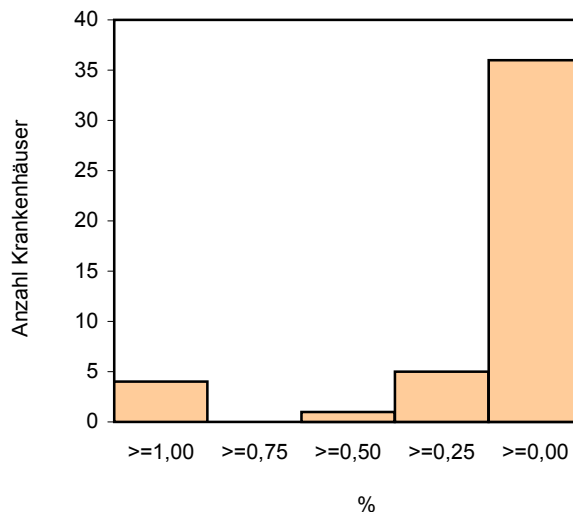
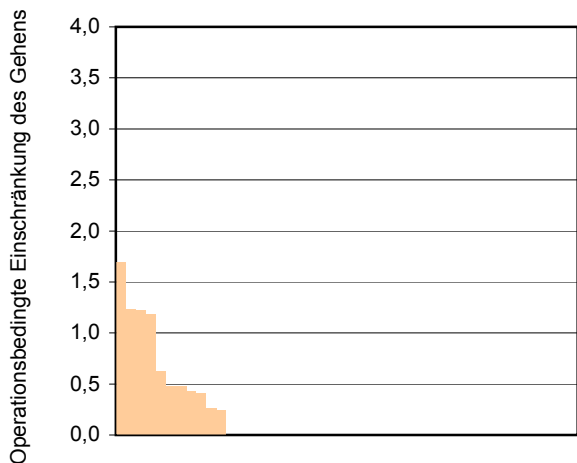
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung <sup>1</sup>  Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			21 / 8.681	0,2% 0,1% - 0,4%

<sup>1</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig



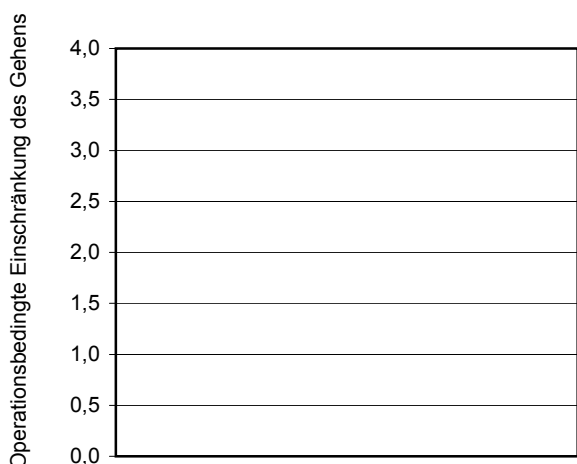
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/80685]:  
 Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den  
 Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 1,7%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/73715

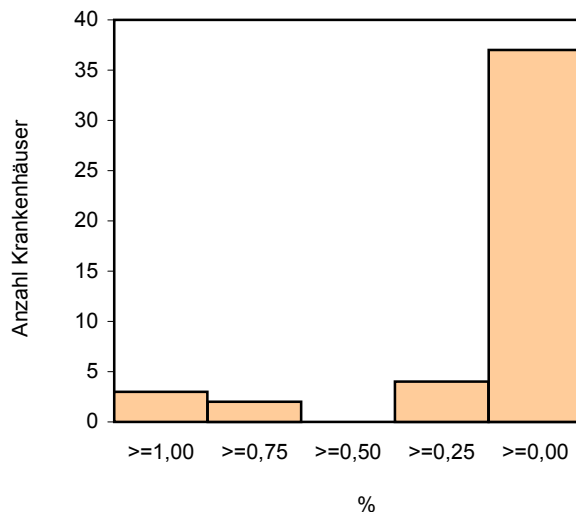
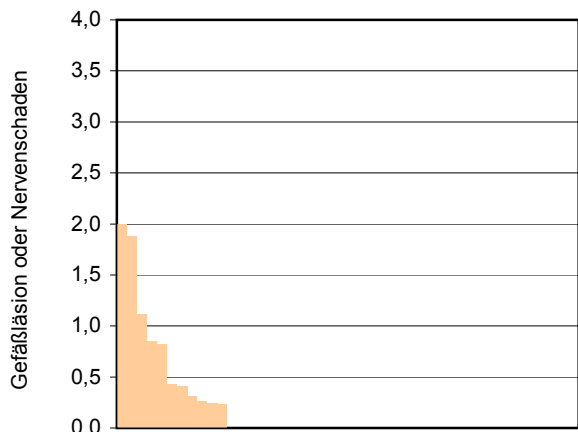
**Referenzbereich:** <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			5 / 9.223	0,1%
Patienten mit Nervenschaden			12 / 9.223	0,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			17 / 9.223	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			21 / 8.722	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%

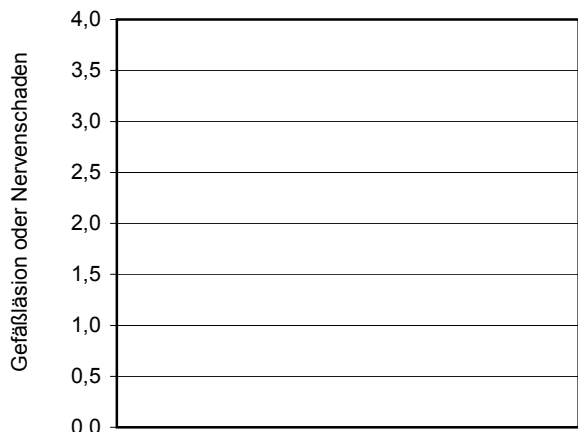
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/73715]:  
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische  
 Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 2,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 6: Fraktur**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/47388

