

Jahresauswertung 2003
Modul 17/1: Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne
subtrochantäre Frakturen)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 68
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2033
2003 - L10384-P11340

Übersicht Qualitätsindikatoren I

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Präoperative Verweildauer Patienten mit OP nach Aufnahme innerhalb von 24 Std bei osteosynthetischer Versorgung und ASA 1-2			73,8%	>= 95%	-21,2%	1.1
Osteosynthetische Versorgung bei Patienten < 65 Jahre mit Schenkelhalsfraktur Pat. < 65 Jahre mit Schenkelhalsfraktur und osteosynthetischer Versorgung			52,9%	n.b.		1.3
Endoprothetische Versorgung bei Patienten > 80 Jahre mit Schenkelhalsfraktur Pat. > 80 Jahre mit Schenkelhalsfraktur und endoprothetischer Versorgung			85,0%	nicht definiert		1.5
Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur Anteil Patienten mit osteosynthetischer Versorgung an Patienten mit Garden I- oder II-Fraktur			38,5%	n.b.		1.7
Anteil Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten mit Garden III- oder IV-Fraktur			91,4%	>= 75,6%	15,8%	1.7
Anteil Patienten mit osteosynthetischer Versorgung an Pat. < 65 Jahre mit Garden I- oder II-Fraktur			78,9%	n.b.		1.12
Anteil Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Pat. < 65 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur			64,3%	n.b.		1.12
Perioperative Antibiotikaprophylaxe Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			94,0%	>= 95%	-1,0%	1.15
Postoperative Röntgenbilder Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			70,5%	100%	-29,5%	1.17
Gefähigkeit bei Entlassung Patienten mit selbstständigem Gehen bei der Entlassung			81,7%	>= 70,0%	11,7%	1.19
Gefäßläsion Patienten mit Gefäßläsion			0,1%	<= 1%	0,9%	1.21
Nervenschaden Patienten mit Nervenschaden			0,3%	<= 5%	4,7%	1.23

*Abweichung vom Referenzbereich

Übersicht Qualitätsindikatoren II

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch bei Schenkelhalsfraktur						
Pat. mit einer der o.g. Komplikationen			0,8%	nicht definiert		1.25
Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation						
Patienten mit Fraktur			0,3%	<= 2,9%	2,6%	1.27
Endoprothesenluxation						
Patienten mit Endoprothesenluxation			1,0%	<= 3,6%	2,6%	1.29
Postoperative Wundinfektion bei Schenkelhalsfraktur						
Pat. mit postoperativer Wundinfektion			4,5%	<= 5%	0,5%	1.31
Pat. mit postoperativer Wundinfektion der Risikoklasse 0			2,0%	<= 2%	0,0%	1.35
Pat. mit postoperativer Wundinfektion der Risikoklasse 1			5,4%	nicht definiert		1.37
Pat. mit postoperativer Wundinfektion der Risikoklasse 2			4,5%	nicht definiert		1.38
Pat. mit postoperativer Wundinfektion der Risikoklasse 3			0,0%	nicht definiert		1.39
Wundhämatome/Nachblutungen						
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			4,8%	<= 15,6%	10,8%	1.40
Thromboembolische Komplikationen						
Pat. mit thromboembolischen Komplikationen			1,0%	nicht definiert		1.43
Reinterventionen wegen Komplikationen						
Pat. mit Reintervention wegen Komplikationen			5,9%	<= 15,2%	9,3%	1.45
Letalität (1)						
Verstorbene Patienten nach osteosynthetischer Versorgung			2,6%	<= 0,0%	-2,6%	1.47
Verstorbene Patienten nach endoprothetischer Versorgung			5,6%	<= 15,2%	9,6%	1.47
Verstorbene Patienten bei ASA 1-2			0,6%	nicht definiert		1.50
Verstorbene Patienten bei ASA 3			4,9%	nicht definiert		1.50

*Abweichung vom Referenzbereich

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 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
Krankenhauswert:	10%
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.

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Grafische Darstellung der Krankhausergebnisse

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

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

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

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

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

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

2.3.1 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.

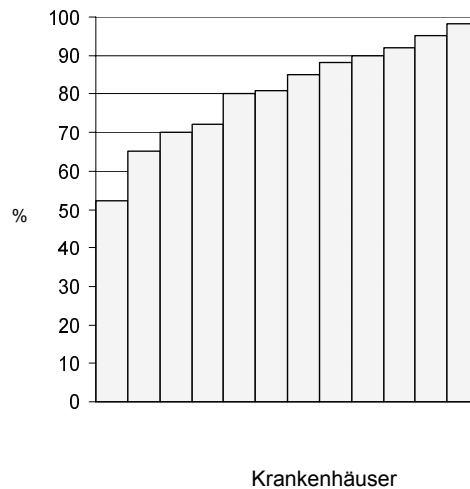
Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



2.3.2 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:

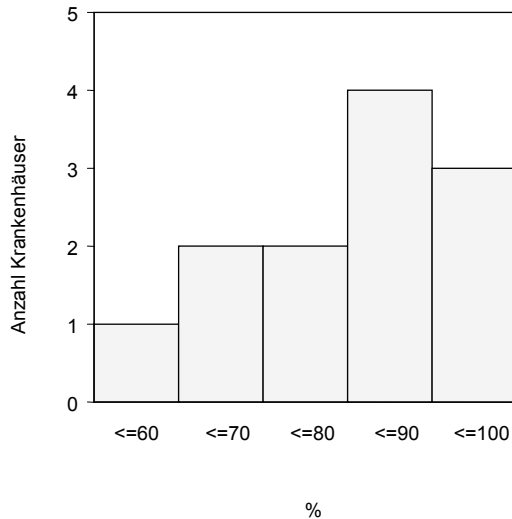
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

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	<= 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 Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung und ASA 1-2

Gruppe 4: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: >= 95%

Abteilung 2003				
OP nach Aufnahme innerhalb von	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 osteosynth. Versorgung ASA 1-2	Gruppe 4 endoproth. Versorgung
< 24 Stunden				
Vertrauensbereich Referenzbereich			>= 95%	
24-48 Stunden				
> 48 Stunden				

Gesamt 2003				
OP nach Aufnahme innerhalb von	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 osteosynth. Versorgung ASA 1-2	Gruppe 4 endoproth. Versorgung
< 24 Stunden	879 / 1.792 49,05%	225 / 344 65,41%	107 / 145 73,79%	649 / 1.440 45,07%
Vertrauensbereich Referenzbereich			65,8% - 80,8% >= 95%	
24-48 Stunden	420 / 1.792 23,44%	66 / 344 19,19%	20 / 145 13,79%	351 / 1.440 24,37%
> 48 Stunden	493 / 1.792 27,51%	53 / 344 15,41%	18 / 145 12,41%	440 / 1.440 30,56%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:

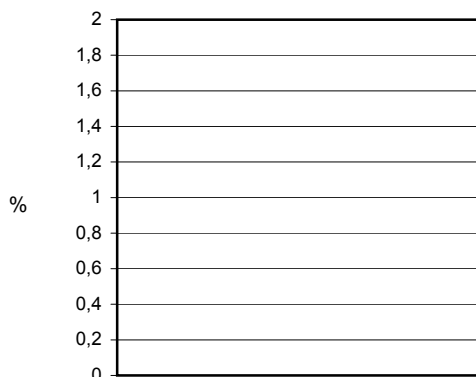
Anteil von Patienten mit OP nach Aufnahme innerhalb von 24 Std. bei osteosynthetischer Versorgung und ASA 1-2 an allen Patienten

19 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

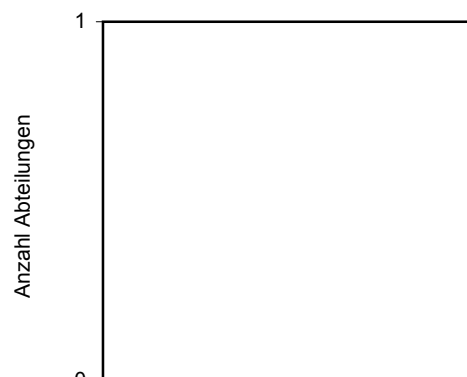
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen



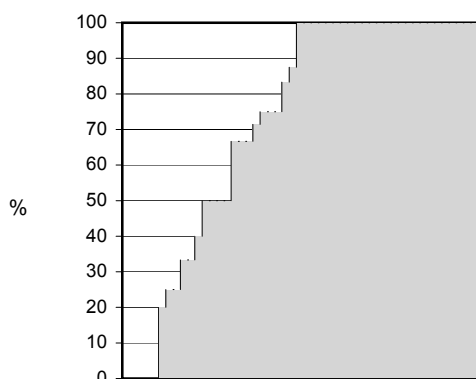
%

0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

49 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Osteosynthetische Versorgung bei Patienten < 65 Jahre

Qualitätsziel: Angemessen häufig osteosynthetische Versorgung bei Patienten < 65 Jahre mit Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.03, S72.04, S72.05) und Altersangabe

Gruppe 1a: Alle Patienten

Gruppe 1b: Alle Patienten mit vorbestehender Koxarthrose

Gruppe 2a: Alle Patienten < 65 Jahre

Gruppe 2b: Alle Patienten < 65 Jahre ohne vorbestehende Koxarthrose

Referenzbereich: nicht berechenbar (n.b.) (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1a Alle Patienten	Gruppe 1b Pat. mit Koxarthrose	Gruppe 2a Pat. < 65 Jahre	Gruppe 2b Pat. < 65 Jahre ohne Koxarthrose
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung) Vertrauensbereich Referenzbereich				n.b.
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1a Alle Patienten	Gruppe 1b Pat. mit Koxarthrose	Gruppe 2a Pat. < 65 Jahre	Gruppe 2b Pat. < 65 Jahre ohne Koxarthrose
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung) Vertrauensbereich Referenzbereich	343 / 1.790 19,16%	86 / 757 11,36%	108 / 204 52,94% 45,8% - 60,0%	98 / 167 58,68%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	1.439 / 1.790 80,39%	667 / 757 88,11%	96 / 204 47,06%	69 / 167 41,32%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:

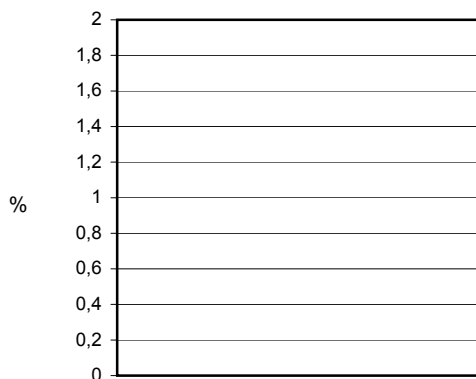
Anteil von Patienten mit osteosynthetischer Versorgung an Patienten < 65 Jahre mit Schenkelhalsfraktur

13 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

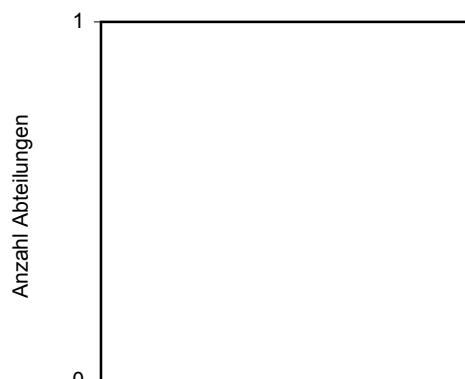
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen



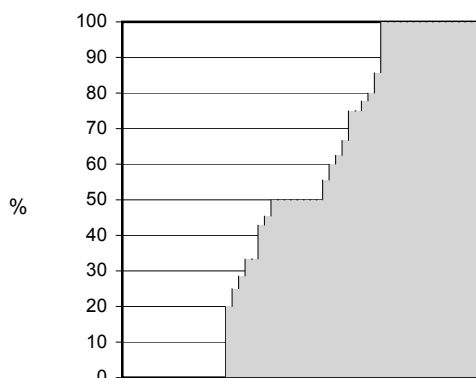
%

0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 50,0%



Abteilungen

55 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Endoprothetische Versorgung bei Patienten > 80 Jahre

Qualitätsziel: Angemessen häufig endoprothetische Versorgung bei Patienten > 80 Jahre mit Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur und Altersangabe (ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
 Gruppe 2: Patienten > 80 Jahre mit Schenkelhalsfraktur (Alter > 80 Jahre und ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

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

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Pat. und Altersangabe	Gruppe 2 Pat. > 80 Jahre	Gruppe 1 Alle Pat. und Altersangabe	Gruppe 2 Pat. > 80 Jahre
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)			343 / 1.790 19,16%	141 / 972 14,51%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)			1.439 / 1.790 80,39%	826 / 972 84,98%
Vertrauensbereich				82,6% - 87,2%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:

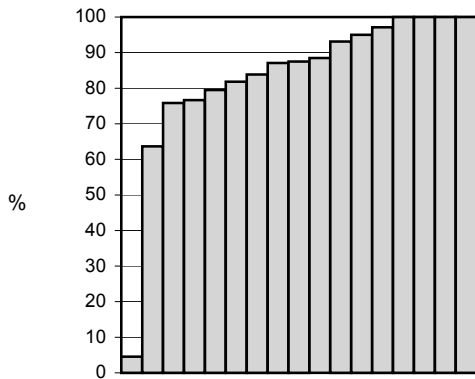
Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten > 80 Jahre mit Schenkelhalsfraktur