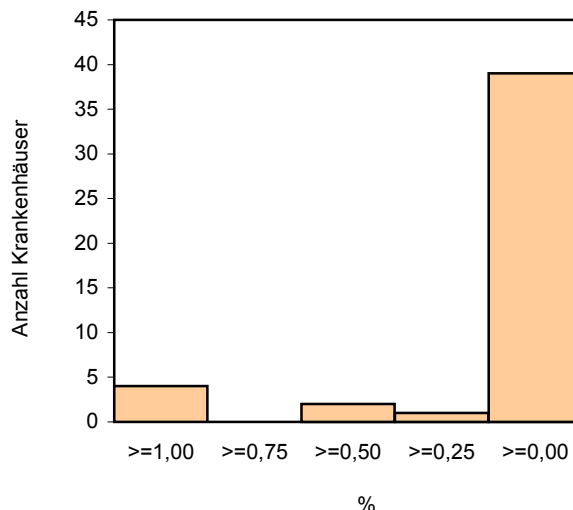
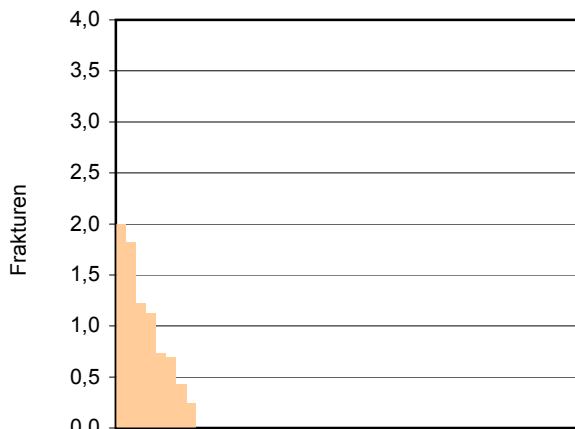
**Referenzbereich:** <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			10 / 9.223	0,1%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,2%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			16 / 8.722	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%

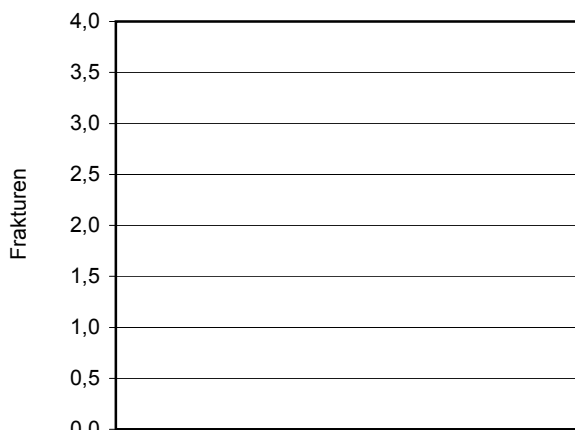
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/47388]:  
 Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 2,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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




4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2008/17n5-KNIE-TEP/47390
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))		

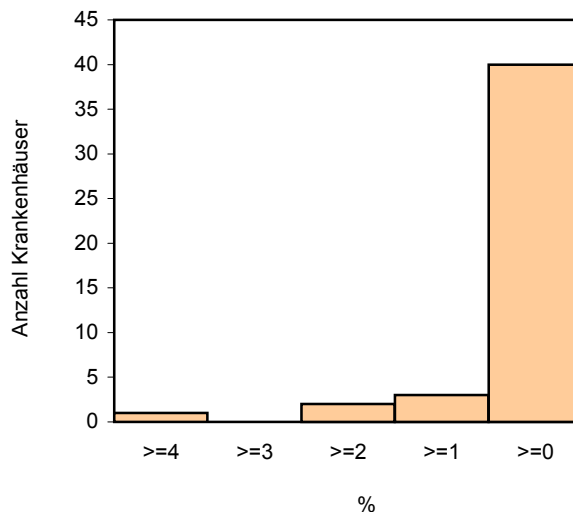
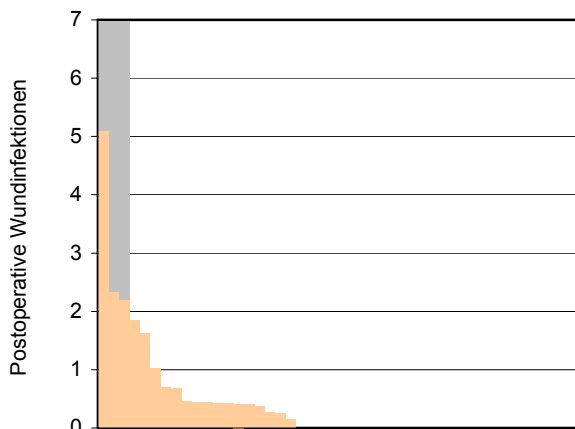
	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	33 / 9.223 0,4%	7 / 1.859 0,4%
Vertrauensbereich	0,2% - 0,5%	
Referenzbereich	<= 2%	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	20 / 9.223 0,2%	5 / 1.859 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	13 / 9.223 0,1%	2 / 1.859 0,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2007	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	32 / 8.722 0,4%	7 / 1.716 0,4%
Vertrauensbereich	0,3% - 0,5%	

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/47390]:  
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,1%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

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

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 103 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>

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

	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0		
Risikoklasse 1		
Risikoklasse 2		
Risikoklasse 3		

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Risikoklasse 0	4.676 / 9.223 50,7%	923 / 1.859 49,7%
Risikoklasse 1	3.690 / 9.223 40,0%	742 / 1.859 39,9%
Risikoklasse 2	857 / 9.223 9,3%	194 / 1.859 10,4%
Risikoklasse 3	0 / 9.223 0,0%	0 / 1.859 0,0%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 0

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

	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	15 / 4.676 0,3%	2 / 923 0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	11 / 4.676 0,2%	2 / 923 0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	4 / 4.676 0,1%	0 / 923 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 4.676 0,0%	0 / 923 0,0%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 1

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

	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	12 / 3.690 0,3%	5 / 742 0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	6 / 3.690 0,2%	3 / 742 0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	4 / 3.690 0,1%	0 / 742 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	2 / 3.690 0,1%	2 / 742 0,3%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 2

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

	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	6 / 857 0,7%	0 / 194 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	3 / 857 0,4%	0 / 194 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	3 / 857 0,4%	0 / 194 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 857 0,0%	0 / 194 0,0%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 3

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

	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)		

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 0	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 0	0 / 0

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

**Qualitätsindikator 8: Wundhämatome/Nachblutungen**

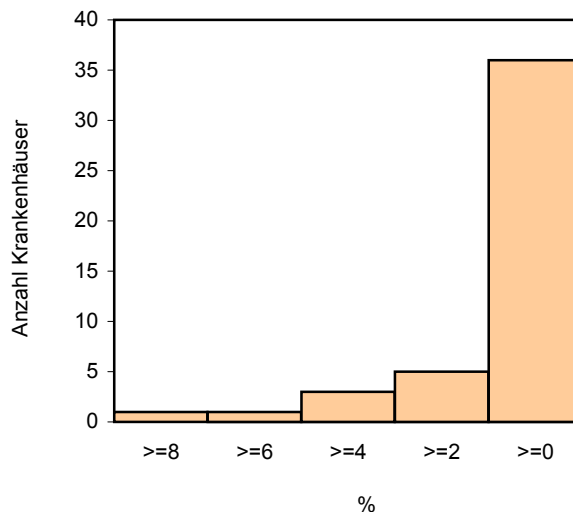
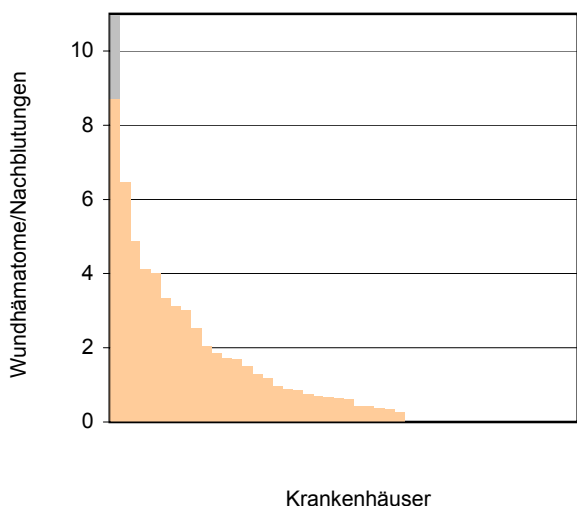
**Qualitätsziel:** Selten Wundhämatome/Nachblutungen  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/45036  
**Referenzbereich:** <= 8% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			98 / 9.223	1,1%
Vertrauensbereich				0,9% - 1,3%
Referenzbereich		<= 8%		<= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			138 / 8.722	1,6%
Vertrauensbereich				1,3% - 1,9%

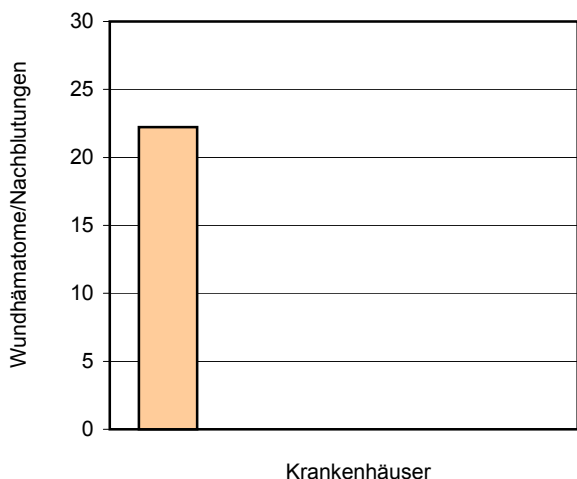
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/45036]:  
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,7%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,6%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 22,2%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 60 min  
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min  
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min  
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
	Gesamt 2008			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	4 / 1.237 0,3%	75 / 7.135 1,1%	17 / 797 2,1%	2 / 54 3,7%

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

**Qualitätsindikator 9: Allgemeine postoperative Komplikationen**

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten allgemeine postoperative Komplikationen		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 bis 2	
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 bis 4	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2008/17n5-KNIE-TEP/45138	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 5,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 5,2%