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

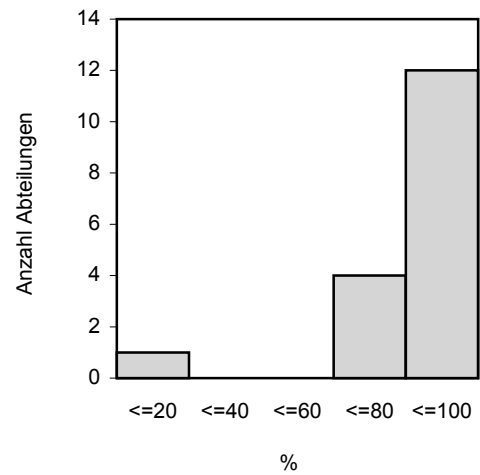
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 4,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 87,5%



Abteilungen



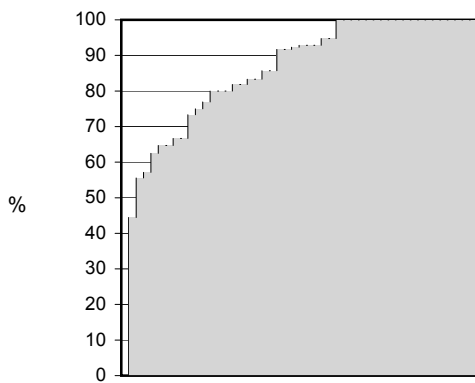
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 92,6%



Abteilungen

48 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur

Qualitätsziel: Möglichst oft osteosynthetische Versorgung bei Garden I und II, möglichst oft endoprothetische Versorgung bei Garden III und IV

Grundgesamtheit: Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05 und Frakturlokalisierung medial)

Gruppe 1: Patienten mit Fraktur Garden I oder Garden II

Gruppe 2: Patienten mit Fraktur Garden III oder Garden IV

Referenzbereich: Gruppe 1 nicht berechenbar (n.b.) (5%-Perzentile)

Gruppe 2 $\geq 75,6\%$ (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)			143 / 371 38,54%	100 / 1.227 8,15%
Vertrauensbereich			33,6% - 43,7%	
Referenzbereich	n.b.		n.b.	
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)			226 / 371 60,92%	1.121 / 1.227 91,36%
Vertrauensbereich				89,6% - 92,9%
Referenzbereich		$\geq 75,6\%$		$\geq 75,6\%$

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:

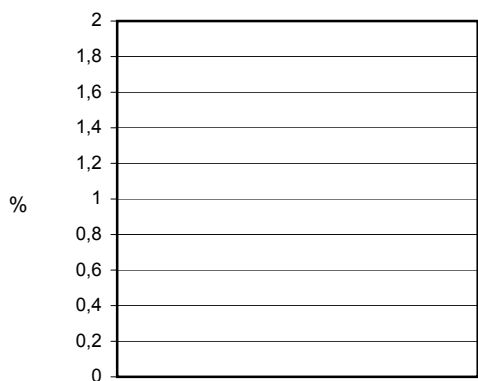
Anteil von Patienten mit osteosynthetischer Versorgung an Patienten mit Garden I- oder II-Fraktur

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

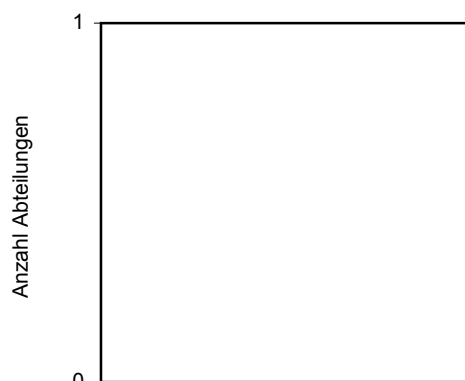
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen



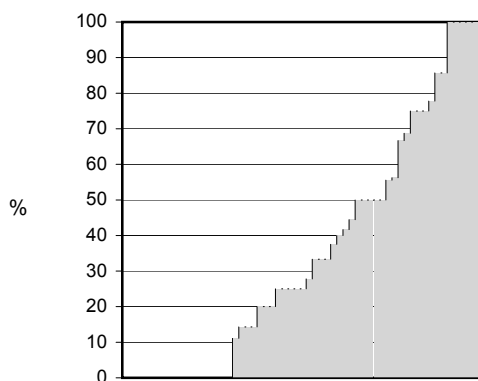
%

0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 25,0%



Abteilungen

58 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 5]:

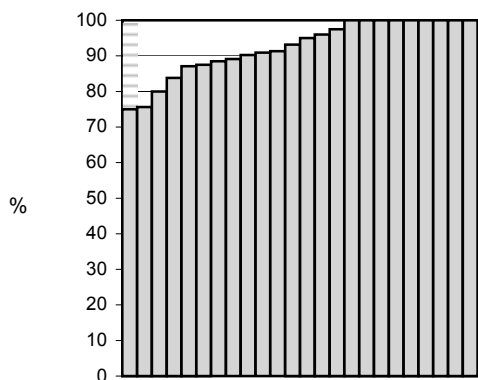
Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten mit Garden III- oder IV-Fraktur

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

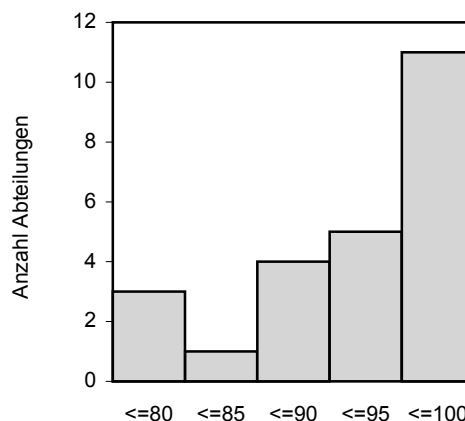
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 94,1%



Abteilungen



%

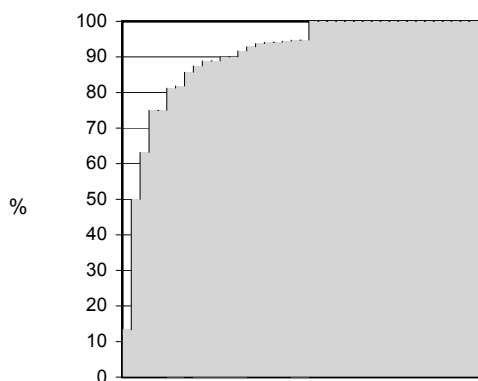
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 13,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 94,7%



Abteilungen

40 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05 und Frakturlokalisierung medial)

Gruppe 1: Patienten mit Fraktur Garden I (Abduktionsfraktur)

Gruppe 2: Patienten mit Fraktur Garden II (unverschoben)

Gruppe 3: Patienten mit Fraktur Garden III (verschoben)

Gruppe 4: Patienten mit Fraktur Garden IV (komplett verschoben)

Abteilung 2003				
	Gruppe 1 Garden I	Gruppe 2 Garden II	Gruppe 3 Garden III	Gruppe 4 Garden IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)				
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)				
Gesamt 2003				
	Gruppe 1 Garden I	Gruppe 2 Garden II	Gruppe 3 Garden III	Gruppe 4 Garden IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	37 / 110 33,64%	106 / 261 40,61%	92 / 950 9,68%	8 / 277 2,89%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	73 / 110 66,36%	153 / 261 58,62%	855 / 950 90,00%	266 / 277 96,03%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05 und Frakturlokalisierung medial) und Alter < 65 Jahre

- Gruppe 1: Patienten mit Fraktur Garden I (Abduktionsfraktur)
- Gruppe 2: Patienten mit Fraktur Garden II (unverschoben)
- Gruppe 3: Patienten mit Fraktur Garden III (verschoben)
- Gruppe 4: Patienten mit Fraktur Garden IV (komplett verschoben)

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1 Garden I	Gruppe 2 Garden II	Gruppe 3 Garden III	Gruppe 4 Garden IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)				
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1 Garden I	Gruppe 2 Garden II	Gruppe 3 Garden III	Gruppe 4 Garden IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	14 / 18 77,78%	31 / 39 79,49%	37 / 92 40,22%	4 / 23 17,39%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	4 / 18 22,22%	8 / 39 20,51%	55 / 92 59,78%	19 / 23 82,61%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05 und Frakturlokalisierung medial) und Alter < 65 Jahre

Gruppe 1: Patienten mit Fraktur Garden I oder Garden II

Gruppe 2: Patienten mit Fraktur Garden III oder Garden IV

Referenzbereich: Gruppe 1 >= x% (5%-Perzentile), kann nicht bestimmt werden.

Gruppe 2 >= x% (5%-Perzentile), kann nicht bestimmt werden

	Abteilung 2003		Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV	
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	█		45 / 57 78,95%	41 / 115 35,65%	
Vertrauensbereich			66,0% - 88,7%		
Referenzbereich	>= x%		>= x%		
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)		█	12 / 57 21,05%	74 / 115 64,35%	
Vertrauensbereich				54,9% - 73,1%	
Referenzbereich		>= x%		>= x%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:

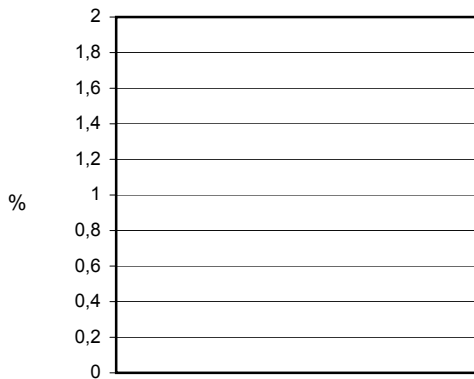
Anteil von Patienten mit osteosynthetischer Versorgung an Patienten < 65 Jahre mit Garden I- oder II-Fraktur

38 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

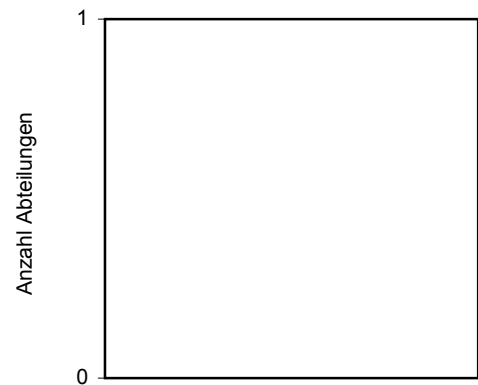
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen



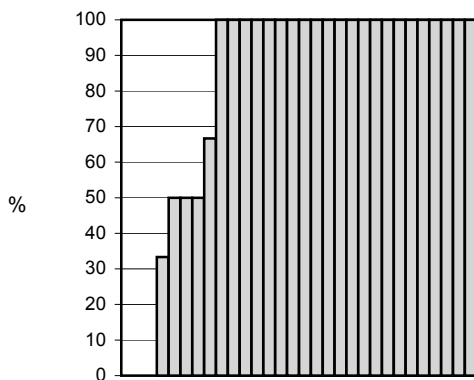
%

0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

30 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7]:

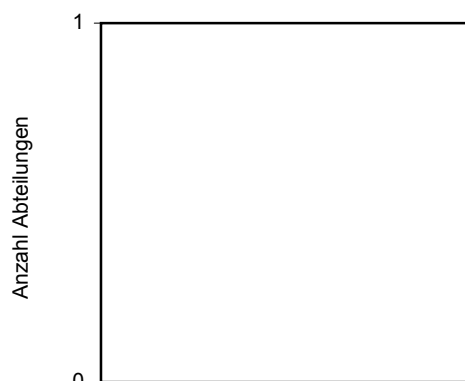
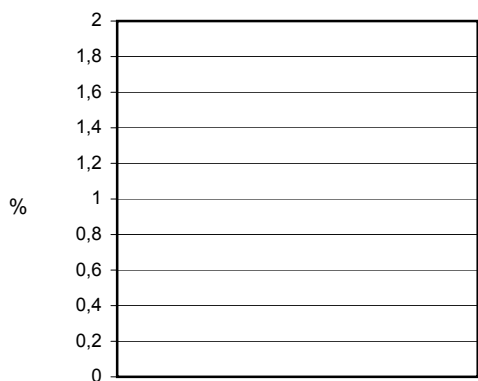
Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten < 65 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur

22 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen

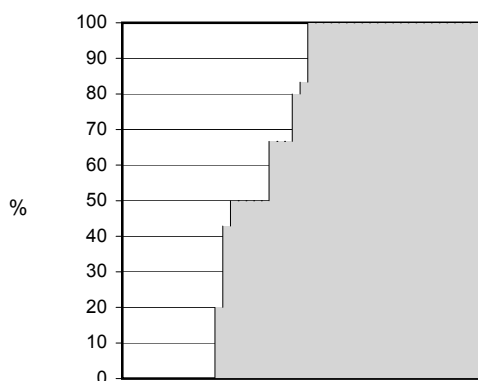
%

0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 81,7%



Abteilungen

46 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe


Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Patienten mit Antibiotikaphylaxe				1.685 / 1.792	293 / 344	1.384 / 1.440
Vertrauensbereich				94,03%	85,17%	96,11%
Referenzbereich	>= 95%			>= 95%		
davon						
single shot				1.475 / 1.685	277 / 293	1.192 / 1.384
				87,54%	94,54%	86,13%
intraoperative Zweitgabe oder öfter				210 / 1.685	16 / 293	192 / 1.384
				12,46%	5,46%	13,87%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:

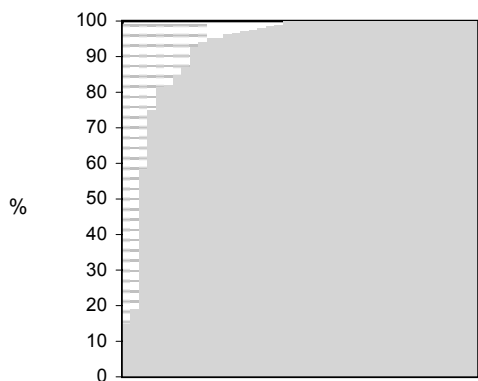
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an Patienten mit Schenkelhalsfraktur

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

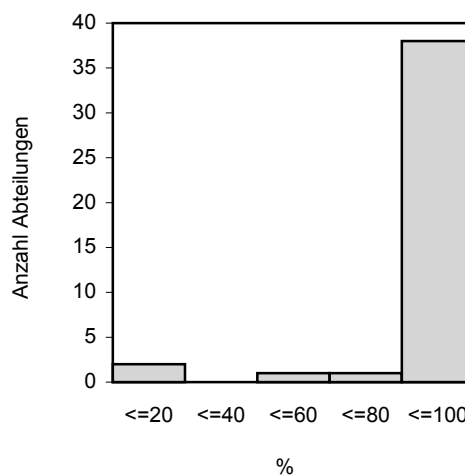
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 14,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen



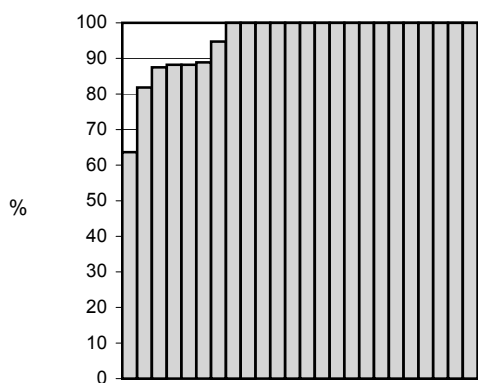
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 63,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder

Qualitätsziel: Immer postoperatives Röntgen in 2 Ebenen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) unter Ausschluß der Todesfälle

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: =100%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p				1.649 / 1.702 96,89%	331 / 335 98,81%	1.311 / 1.360 96,40%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild axial				1.246 / 1.702 73,21%	290 / 335 86,57%	951 / 1.360 69,93%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial				1.200 / 1.702 70,50%	288 / 335 85,97%	907 / 1.360 66,69%
Vertrauensbereich				68,3% - 72,7%		
Referenzbereich	=100%			=100%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:

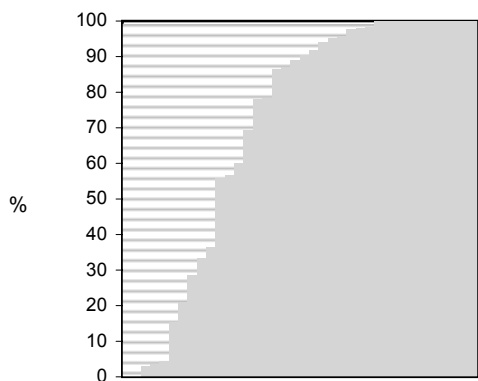
Anteil von Patienten mit Schenkelhalsfraktur und postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

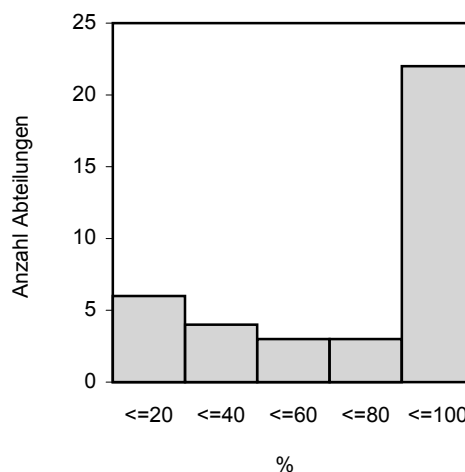
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 89,7%



Abteilungen



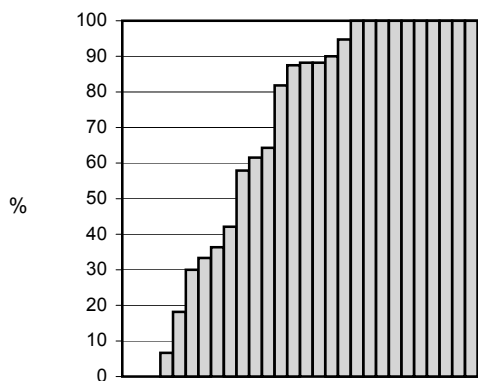
38 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 87,9%



Abteilungen

28 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gehfähigkeit bei Entlassung

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


Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
 mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
 und ASA 1-2

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)
 und ASA 1-2

Referenzbereich: >= 70,0% (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung ASA 1-2	Gruppe 3 endoproth. Versorgung ASA 1-2	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung ASA 1-2	Gruppe 3 endoproth. Versorgung ASA 1-2
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist				1.228 / 1.503 81,70%	132 / 141 93,62%	313 / 340 92,06%
Vertrauensbereich				79,7% - 83,6%		
Referenzbereich				>= 70,0%		
nicht selbstständig gehfähige Patienten						
operationsbedingt				10 / 1.503 0,67%	1 / 141 0,71%	2 / 340 0,59%
nicht operationsbedingt				265 / 1.503 17,63%	8 / 141 5,67%	25 / 340 7,35%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:

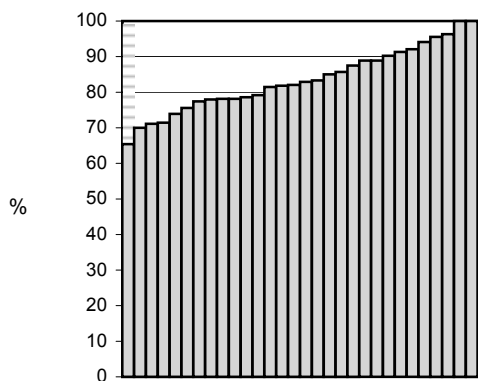
Anteil von Patienten mit selbstständigem Gehen bei der Entlassung an allen Patienten

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

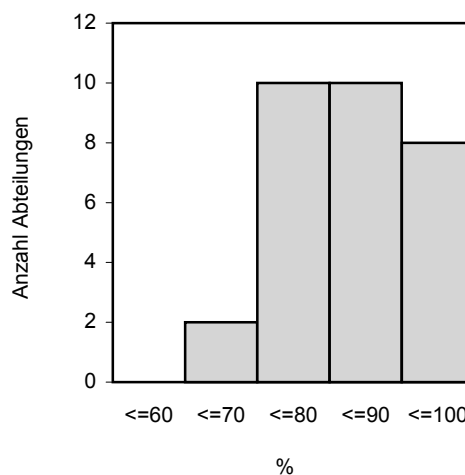
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 65,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 82,5%



Abteilungen



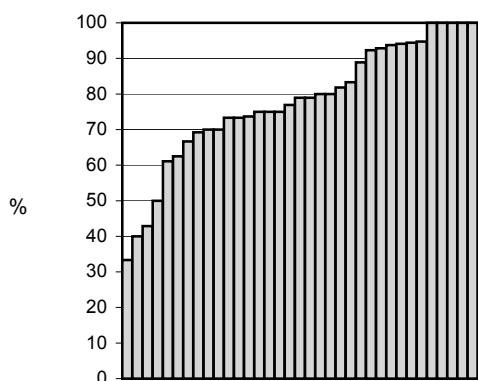
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 78,9%



Abteilungen

35 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

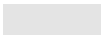
Qualitätsindikator: Gefäßläsion

Qualitätsziel: Selten Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

- Gruppe 1: Alle Patienten
- Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Pat. mit Gefäßläsion				1 / 1.792 0,06%	0 / 344 0,00%	1 / 1.440 0,07%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%		
Referenzbereich	<= 1%			<= 1%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 11]:

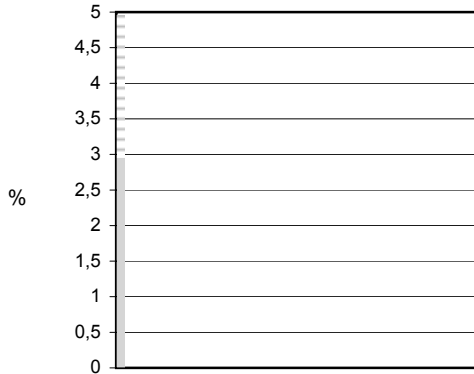
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

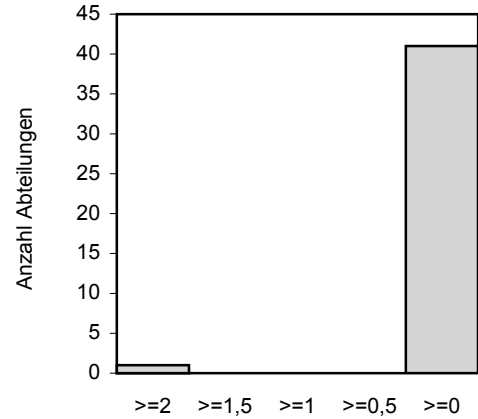
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

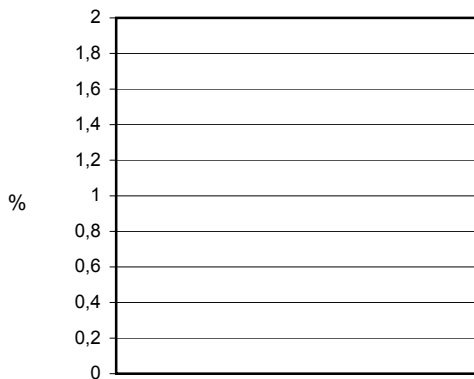
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Nervenschaden

Qualitätsziel: Selten Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

- Gruppe 1: Alle Patienten
- Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: <= 5%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Pat. mit Nervenschaden				5 / 1.792 0,28%	0 / 344 0,00%	5 / 1.440 0,35%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,7%		
Referenzbereich	<= 5%			<= 5%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 12]:

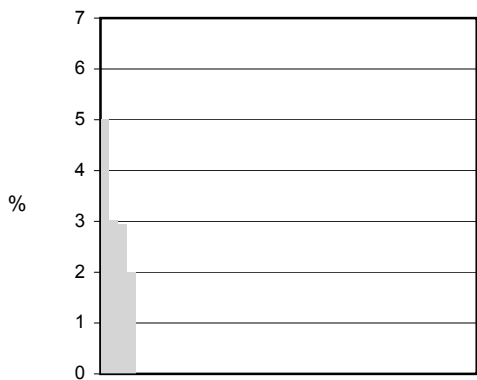
Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

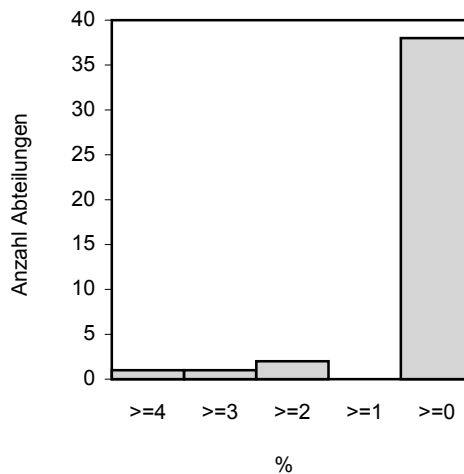
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



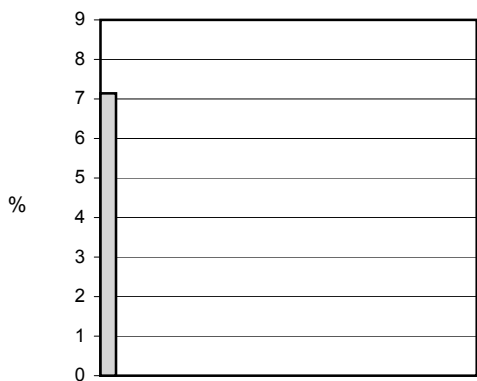
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch

Qualitätsziel: Selten Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch bei Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

- Gruppe 1: Alle Patienten
- Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

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

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Pat. mit Implantatfehlage				4 / 1.792 0,22%	2 / 344 0,58%	2 / 1.440 0,14%
Pat. mit Implantatdislokation				10 / 1.792 0,56%	6 / 344 1,74%	4 / 1.440 0,28%
Pat. mit Implantatbruch				0 / 1.792 0,00%	0 / 344 0,00%	0 / 1.440 0,00%
Pat. mit einer der o.g. Komplikationen				14 / 1.792 0,78%	8 / 344 2,33%	6 / 1.440 0,42%
Vertrauensbereich				0,4% - 1,3%		
Referenzbereich	<= x%			<= x%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 13]:

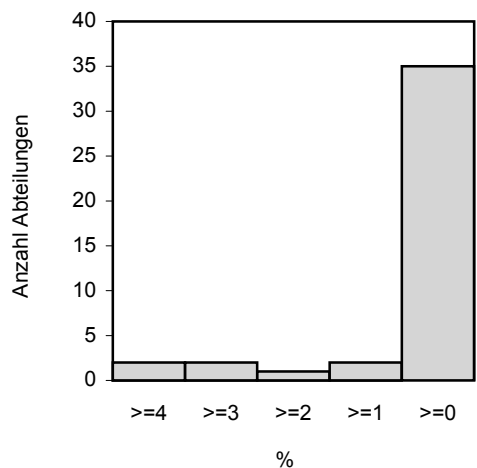
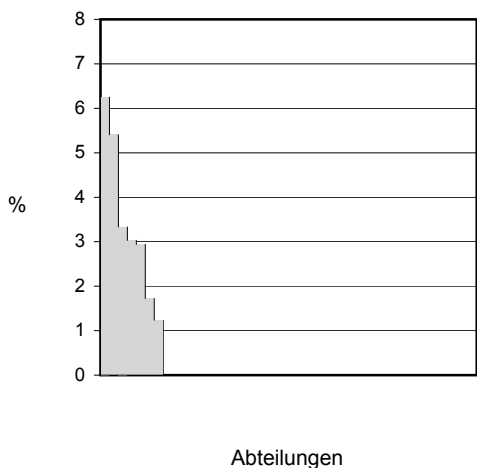
Anteil von Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