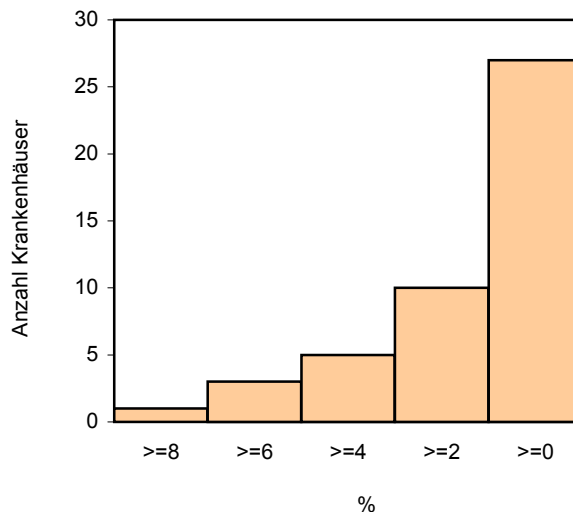
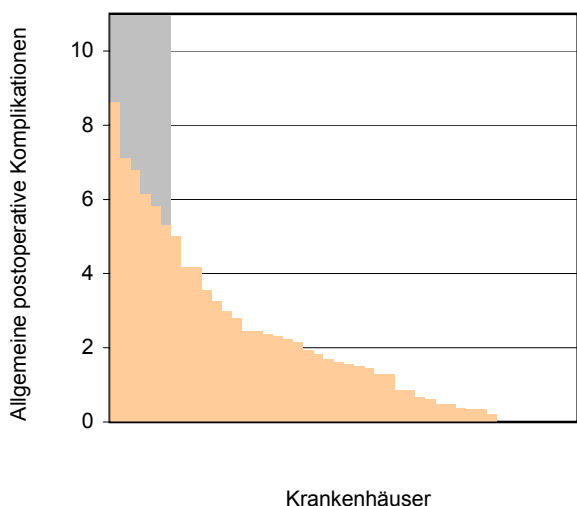
	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	21 / 9.223 0,2%	8 / 5.868 0,1%	13 / 3.355 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	78 / 9.223 0,8%	23 / 5.868 0,4%	55 / 3.355 1,6%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	89 / 9.223 1,0%	54 / 5.868 0,9%	35 / 3.355 1,0%
Patienten mit Lungenembolie	16 / 9.223 0,2%	8 / 5.868 0,1%	8 / 3.355 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	158 / 9.223 1,7%	55 / 5.868 0,9%	103 / 3.355 3,1%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	194 / 9.223 2,1%	91 / 5.868 1,6%	103 / 3.355 3,1%
Vertrauensbereich	1,8% - 2,4%		
Referenzbereich	<= 5,2%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	180 / 8.722 2,1%	79 / 5.642 1,4%	101 / 3.080 3,3%
Vertrauensbereich	1,8% - 2,4%		

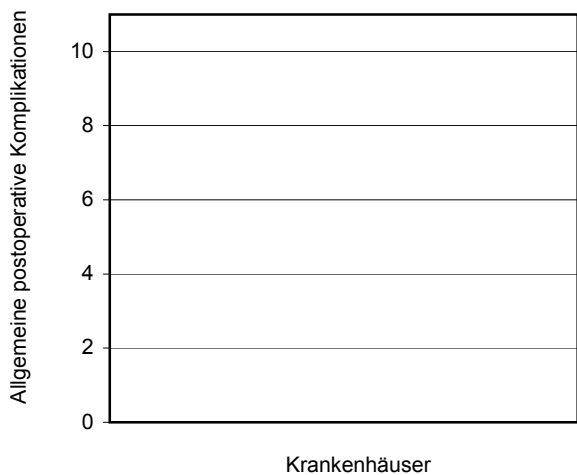
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/45138]:  
 Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,6%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,6%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


### Qualitätsindikator 10: Reoperationen wegen Komplikation


**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/45059

**Referenzbereich:** <= 6% (Toleranzbereich)

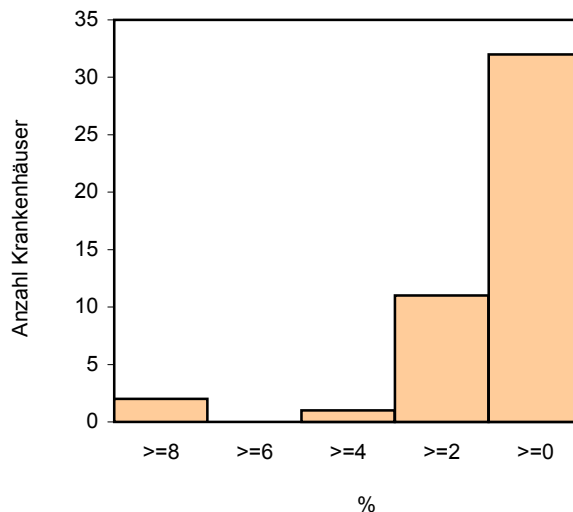
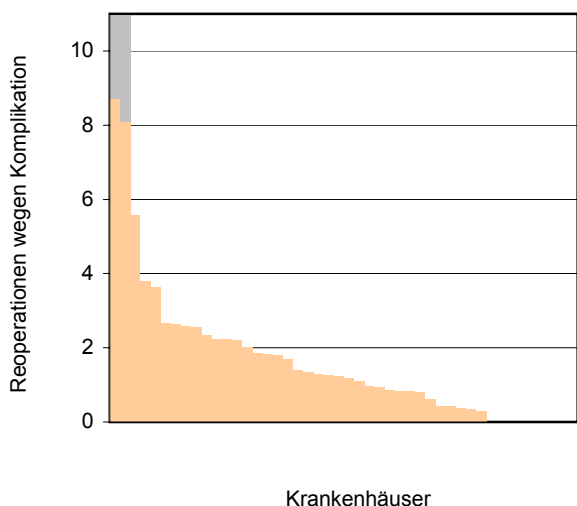
	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			130 / 9.223	1,4%
Vertrauensbereich				1,2% - 1,7%
Referenzbereich		<= 6%		<= 6%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			144 / 8.722	1,7%
Vertrauensbereich				1,4% - 1,9%

<sup>1</sup> Die Ergebnisse sind aufgrund der geänderten Datenfeldbezeichnung nur eingeschränkt vergleichbar (2007: „Reintervention“, 2008: „Reoperation“).

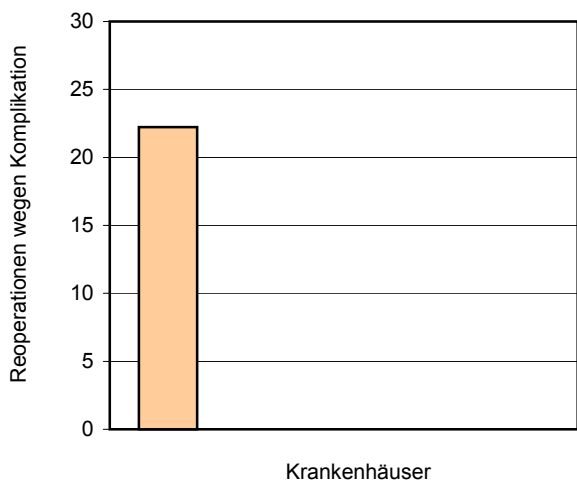
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/45059]:  
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,7%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,2%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 22,2%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 11: Letalität**

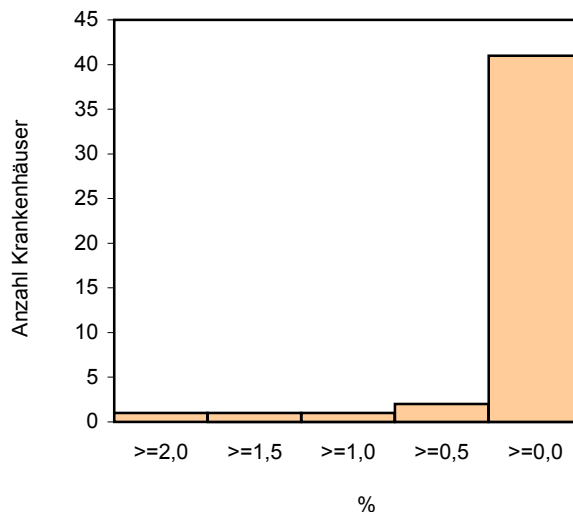
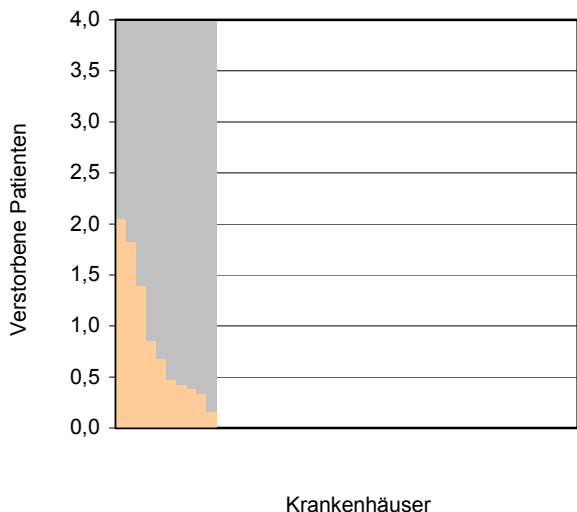
**Qualitätsziel:** Geringe Letalität  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2008/17n5-KNIE-TEP/45060  
**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			12 / 9.223	0,1%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,2%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			7 / 8.722	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,2%

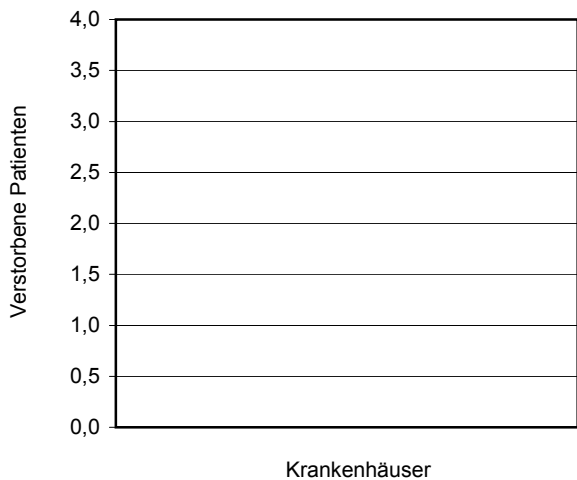
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2008/17n5-KNIE-TEP/45060]:  
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 2,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**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 2008			
	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 2008			
	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	3 / 5.868 0,1%	7 / 3.309 0,2%	2 / 46 4,3%	0 / 0

# Jahresauswertung 2008 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

17/5

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 50  
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.228  
Datensatzversion: 17/5 2008 11.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2009  
2008 - D7640-L57205-P26318

## Basisdaten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.548	27,6	2.529	29,0
2. Quartal			2.430	26,3	2.082	23,9
3. Quartal			2.157	23,4	2.104	24,1
4. Quartal			2.093	22,7	2.008	23,0
Gesamt			9.228		8.723	

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

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.228		8.723	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				11,8		12,0
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.228		8.723	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				13,0		13,2

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2008

1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
8	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				M17.1	6.973	75,6	M17.1	6.595	75,6
2				I10.00	2.821	30,6	I10.00	2.276	26,1
3				D62	1.952	21,2	I10.90	1.966	22,5
4				I10.90	1.612	17,5	D62	1.623	18,6
5				Z96.6	1.517	16,4	Z96.6	1.443	16,5
6				E11.90	1.310	14,2	E66.0	1.170	13,4
7				M17.9	1.058	11,5	E11.90	1.081	12,4
8				I83.9	712	7,7	M17.9	832	9,5

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2007 und ICD-10-GM 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**OPS 2008<sup>1</sup>**

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

Bezug der Texte: Gesamt 2008

1	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert
2	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)
3	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
4	5-988	Anwendung eines Navigationssystems
5	8-915	Injektion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie