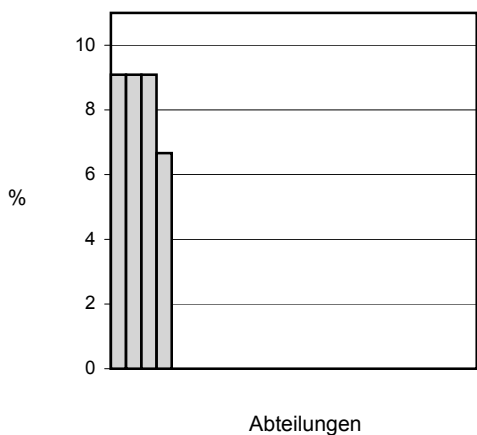
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation

Qualitätsziel: Selten Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: <= 2,9% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Pat. mit Fraktur				6 / 1.792 0,34%	0 / 344 0,00%	6 / 1.440 0,42%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,7%		
Referenzbereich	<= 2,9%			<= 2,9%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 14]:

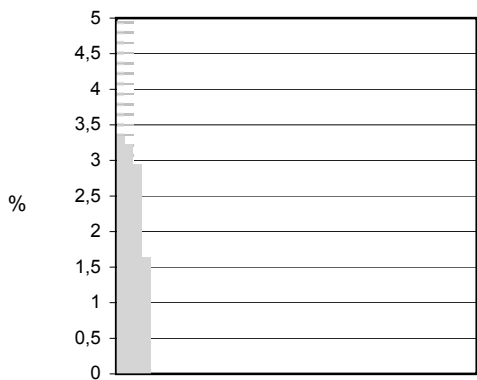
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftiger intra- oder postoperativer chirurgischer Komplikation an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

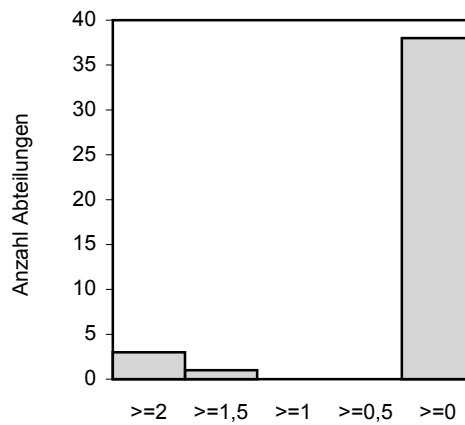
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

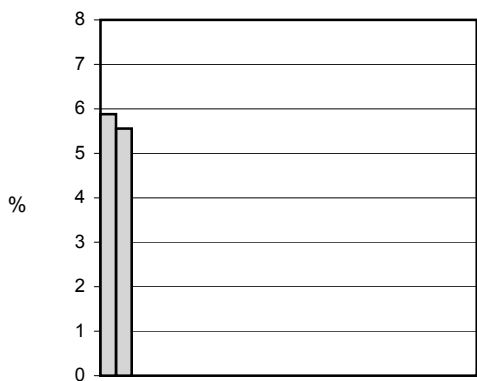
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation bei Schenkelhalsfraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05) und endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: <= 3,6% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Endoprothesenluxation			14 / 1.440	0,97%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,6%
Referenzbereich		<= 3,6%		<= 3,6%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 15]:

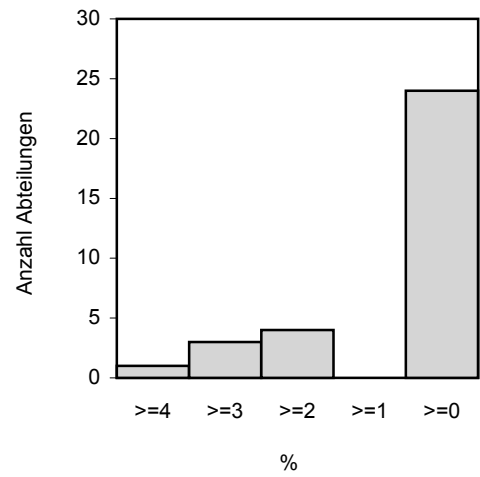
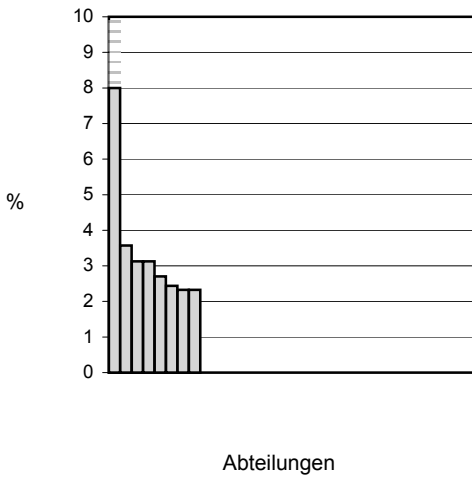
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an Patienten mit Schenkelhalsfraktur und endoprothetischer Versorgung

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



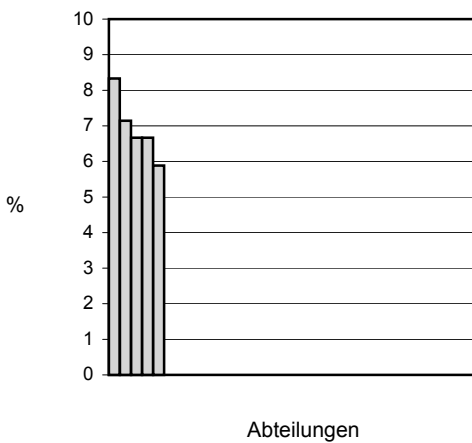
32 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



33 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)


Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: <= 5%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Alle Patienten mit post-operativer Wundinfektion				81 / 1.792 4,52%	4 / 344 1,16%	77 / 1.440 5,35%
Vertrauensbereich				3,6% - 5,6%		
Referenzbereich				<= 5%		
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				41 / 1.792 2,29%	1 / 344 0,29%	40 / 1.440 2,78%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))				40 / 1.792 2,23%	3 / 344 0,87%	37 / 1.440 2,57%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr.16]:

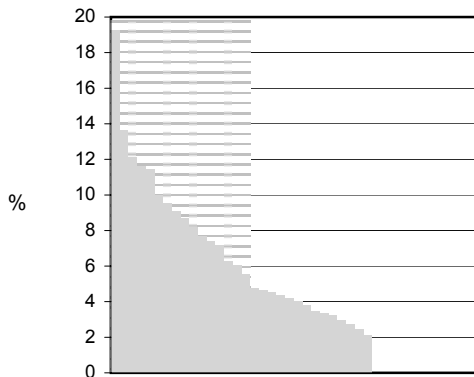
Anteil von Patienten mit postop. Wundinfektion an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

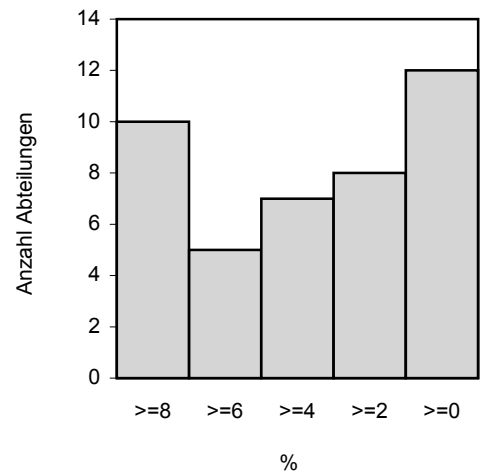
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 19,2%

Median der Abteilungswerte: 4,1%



Abteilungen



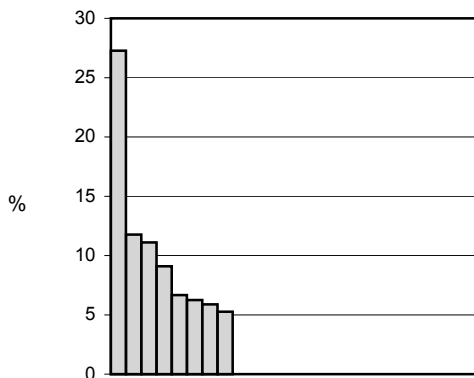
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 27,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Risikoklassen gemäß NNIS*

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
Op- Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit <i>hier:</i> > 90 Minuten	1
Präoperative Wund- kontaminationsklassifikation	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Risikoklassen	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Risikoklasse 0 (0 Risikopunkte)				393 / 1.792 21,93%	126 / 344 36,63%	263 / 1.440 18,26%
Risikoklasse 1 (1 Risikopunkt)				1.083 / 1.792 60,44%	207 / 344 60,17%	874 / 1.440 60,69%
Risikoklasse 2 (2 Risikopunkte)				314 / 1.792 17,52%	11 / 344 3,20%	301 / 1.440 20,90%
Risikoklasse 3 (3 Risikopunkte)				2 / 1.792 0,11%	0 / 344 0,00%	2 / 1.440 0,14%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
und Risikoklasse 0

- Gruppe 1: Alle Patienten
- Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: <= 2%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				8 / 393 2,04%	0 / 126 0,00%	8 / 263 3,04%
Vertrauensbereich				0,9% - 4,0%		
Referenzbereich	<= 2%			<= 2%		
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				5 / 393 1,27%	0 / 126 0,00%	5 / 263 1,90%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))				3 / 393 0,76%	0 / 126 0,00%	3 / 263 1,14%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 17]:

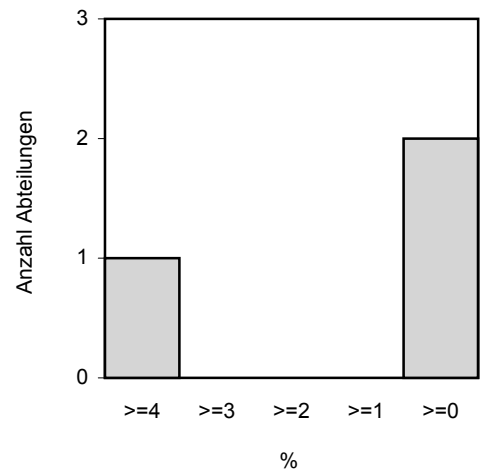
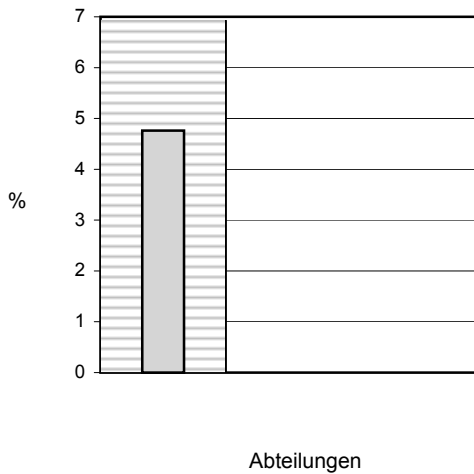
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



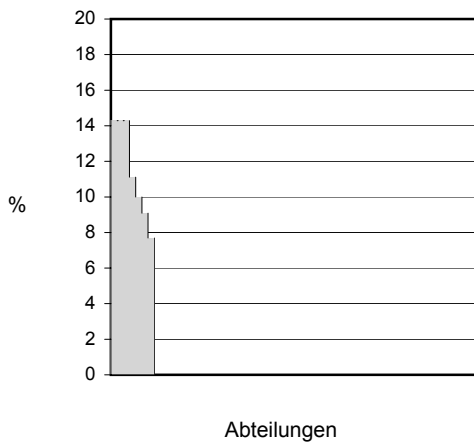
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



59 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
und Risikoklasse 1

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				59 / 1.083 5,45%	3 / 207 1,45%	56 / 874 6,41%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				27 / 1.083 2,49%	1 / 207 0,48%	26 / 874 2,98%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))				32 / 1.083 2,96%	2 / 207 0,97%	30 / 874 3,43%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
und Risikoklasse 2

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				14 / 314 4,46%	1 / 11 9,09%	13 / 301 4,32%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				9 / 314 2,87%	0 / 11 0,00%	9 / 301 2,99%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))				5 / 314 1,59%	1 / 11 9,09%	4 / 301 1,33%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
und Risikoklasse 3

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				0 / 2 0,00%	0 / 0	0 / 2 0,00%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				0 / 2 0,00	0 / 0	0 / 2 0,00
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))				0 / 2 0,00%	0 / 0	0 / 2 0,00%

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 15,6% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			97 / 2.026	4,79%
Vertrauensbereich				3,9% - 5,8%
Referenzbereich		<= 15,6%		<= 15,6%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 18]:

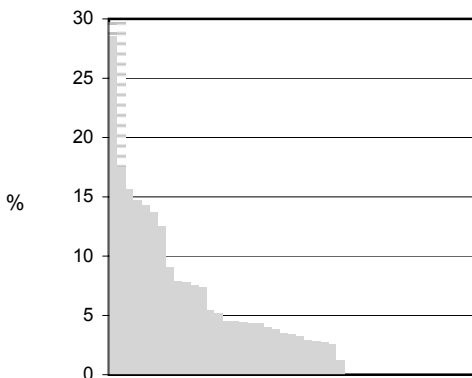
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