**OPS 2008**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

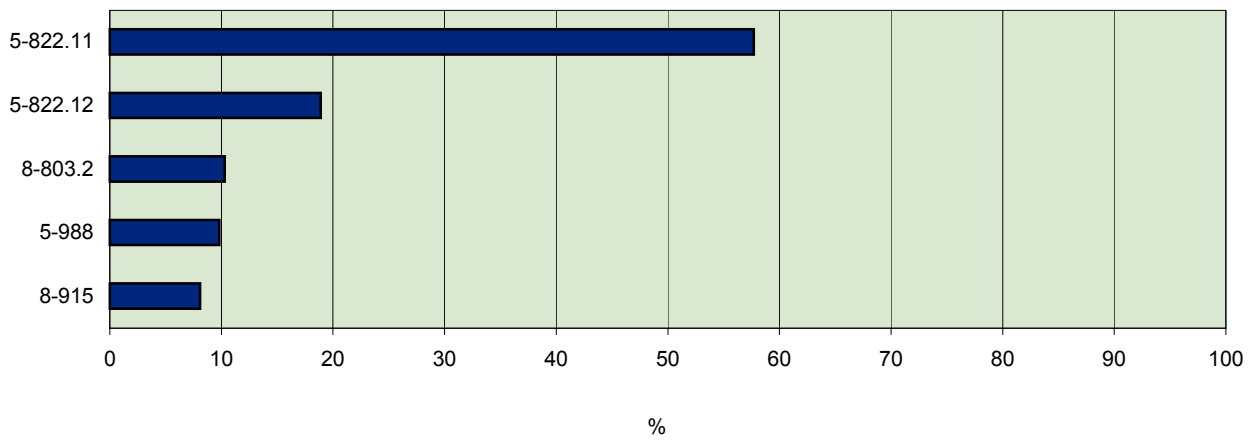
	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-822.11	5.329	57,7	5-822.11	4.849	55,6
2				5-822.12	1.744	18,9	5-822.12	1.886	21,6
3				8-803.2	952	10,3	8-803.2	859	9,8
4				5-988	905	9,8	5-988	814	9,3
5				8-915	752	8,1	8-930	735	8,4

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2007 und OPS 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

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

**OPS 2008 (Gesamt 2008)**



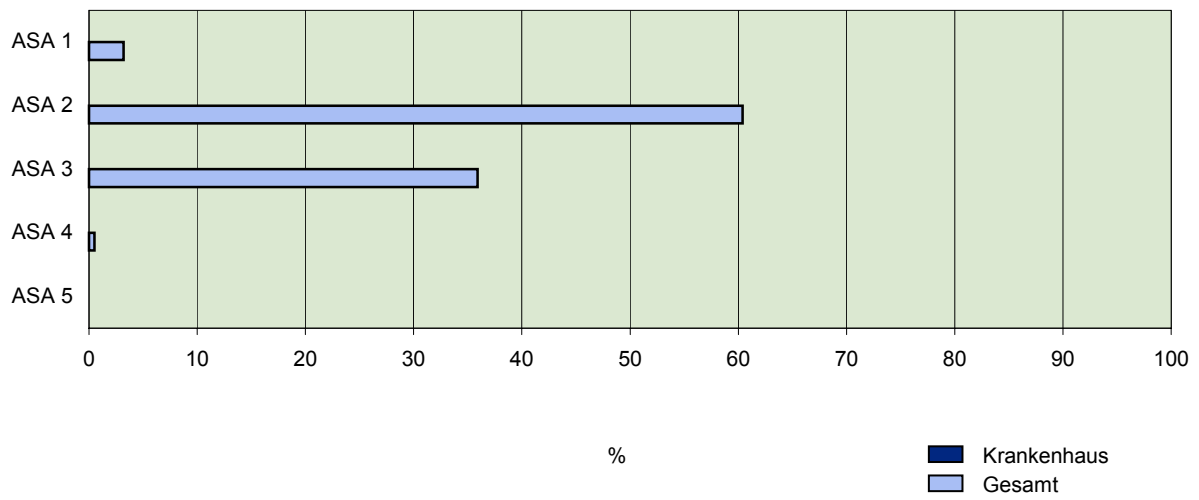
**Zusatz-OPS-Kodes**

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			18 / 9.228	0,2	8 / 8.723	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			70 / 9.228	0,8	41 / 8.723	0,5
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 9.228	0,0	0 / 8.723	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			905 / 9.228	9,8	814 / 8.723	9,3

**Patienten**

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.228 / 9.228		8.723 / 8.723	
< 40 Jahre			16 / 9.228	0,2	14 / 8.723	0,2
40 - 59 Jahre			1.049 / 9.228	11,4	964 / 8.723	11,1
60 - 79 Jahre			6.965 / 9.228	75,5	6.706 / 8.723	76,9
80 - 89 Jahre			1.187 / 9.228	12,9	1.028 / 8.723	11,8
>= 90 Jahre			11 / 9.228	0,1	11 / 8.723	0,1
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.228		8.723	
Median				72,0		72,0
Mittelwert				70,7		70,5
<b>Geschlecht</b>						
männlich			2.989	32,4	2.777	31,8
weiblich			6.239	67,6	5.946	68,2
<b>Simultaneingriff an der kontralateralen Seite</b>						
dokumentiert			83	0,9	126	1,4
nicht dokumentiert			10	0,1	2	0,0
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			293	3,2	321	3,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.577	60,4	5.321	61,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			3.312	35,9	3.048	34,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			46	0,5	33	0,4
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

### Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation





### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen<sup>1</sup></b>						
Ruhschmerz			6.048	65,5	-	-
Belastungsschmerz			3.126	33,9	-	-
<b>Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenksnah</b>			1.864	20,2	1.717	19,7

<sup>1</sup> Datenfeld in dieser Form erstmals 2008 im Datensatz

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

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Osteophyten</b>						
keine oder beginnend			339	3,7	494	5,7
Eminentia oder gelenkseitige Patellapole eindeutig			8.889	96,3	8.229	94,3
<b>Gelenkspalt</b>						
nicht oder mäßig verschmälert			92	1,0	129	1,5
häufig verschmälert			2.676	29,0	3.399	39,0
ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben			6.460	70,0	5.195	59,6
<b>Sklerose</b>						
keine Sklerose			31	0,3	71	0,8
mäßig subchondrale Sklerose			1.410	15,3	2.322	26,6
ausgeprägte subchondrale Sklerose			5.828	63,2	4.815	55,2
Sklerose mit Zysten an Femur, Tibia, Patella			1.959	21,2	1.515	17,4
<b>Deformierung</b>						
keine Deformierung			445	4,8	735	8,4
Entrundung der Femurkondylen			5.233	56,7	5.028	57,6
ausgeprägte Destruktion, Deformierung			3.550	38,5	2.960	33,9
<b>Wundkontaminations- klassifikation</b> (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			9.195	99,6	8.688	99,6
bedingt aseptische Eingriffe			30	0,3	31	0,4
kontaminierte Eingriffe			2	0,0	1	0,0
septische Eingriffe			1	0,0	3	0,0

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

		Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>							
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score des Knies nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>							
Gruppe 1	0 Punkte			6 / 9.228	0,1	10 / 8.723	0,1
Gruppe 2	1 - 2 Punkte			96 / 9.228	1,0	167 / 8.723	1,9
Gruppe 3	3 - 4 Punkte			930 / 9.228	10,1	1.727 / 8.723	19,8
Gruppe 4	5 - 6 Punkte			4.725 / 9.228	51,2	4.131 / 8.723	47,4
Gruppe 5	7 - 8 Punkte			3.471 / 9.228	37,6	2.688 / 8.723	30,8
Gruppe 6	4 - 8 Punkte			8.956 / 9.228	97,1	8.194 / 8.723	93,9

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

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

## Operation

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)</b>						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			9.223		8.722	
Median				85,0		85,0
Mittelwert				87,6		87,5
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>						
keine Prophylaxe			48	0,5	34	0,4
mit Prophylaxe			9.180	99,5	8.689	99,6
davon						
single shot			7.826 / 9.180	85,3	7.623 / 8.689	87,7
Zweitgabe			316 / 9.180	3,4	176 / 8.689	2,0
öfter			1.038 / 9.180	11,3	890 / 8.689	10,2

## Verlauf

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen</b>			9.192	99,6	8.677	99,5
<b>Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )			206	2,2	241	2,8
Implantatfehl- lage						
Femur-Komponente			0	0,0	1	0,0
Tibia-Komponente			0	0,0	2	0,0
Implantatdislokation			5	0,1	4	0,0
Patellafehlstellung			2	0,0	3	0,0
Wundhämatom/ Nachblutung			98	1,1	138	1,6
Gefäßläsion			5	0,1	4	0,0
Nervenschaden			13	0,1	19	0,2
Fraktur			10	0,1	16	0,2
Sonstige			83	0,9	79	0,9
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			34	0,4	32	0,4
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			20 / 34	58,8	18 / 32	56,3
A2 (tiefe Infektion)			12 / 34	35,3	11 / 32	34,4
A3 (Räume/Organe)			2 / 34	5,9	3 / 32	9,4
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>			131	1,4	144	1,7
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )			342	3,7	324	3,7
Pneumonie			21	0,2	10	0,1
kardiovaskuläre Komplikation(en)			78	0,8	83	1,0
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			89	1,0	86	1,0
Lungenembolie			16	0,2	12	0,1
Sonstige			160	1,7	162	1,9

## Entlassung I

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt</b>			9.153	99,2	8.599	98,6
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			9.153	100,0	8.599	100,0
<b>Winkel Extension (Grad)</b>						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,4
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				90,1		88,7

### Entlassung I (Fortsetzung)

Zustand bei Entlassung	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>selbständiges Gehen bei Entlassung möglich</b> (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen) wenn nein:						
selbständiges Gehen präoperativ			9.190	99,6	8.681	99,5
<b>selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich</b> (zum Beispiel Toilettengang, Waschen) wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene präoperativ			25	65,8	31	73,8
			9.196	99,7	8.671	99,4
			18	56,3	38	73,1

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.844	41,7	3.341	38,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			114	1,2	103	1,2
03: aus sonstigen Gründen			2	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			5	0,1	2	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	1	0,0
06: Verlegung			57	0,6	64	0,7
07: Tod			12	0,1	7	0,1
08: Verlegung nach § 14			8	0,1	182	2,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			5.152	55,8	4.992	57,2
10: in Pflegeeinrichtung			22	0,2	11	0,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			8	0,1	17	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	1	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 BPfIV/KHG)			3	0,0	1	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
22: Fallabschluss <sup>2</sup>			0	0,0	-	-

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

- |   |  |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet   | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br>vorgesehen                              | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-<br>bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere<br>Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet   | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-<br>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br>§17b Abs. 1 Satz 15 KHG                                       |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus   | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen<br>einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen<br>voll- und teilstationärer Behandlung  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung   |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz   |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen                |  |

<sup>2</sup> Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.