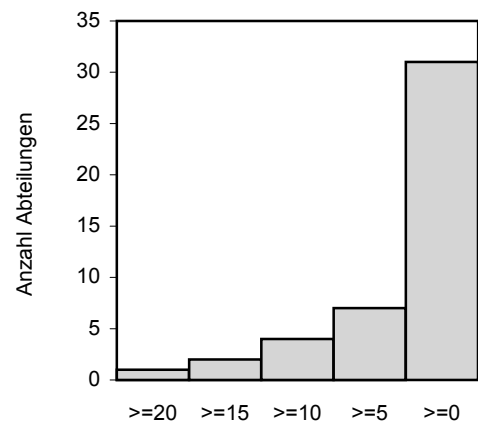
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 28,6%

Median der Abteilungswerte: 3,4%



Abteilungen



%

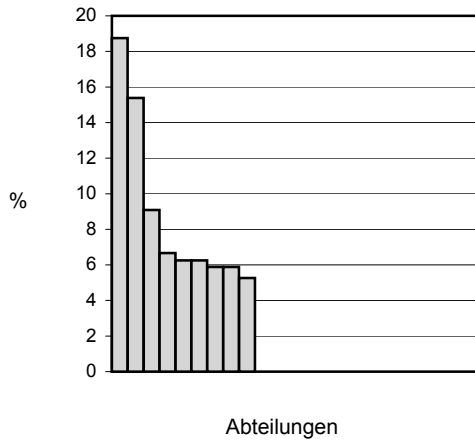
45 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 18,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



23 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Abteilung 2003				
	Gruppe 1 OP-Dauer 1-60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61-120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121-180 min	Gruppe 4 OP-Dauer >180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				
Gesamt 2003				
	Gruppe 1 OP-Dauer 1-60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61-120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121-180 min	Gruppe 4 OP-Dauer >180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	33 / 745 4,4%	54 / 1.181 4,6%	8 / 88 9,09%	2 / 12 16,67%

Qualitätsindikator: Thromboembolische Komplikationen

Qualitätsziel: Selten thromboembolische Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: Es ist derzeit kein Referenzbereich definiert.

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Alle Patienten mit thromboembolischen Komplikationen (tiefe Bein-Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie)				18 / 1.792 1,00%	2 / 344 0,58%	16 / 1.440 1,11%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,6%		
Referenzbereich	<= x%			<= x%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 19]:

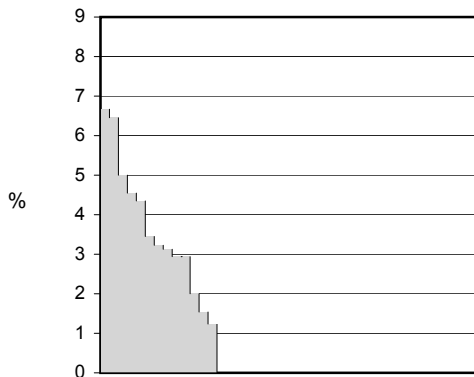
Anteil von Patienten mit thromboembolischen Komplikationen bei Schenkelhalsfraktur an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

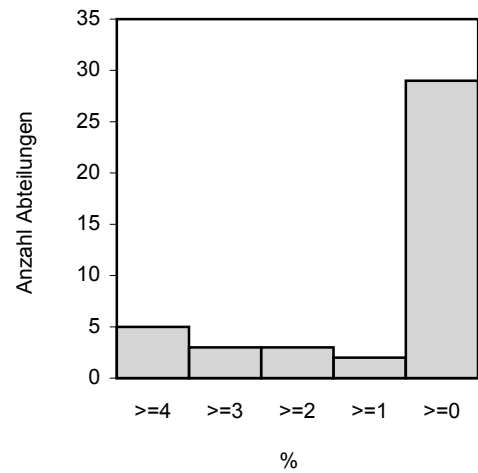
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



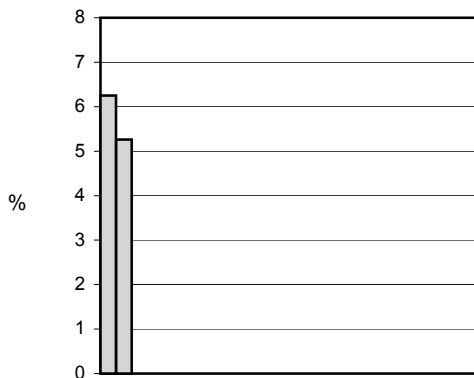
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reinterventionen wegen Komplikationen

- Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)
- Gruppe 1: Alle Patienten
- Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)
- Referenzbereich:** <= 15,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation				105 / 1.792 5,86%	19 / 344 5,52%	85 / 1.440 5,90%
Vertrauensbereich				4,8% - 7,1%		
Referenzbereich				<= 15,2%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 20]:

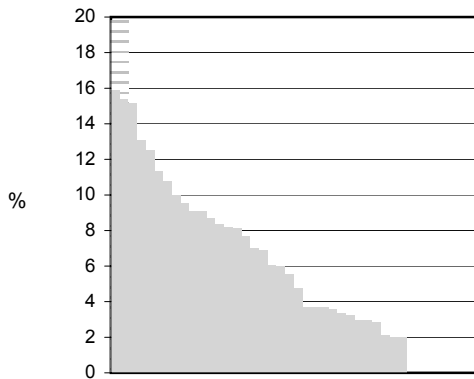
Anteil erforderlicher Reinterventionen bei allen Patienten mit Schenkelhalsfraktur

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

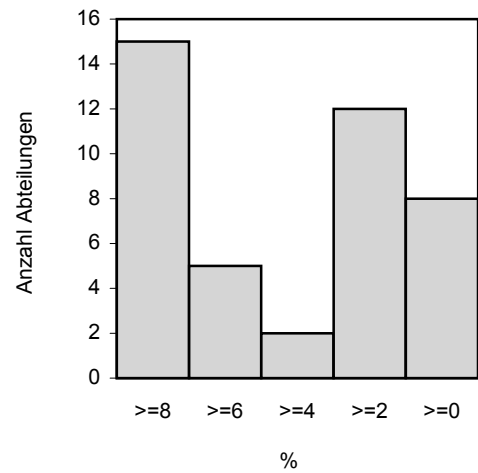
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 15,9%

Median der Abteilungswerte: 5,2%



Abteilungen



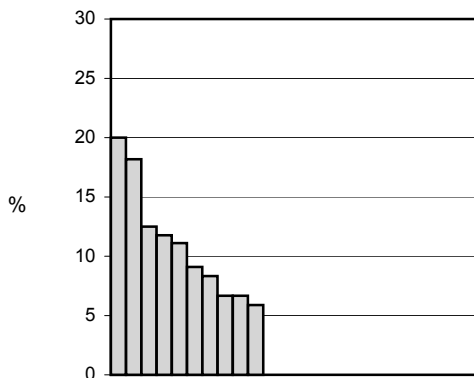
42 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Referenzbereich: Gruppe 2: <= 0,0% (95%-Perzentile)
 Gruppe 3: <= 15,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynth. Versorgung	Gruppe 3 endoproth. Versorgung
Verstorbene Patienten				90 / 1.792 5,02%	9 / 344 2,62%	80 / 1.440 5,56%
Vertrauensbereich					1,2% - 4,9%	4,4% - 6,9%
Referenzbereich		<= 0,0%	<= 15,2%		<= 0,0%	<= 15,2%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 21]:

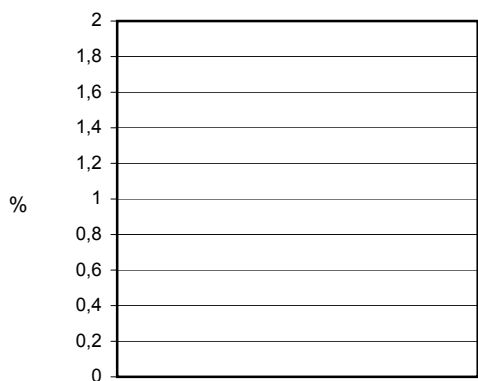
Anteil von verstorbenen Patienten mit Schenkelhalsfraktur und osteosynthetischer Versorgung an allen Patienten

12 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

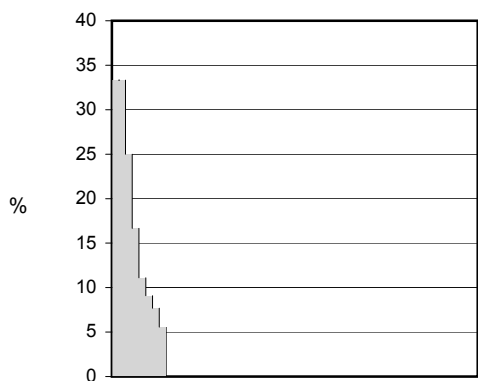
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

54 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 22]:

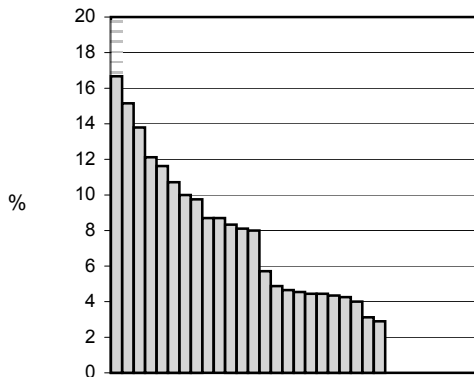
Anteil von verstorbenen Patienten mit Schenkelhalsfraktur und endoprothetischer Versorgung an allen Patienten

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

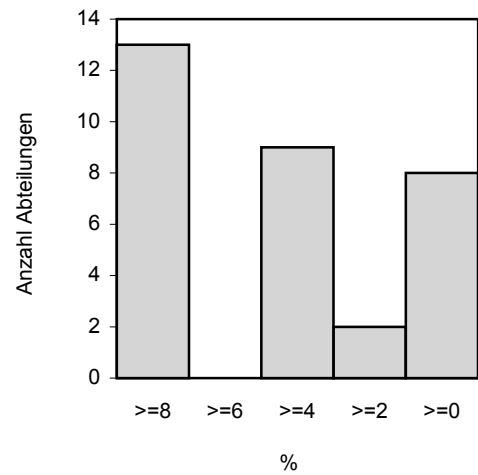
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 4,6%



Abteilungen

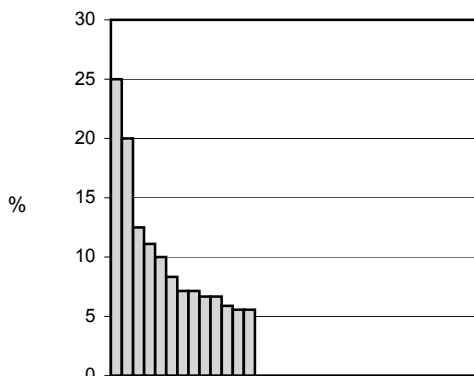


32 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

33 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Entlassungsdiagnose ICD-10: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05)

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

Referenzbereich: Es ist derzeit kein Referenzbereich definiert..

Abteilung 2003				
	Gruppe 1 ASA 1-2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	<= x%	<= x%		

Gesamt 2003				
	Gruppe 1 ASA 1-2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	3 / 510	55 / 1.116	30 / 157	2 / 9
	0,59%	4,93%	19,11%	22,22%
Vertrauensbereich	0,1% - 1,7%	3,7% - 6,4%		
Referenzbereich	<= x%	<= x%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 23]:

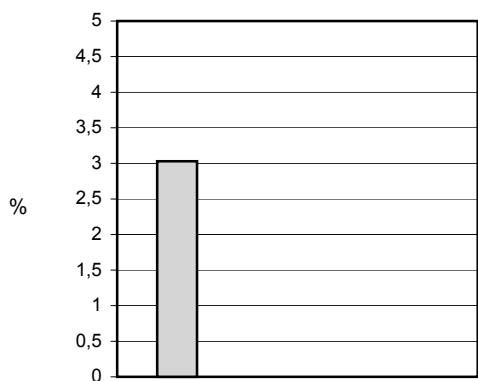
Anteil verstorbener Patienten mit Schenkelhalsfraktur und ASA 1-2 an allen Patienten

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

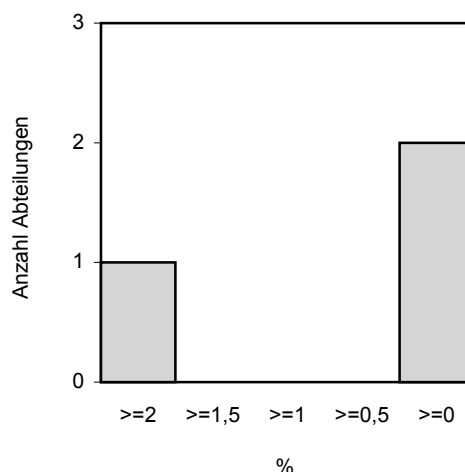
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



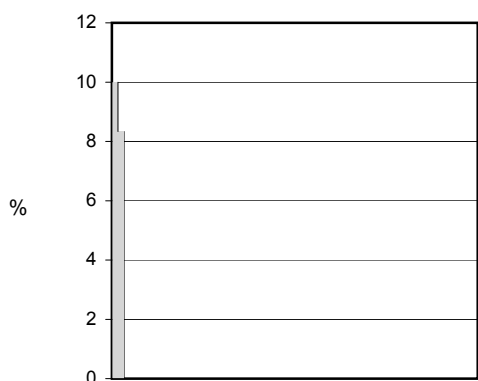
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