**Anhang: OPS 2008**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.10</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			318 / 9.228	3,4	451 / 8.723	5,2
<b>5-822.11</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			5.329 / 9.228	57,7	4.849 / 8.723	55,6
<b>5-822.12</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			1.744 / 9.228	18,9	1.886 / 8.723	21,6
<b>5-822.20</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			6 / 9.228	0,1	17 / 8.723	0,2
<b>5-822.21</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			613 / 9.228	6,6	643 / 8.723	7,4
<b>5-822.22</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			70 / 9.228	0,8	117 / 8.723	1,3
<b>5-822.30</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			2 / 9.228	0,0	27 / 8.723	0,3

**Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.31</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert			229 / 9.228	2,5	193 / 8.723	2,2
<b>5-822.32</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			17 / 9.228	0,2	24 / 8.723	0,3
<b>5-822.40</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Nicht zementiert			1 / 9.228	0,0	2 / 8.723	0,0
<b>5-822.41</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Zementiert			12 / 9.228	0,1	26 / 8.723	0,3
<b>5-822.42</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			16 / 9.228	0,2	2 / 8.723	0,0
<b>5-822.60</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Nicht zementiert			3 / 9.228	0,0	7 / 8.723	0,1

**Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.61</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Zementiert			201 / 9.228	2,2	199 / 8.723	2,3
<b>5-822.62</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			4 / 9.228	0,0	11 / 8.723	0,1
<b>5-822.70</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Nicht zementiert			3 / 9.228	0,0	2 / 8.723	0,0
<b>5-822.71</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Zementiert			39 / 9.228	0,4	41 / 8.723	0,5
<b>5-822.72</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.228	0,0	1 / 8.723	0,0
<b>5-822.90<sup>1</sup></b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert			9 / 9.228	0,1	-	-
<b>5-822.91<sup>1</sup></b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert			130 / 9.228	1,4	-	-
<b>5-822.92<sup>1</sup></b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			15 / 9.228	0,2	-	-
<b>5-822.a1</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, ohne Patellaersatz: Zementiert			405 / 9.228	4,4	161 / 8.723	1,8

<sup>1</sup> OP-Schlüssel 2007 noch nicht im Datensatz

**Anhang: OPS 2008 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-822.a2</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			54 / 9.228	0,6	9 / 8.723	0,1
<b>5-822.b1</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, mit Patellaersatz: Zementiert			47 / 9.228	0,5	67 / 8.723	0,8
<b>5-822.b2</b> Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.228	0,0	0 / 8.723	0,0

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

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

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

## 2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "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".

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

#### Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

#### Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

### 2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2007.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

**Beispiele:**

Referenzbereich:  $\leq 2,5\%$

5 von 200 =  $2,5\% \leq 2,5\%$  (unauffällig)

5 von 195 =  $2,6\%$  (gerundet)  $> 2,5\%$  (auffällig)

**Hinweis:**

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von  $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von  $2,54777070\%$  (gerundet  $2,5\%$ ).

Diese ist größer als  $2,5\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von  $5,97014925\%$  (gerundet  $6,0\%$ ).

Dieser ist kleiner als  $6\%$  und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 überarbeitet worden sind.

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

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

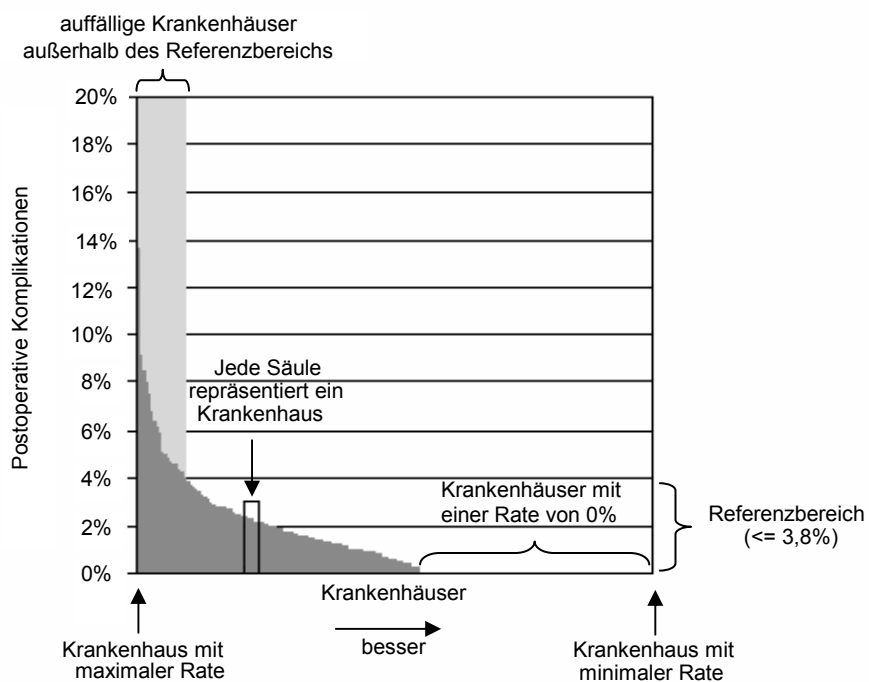


## 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

### Beispiel:

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



## 2.4.2 Histogramm

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

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

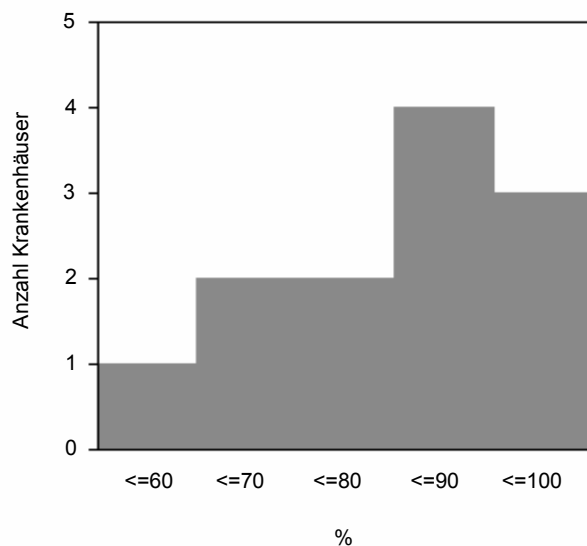
### Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

### **3. Basisauswertung**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. Glossar

### **Anteil**

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

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältniszahl

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

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

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

### **Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl**

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

### **Median der Krankenhausergebnisse**

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

### **Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund**

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund 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 Bund.

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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