60 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 24]:

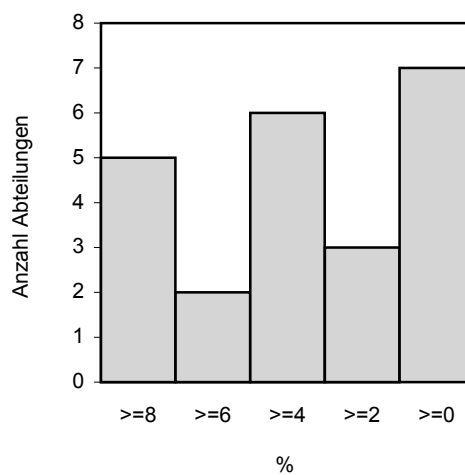
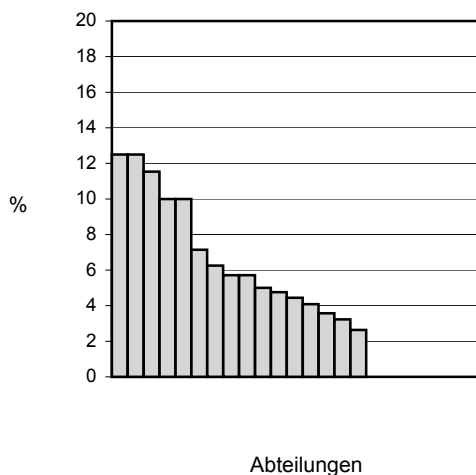
Anteil verstorbener Patienten mit Schenkelhalsfraktur und ASA 3 an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,5%

Median der Abteilungswerte: 4,4%



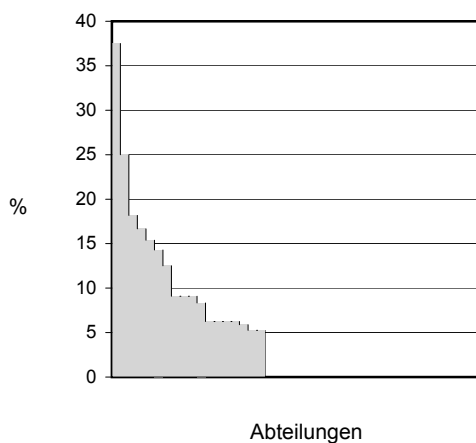
23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 37,5%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



43 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2003
Modul 17/1: Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne
subtrochantäre Frakturen)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 68
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2033
2003 - L10384-P11340

Basisdaten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze				
1. Quartal			267	13,18
2. Quartal			538	26,55
3. Quartal			636	31,39
4. Quartal			585	28,87
Gesamt			2.026	100,00

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fallpauschalen-Nummer				
17.011 Schenkelhalsfraktur, geschlossen: Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mind. jedoch bis Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen, jedoch nicht bei anschließender Weiterbehandlung in einer geriatrischen Abteilung			482	23,79
17.012 Weiterbehandlung im Anschluss an FP17.011 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit, jedoch nicht bei Behandlung in einer geriatrischen Abteilung; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage			0	0,00
17.013 Schenkelhalsfraktur, geschlossen: Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis zur externen oder internen Verlegung in eine geriatrische Abteilung, auch vor Abschluss der Wundheilung			23	1,13

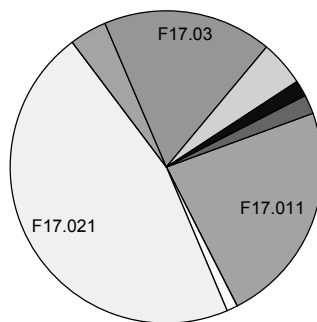
* Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fallpauschalen-Nummer (Fortsetzung)				
17.021 Schenkelhalsfraktur, geschlossen: Einbau einer Hüftkopf-/Schaffprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung v. Fäden/Klammern), mind. jedoch bis Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplik., nicht abzurechnen bei anschließender Weiterbehandlung in einer geriatrischen Abt.			959	47,33
17.022 Weiterbehandlung im Anschluss an FP17.021 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit, jedoch nicht bei Behandlung in einer geriatrischen Abteilung; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage			0	0,00
17.023 Schenkelhalsfraktur, geschlossen: Einbau einer Hüftkopf-/Schaffprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis zur externen oder internen Verlegung in eine geriatrische Abteilung, auch vor Abschluss der Wundheilung			83	4,10
17.03 Schenkelhalsfraktur, geschlossen: Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur			363	17,92

* Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
(Mehrfachnennungen möglich) Sonderentgelt-Nummer S17.03 Einbau einer Hüftkopf-/Schaft- prothese			95	4,69
S17.06 Einbau einer Hüftgelenks-Total- endoproth. bei geschl. Schenkelhalsfraktur			44	2,17
S17.09 Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur			38	1,88
Fälle ohne Entgeltangabe			0	0,00
Fälle mit sonstiger Entgeltangabe			27	1,33

Verteilung der Fallpauschalen/Sonderentgelte
 Gesamt 2003



Behandlungszeiten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperativer Aufenthalt (in Tagen) Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben (1-499 Tage) Median Mittelwert			2.026	100,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben (1-499 Tage) Median Mittelwert			2.026	100,00
			18,0	
			20,9	

Entlassungsdiagnosen

Mehrfachnennungen möglich

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			1.821	89,88
S72.0 (5.Stelle nicht angegeben)			29	1,43
S72.00			257	12,69
S72.01			1.004	49,56
S72.02			7	0,35
S72.03			123	6,07
S72.04			314	15,50
S72.05			90	4,44
S72.08			40	1,97
Petrochantäre Frakturen			122	6,02
S72.1 (5. Stelle nicht angegeben)			0	0,00
S72.10			88	4,34
S72.11			34	1,68
Sonstige (nicht S72.0 oder S72.1)			86	4,25
Gesamt			2.026	100,00

Grundgesamtheit für die Berechnungen der Qualitätsindikatoren:

Schenkelhalsfrakturen ICD-10

S72.00 - S72.05

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
S72.00			257	12,69
S72.01			1.004	49,56
S72.02			7	0,35
S72.03			123	6,07
S72.04			314	15,50
S72.05			90	4,44
Gesamt*			1.792	88,45

*Mehrfachnennungen möglich

Verteilung der Operationstechniken

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
Liste der 10 häufigsten Angaben Bezug der Texte: Gesamt						
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert				5-820.41	778 / 2.026	38,40
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert				5-820.01	261 / 2.026	12,88
Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals				5-790.0e	142 / 2.026	7,01
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert				5-820.31	133 / 2.026	6,57
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)				5-820.02	124 / 2.026	6,12
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert				5-820.00	95 / 2.026	4,69
Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals				5-790.8e	93 / 2.026	4,59
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert				5-820.40	88 / 2.026	4,34
Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Hybrid (teilzementiert)				5-820.42	79 / 2.026	3,90
Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung				8-803.2	73 / 2.026	3,60

*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

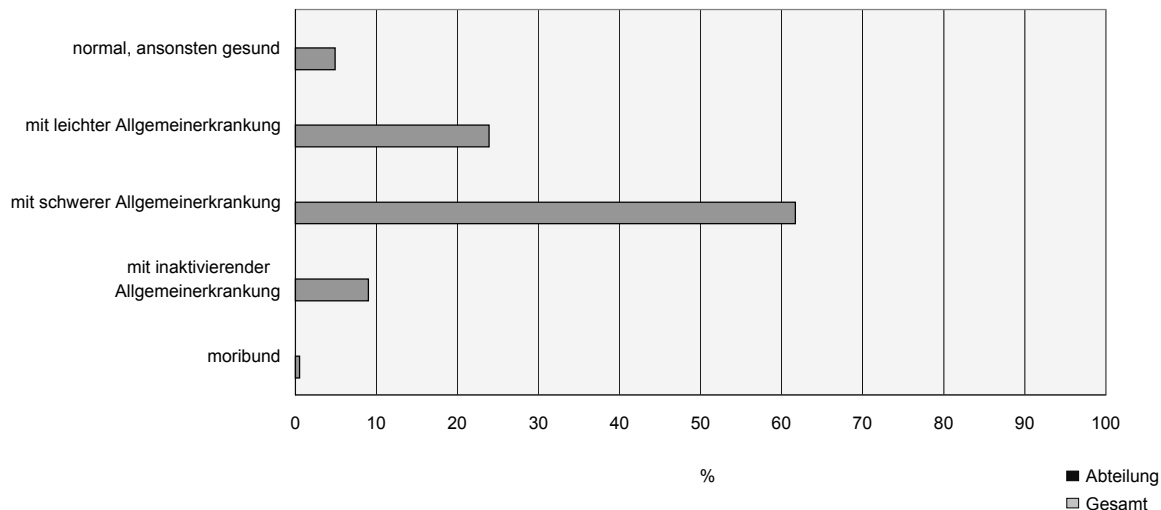
Verteilung der endoprothetischen OP-Verfahren (OPS-301 Version 2.1)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Totalendoprothese (5-820.0)			484 / 2.026	23,89
Totalendoprothese, Sonderprothese (5-820.2)			37 / 2.026	1,83
Femurkopfprothese (5-820.3)			152 / 2.026	7,50
Duokopfprothese (5-820.4)			945 / 2.026	46,64

Patienten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe			2.024	99,90
< 40			19 / 2.024	0,94
40 - 59			126 / 2.024	6,22
60 - 79			701 / 2.024	34,63
80 - 89			816 / 2.024	40,32
>= 90			362 / 2.024	17,89
Alter (Jahre)				
Median			81,0	
Mittelwert			78,9	
Geschlecht				
männlich			465	22,95
weiblich			1.561	77,05
Zu operierende Seite				
rechts			1.031	50,89
links			995	49,11
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			100	4,94
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			484	23,89
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.250	61,70
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			182	8,98
5: moribunder Patient			10	0,49

Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Def. der CDC)				
aseptische Eingriffe			1.936	95,56
bedingt aseptische Eingriffe			85	4,20
kontaminierte Eingriffe			3	0,15
septische Eingriffe			2	0,10
Frakturlokalisierung				
medial			1.664	82,13
lateral			166	8,19
pertrochantär			152	7,50
sonstige			44	2,17
Frakturtyp (bez. auf mediale Lokal.)				
Einteilung nach Garden				
Abduktionsfraktur			115 / 1.664	6,91
unverschoben			274 / 1.664	16,47
verschoben			991 / 1.664	59,55
komplett verschoben			284 / 1.664	17,07
Vorbestehende Coxarthrose				
Anzahl der Patienten			878	43,34

Operation

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von				
<24 Stunden			1.003	49,51
24-48 Stunden			472	23,30
>48 Stunden			551	27,20
OP				
primäre OP			1.882	92,89
Operation nach konservativ			144	7,11
Dauer des Eingriffs				
Schnitt-Nahtzeit (in Minuten)				
Anzahl der Patienten			2.026	
Median			70,0	
Mittelwert			74,3	
Periop. Antibiotikaprophylaxe				
Anzahl der Patienten			1.903	93,93
single shot			1.648 / 1.903	86,60
intraoperative Zweitgabe			21 / 1.903	1,10
öfter			234 / 1.903	12,30
Medikamentöse Thromboseprophylaxe				
Anzahl der Patienten			2.017	99,56
Operationsverfahren				
1 DHS, Winkelplatte			198	9,77
2 intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			64	3,16
3 Verschraubung			151	7,45
4 TEP			499	24,63
5 monopolare Femurkopprothese (Hemiprothese)			112	5,53
6 Duokopfprothese (Hemiprothese)			991	48,91
7 Sonstige			11	0,54

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn OP-Verfahren = 4, 7				
Implantierte Pfannen-Komponente				
Hersteller-ID				
1	Aap-Implantate AG		0 / 510	0,00
2	Advanced Medical Technologies AG		0 / 510	0,00
3	Aesculap AG		35 / 510	6,86
4	ALPANORM Medizintechnik GmbH		0 / 510	0,00
5	ATI Implants		0 / 510	0,00
6	Implant GmbH		0 / 510	0,00
7	Biomet-Merck		6 / 510	1,18
8	Ceraver Deutschland		0 / 510	0,00
9	DePuy Orthopädie		20 / 510	3,92
10	Endoplus GmbH		33 / 510	6,47
11	Endo Pro Medical GmbH		0 / 510	0,00
12	ESSKA Implants GmbH		49 / 510	9,61
13	Implant Cast GmbH		0 / 510	0,00
14	Keramed Medizintechnik GmbH		84 / 510	16,47
15	Lima-LTO SPA		0 / 510	0,00
16	Link		27 / 510	5,29
17	Mathys-Synthes		23 / 510	4,51
18	Orthotech GmbH		0 / 510	0,00
19	Pentamedical GmbH		0 / 510	0,00
20	Peter Brehm GmbH		0 / 510	0,00
21	Saint-Gobain		0 / 510	0,00
22	Desmarquest		0 / 510	0,00
23	Smith & Nephew GmbH		5 / 510	0,98
24	Stemcup Medical Products GmbH		0 / 510	0,00
25	Stryker Howmedica GmbH		1 / 510	0,20
26	Sulzer Orthopedics GmbH		20 / 510	3,92
27	Tornier GmbH		0 / 510	0,00
28	Waldemar Link GmbH		6 / 510	1,18
29	Wright Cremascoli Ortho GmbH		0 / 510	0,00
30	Zimmer Chirurgie GmbH		6 / 510	1,18
99	Sonstige		19 / 510	3,73
	Angabe einer Artikel-Nummer		137 / 510	26,86
wenn OP-Verfahren = 4, 7				
Implantierte Inlay-Komponente				
Hersteller-ID				
1	Aap-Implantate AG		1 / 510	0,2
2	Advanced Medical Technologies AG		0 / 510	0,0
3	Aesculap AG		24 / 510	4,7
4	ALPANORM Medizintechnik GmbH		0 / 510	0,0
5	ATI Implants		0 / 510	0,0
6	Implant GmbH		0 / 510	0,0
7	Biomet-Merck		5 / 510	1,0
8	Ceraver Deutschland		0 / 510	0,0
9	DePuy Orthopädie		16 / 510	3,1
10	Endoplus GmbH		24 / 510	4,7
11	Endo Pro Medical GmbH		0 / 510	0,0
12	ESSKA Implants GmbH		34 / 510	6,7
13	Implant Cast GmbH		0 / 510	0,0
14	Keramed Medizintechnik GmbH		28 / 510	5,5
15	Lima-LTO SPA		0 / 510	0,0
16	Link		12 / 510	2,4
17	Mathys-Synthes		12 / 510	2,4
18	Orthotech GmbH		0 / 510	0,0
19	Pentamedical GmbH		0 / 510	0,0
20	Peter Brehm GmbH		0 / 510	0,0
21	Saint-Gobain		0 / 510	0,0
22	Desmarquest		0 / 510	0,0
23	Smith & Nephew GmbH		0 / 510	0,0
24	Stemcup Medical Products GmbH		0 / 510	0,0
25	Stryker Howmedica GmbH		1 / 510	0,2
26	Sulzer Orthopedics GmbH		6 / 510	1,2
27	Tornier GmbH		0 / 510	0,0
28	Waldemar Link GmbH		3 / 510	0,6
29	Wright Cremascoli Ortho GmbH		0 / 510	0,0
30	Zimmer Chirurgie GmbH		6 / 510	1,2
99	Sonstige		17 / 510	3,3
	Angabe einer Artikel-Nummer		38 / 510	7,5

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn OP-Verfahren = 4, 5, 6, 7				
Implantierte Schaft-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			22 / 1.613	1,36
2 Advanced Medical Technologies AG			0 / 1.613	0,00
3 Aesculap AG			222 / 1.613	13,76
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			1 / 1.613	0,06
5 ATI Implants			0 / 1.613	0,00
6 Implant GmbH			1 / 1.613	0,06
7 Biomet-Merck			12 / 1.613	0,74
8 Ceraver Deutschland			0 / 1.613	0,00
9 DePuy Orthopädie			56 / 1.613	3,47
10 Endoplus GmbH			75 / 1.613	4,65
11 Endo Pro Medical GmbH			1 / 1.613	0,06
12 ESSKA Implants GmbH			52 / 1.613	3,22
13 Implant Cast GmbH			0 / 1.613	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			126 / 1.613	7,81
15 Lima-LTO SPA			2 / 1.613	0,12
16 Link			40 / 1.613	2,48
17 Mathys-Synthes			87 / 1.613	5,39
18 Orthotech GmbH			0 / 1.613	0,00
19 Pentamedical GmbH			0 / 1.613	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0 / 1.613	0,00
21 Saint-Gobain			0 / 1.613	0,00
22 Desmarquest			0 / 1.613	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			32 / 1.613	1,98
24 Stemcup Medical Products GmbH			0 / 1.613	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			15 / 1.613	0,93
26 Sulzer Orthopedics GmbH			36 / 1.613	2,23
27 Tornier GmbH			0 / 1.613	0,00
28 Waldemar Link GmbH			18 / 1.613	1,12
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0 / 1.613	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			69 / 1.613	4,28
99 Sonstige			98 / 1.613	6,08
Angabe einer Artikel-Nummer			452 / 1.613	28,02
Schaft wurde zementiert			1.398 / 1.613	86,67
wenn ja				
Zementiertechnik				
Vakuuzementmischtechnik			647 / 1.398	46,28
Druckreinigung des Markraums			437 / 1.398	31,26
Markraumsperrer			844 / 1.398	60,37

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn OP-Verfahren = 4, 5, 6, 7				
Implantierte Kopf-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			41 / 1.613	2,54
2 Advanced Medical Technologies AG			0 / 1.613	0,00
3 Aesculap AG			177 / 1.613	10,97
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			2 / 1.613	0,12
5 ATI Implants			0 / 1.613	0,00
6 Implant GmbH			1 / 1.613	0,06
7 Biomet-Merck			29 / 1.613	1,80
8 Ceraver Deutschland			0 / 1.613	0,00
9 DePuy Orthopädie			55 / 1.613	3,41
10 Endoplus GmbH			58 / 1.613	3,60
11 Endo Pro Medical GmbH			0 / 1.613	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			15 / 1.613	0,93
13 Implant Cast GmbH			0 / 1.613	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			131 / 1.613	8,12
15 Lima-LTO SPA			2 / 1.613	0,12
16 Link			47 / 1.613	2,91
17 Mathys-Synthes			115 / 1.613	7,13
18 Orthotech GmbH			0 / 1.613	0,00
19 Pentamedical GmbH			0 / 1.613	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0 / 1.613	0,00
21 Saint-Gobain			0 / 1.613	0,00
22 Desmarquest			0 / 1.613	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			17 / 1.613	1,05
24 Stemcup Medical Products GmbH			0 / 1.613	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			15 / 1.613	0,93
26 Sulzer Orthopedics GmbH			26 / 1.613	1,61
27 Tornier GmbH			0 / 1.613	0,00
28 Waldemar Link GmbH			8 / 1.613	0,50
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0 / 1.613	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			66 / 1.613	4,09
99 Sonstige			107 / 1.613	6,63
Angabe einer Artikel-Nummer			485 / 1.613	30,07

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Knochen transplantation Anzahl der Patienten			50	2,47
wenn OP-Verfahren = TEP, monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese), Duokopfprothese (Hemiprothese) oder Sonstiges (4,5,6,7) Osteosynthese Anzahl der Patienten			98 / 1.613	6,08
Bluttransfusion Patienten mit Bluttransfusion davon			748	36,92
Fremdblut			667 / 748	89,17
Fremdblut: Anz. Transfusionseinheiten Median			2,0	
Mittelwert			2,4	
Verwendung eines Cell-Savers Anzahl der Patienten			222	10,96

Verlauf

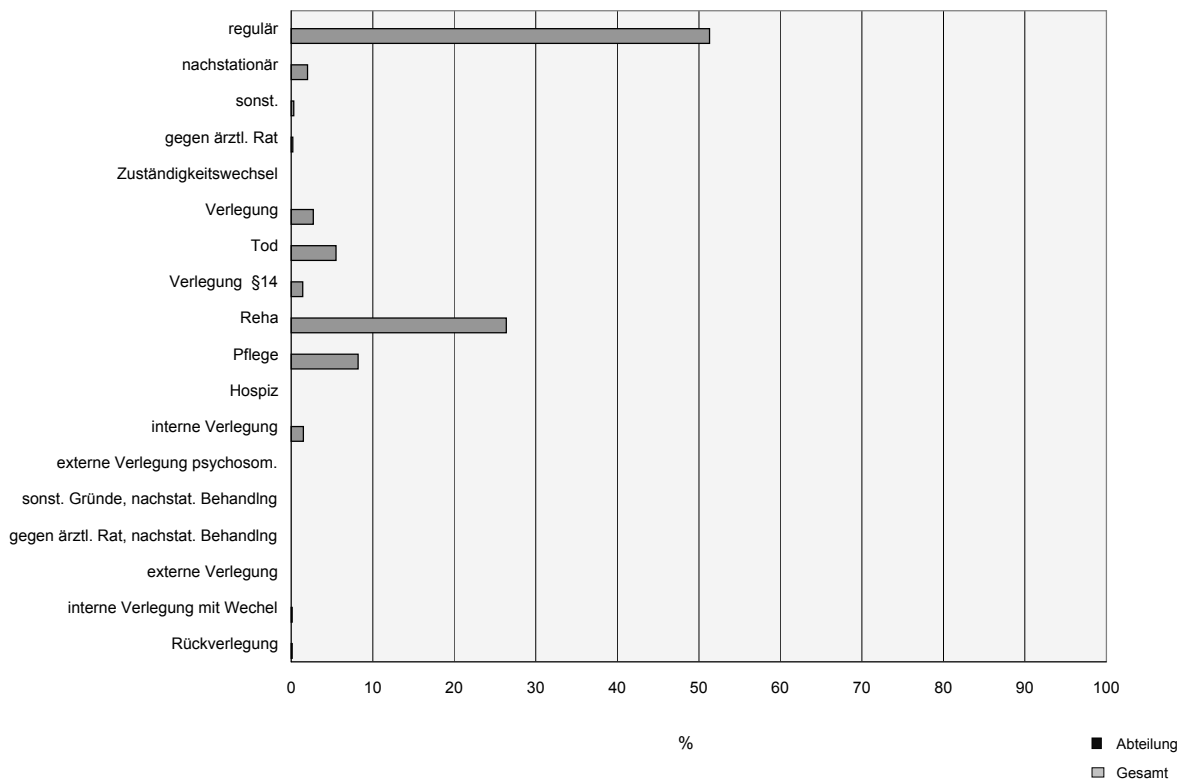
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			1.955	96,50
Postoperatives Röntgenbild axial Anzahl der Patienten			1.433	70,73
Behandlungsbedürftige intra-/ post-operative chirurgische Komplikationen Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplikation.			170	8,39
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>				
Implantatfehlage			4	0,20
Implantatdislokation			15	0,74
Implantatbruch			0	0,00
Endoprothesenluxation			28	1,38
Wundhämatom/Nachblutung			97	4,79
Gefäßläsion			1	0,05
Nervenschaden			6	0,30
Fraktur			6	0,30
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			133	6,57
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten			92	4,54
davon				
A1 (oberflächliche Infektion)			47 / 92	51,09
A2 (tiefe Infektion)			41 / 92	44,56
A3 (Räume/Organe)			4 / 92	4,35
Allgemeine postoperative Komplikationen Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplikation.			345	17,03
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>				
Pneumonie			51	2,52
Kardiovaskuläre Komplikationen			135	6,66
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			2	0,10
Lungenembolie			20	0,99
Sonstige			210	10,36

Entlassung

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung				
Stabilität der osteosynthetischen Versorgung				
übungsstabil			158	7,80
teilbelastungsstabil (10-20kg)			154	7,60
vollbelastungsstabil			1.205	59,48
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite)				
Anzahl der Patienten			681	33,61
Winkel Extension				
Median			0,0	
Mittelwert			3,5	
Neutral-Null-Wert				
Median			0,0	
Mittelwert			1,1	
Winkel Flexion				
Median			90,0	
Mittelwert			82,3	
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			971	47,93
Treppensteigen nicht möglich			1.055	52,07
davon operationsbedingt nicht möglich			98 / 1.055	9,29
Selbst. Gehen möglich (mit Gehhilfen)			1.490	73,54
selbstständiges Gehen nicht möglich			536	26,46
davon operationsbedingt nicht möglich			17 / 536	3,17
selbstständige Versorgung				
in der tgl. Hygiene möglich			1.241	61,25
selbstständige Versorgung				
in der tgl. Hygiene nicht möglich			785	38,75
davon operationsbedingt nicht möglich			33 / 785	4,20

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund				
1: Behandlung regulär beendet			1.039	51,28
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	40	1,97		
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet	6	0,30		
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet	5	0,25		
5: Zuständigkeitswechsel d. Leistungsträgers	0	0,00		
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus	55	2,71		
7: Tod	112	5,53		
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95)	29	1,43		
9: Entl. in eine Rehabilitationseinrichtung	535	26,41		
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	167	8,24		
11: Entlassung in ein Hospiz	1	0,05		
12: Interne Verlegung	31	1,53		
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung	1	0,05		
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00		
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00		
16: externe Verlegung in ein anderes Kranken- haus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntg und nachfolgende Rückverlegung	0	0,00		
17: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntg	3	0,15		
18: Rückverlegung	2	0,10		
Tod im Zusammenhang mit d. FP/SE Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			43 1 / 112	2,12 0,89

Verteilung der Entlassungsgründe



Jahresauswertung 2003

Modul 17/1: Pflege bei hüftgelenknaher Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)

Qualitätsindikatoren - Pflege

Sachsen Gesamt

Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2033
2003 - L10384-P11340

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese			93,02%	100%	-7,0%	3.1
Schriftliche Formulierung der Pflegeziele			77,31%	nicht definiert		3.3
Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen			83,42%	nicht definiert		3.5
Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse			80,63%	nicht definiert		3.7
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft			95,11%	nicht definiert		3.9
Risikoeinschätzung für Dekubitus innerhalb der ersten 24h in der pflegerischen Versorgung			72,25%	100%	-27,7%	3.11
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Pat. die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Dekubitus Grad 2 oder höher			4,3%	<= 7,0%	2,7%	3.13
Dekubitus bei Entlassung			6,01%	nicht definiert		3.13
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Pat. die mit Dekubitus aufgenommen wurden			19,51%	nicht definiert		3.16
Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthaltes			97,33%	nicht definiert		3.18
Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthaltes			92,89%	nicht definiert		3.20

*Abweichung vom Referenzbereich

Qualitätsindikator: Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese

Qualitätsziel: Immer schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
Referenzbereich: 100%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeanamnese schriftlich erhoben			533 / 573	93,02%
Vertrauensbereich				90,61% - 94,97%
Referenzbereich		100%		100%
Pflegeanamnese erhoben durch examinierendes Pflegepersonal (3-jährige Ausbildung)			507 / 573	88,48%
Pflegeanamnese erhoben durch Krankenpflegehelfer/in			15 / 573	2,62%
Pflegeanamnese erhoben durch sonstiges Personal			11 / 573	1,92%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:

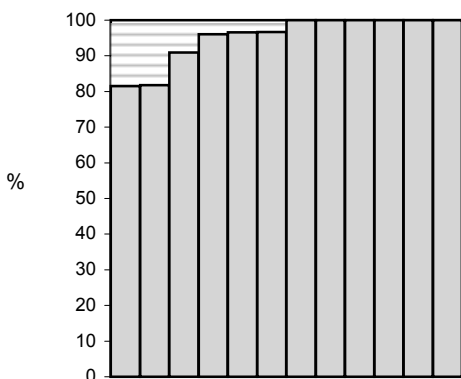
Anteil von Patienten mit schriftlicher Erhebung der Pflegeanamnese an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

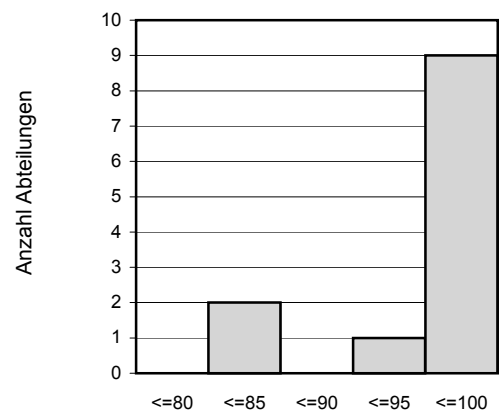
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 81,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,3%



Abteilungen



%

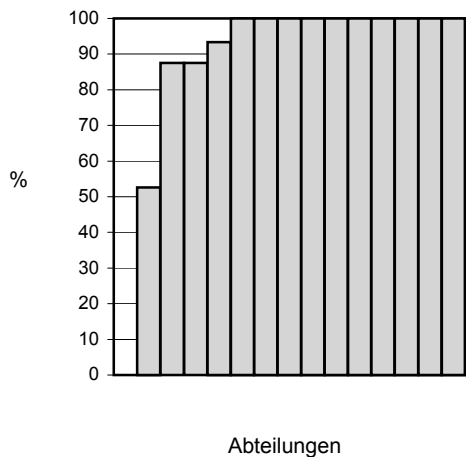
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

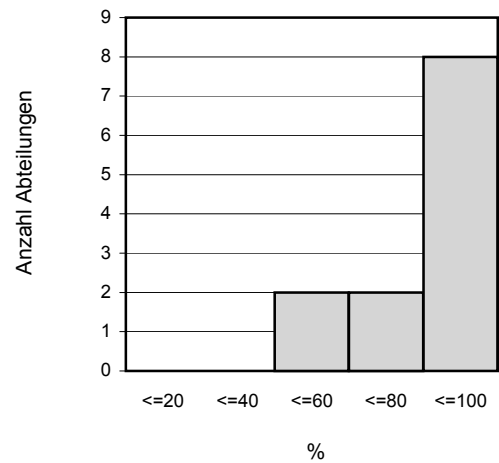
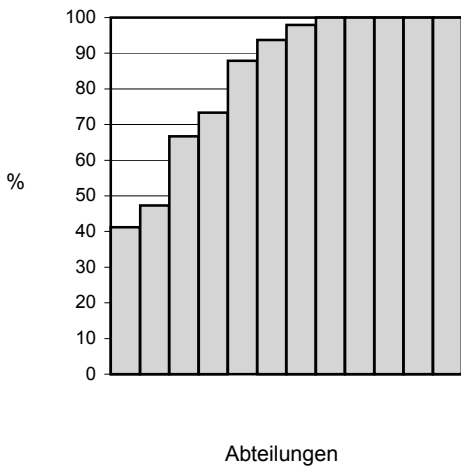
Qualitätsindikator: Schriftliche Formulierung der Pflegeziele

Qualitätsziel: Immer schriftliche Formulierung der Pflegeziele
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeziele schriftlich formuliert			443 / 573	77,31%
Vertrauensbereich				73,66% - 80,68%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:
Anteil von Patienten mit schriftlicher Formulierung der Pflegeziele an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 41,2% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 95,8%

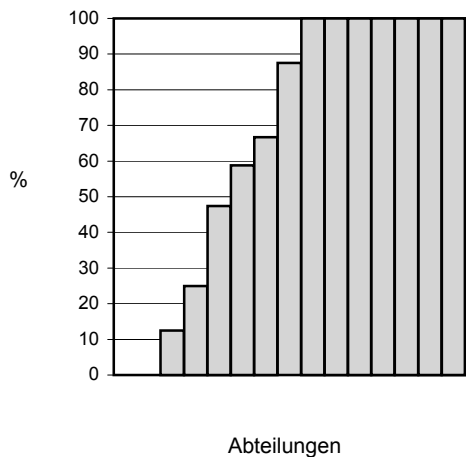


12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 87,5%



15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

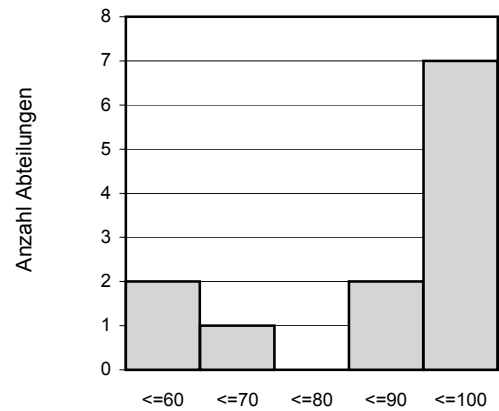
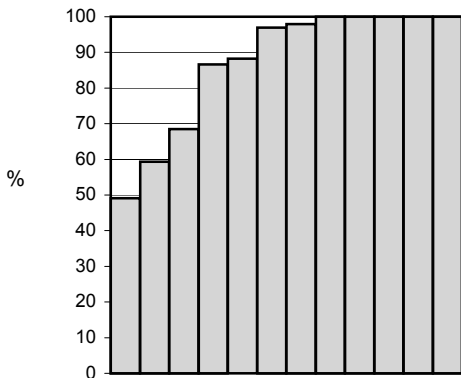
Qualitätsindikator: Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen

Qualitätsziel: Immer schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegemaßnahmen schriftlich geplant			478 / 573	83,42%
Vertrauensbereich				80,11% - 86,38%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:
Anteil von Patienten mit schriftlicher Planung der Pflegemaßnahmen an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 49,1% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 97,4%

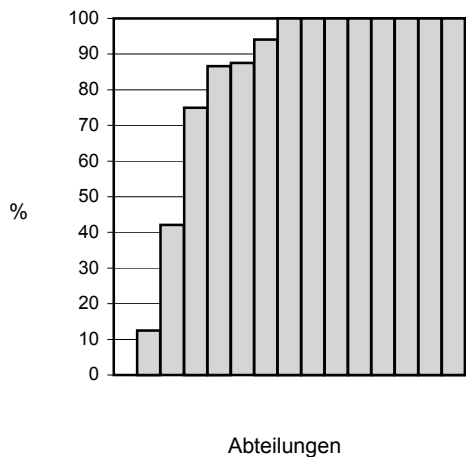


12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

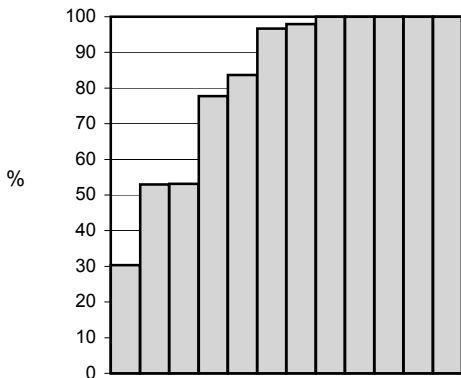
Qualitätsindikator: Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse

- Qualitätsziel:** Immer schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

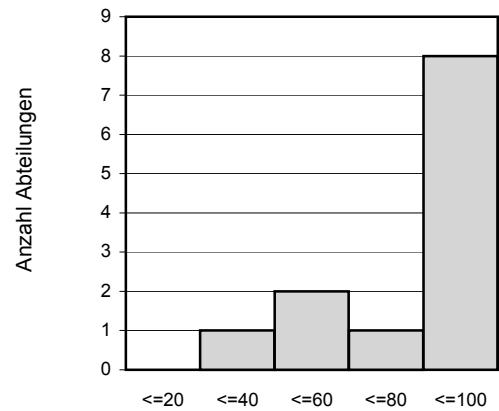
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeergebnisse schriftlich bewertet			462 / 573	80,63%
Vertrauensbereich				77,15% - 83,79%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:
Anteil von Patienten mit schriftlicher Bewertung der Pflegeergebnisse an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 30,3% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 97,3%



Abteilungen



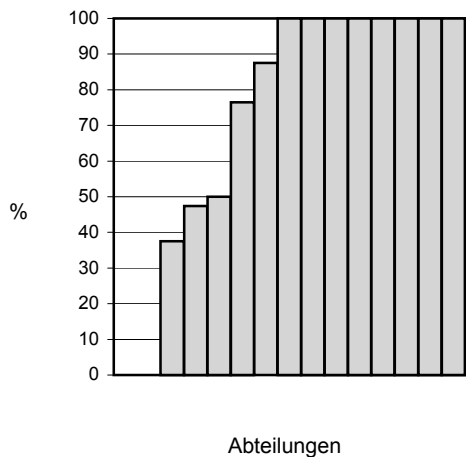
%

12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft

Qualitätsziel: Oft gezielte Mobilisation durch Pflegekraft
 in Bezug auf das postoperative Verhalten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

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

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft			545 / 573	95,11%
Vertrauensbereich				93,01% - 96,73%
Referenzbereich		>= x%		>= x%
innerhalb 24h postoperativ			379 / 573	66,14%
später als 24h postoperativ			166 / 573	28,97%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 5]:

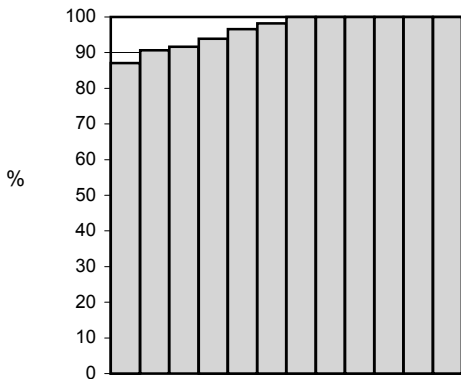
Anteil von Patienten mit gezielter Mobilisation durch Pflegekraft an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

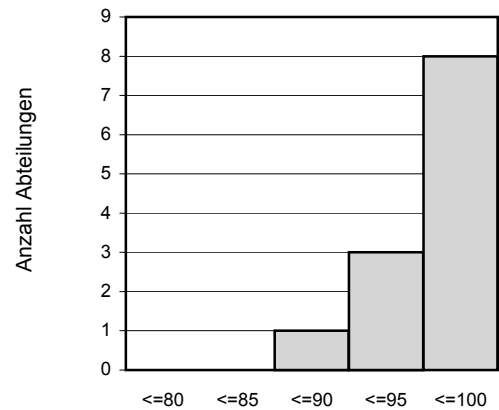
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 87,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,1%



Abteilungen



%

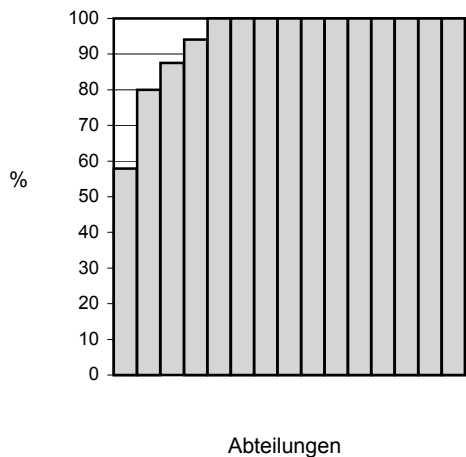
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 57,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Risikoeinschätzung für Dekubitus

Qualitätsziel: Immer Risikoeinschätzung für Dekubitus innerhalb der ersten 24h der pflegerischen Versorgung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

Referenzbereich: 100%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoeinschätzung für Dekubitus innerhalb der ersten 24h der pflegerischen Versorgung			414 / 573	72,25%
Vertrauensbereich				68,39% - 75,88%
Referenzbereich		100%		100%
Bestehendes Risiko laut Skala				
nein			121 / 414	29,23%
Braden-Skala			21 / 414	5,07%
Waterlow-Skala			6 / 414	1,45%
Norton-Skala			101 / 414	24,40%
hausinterne Skala			165 / 414	39,85%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:

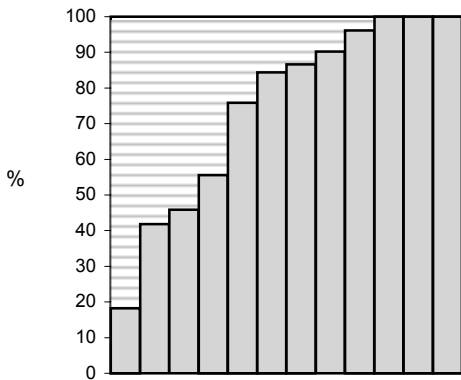
Anteil von Patienten mit Risikoeinschätzung für Dekubitus an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

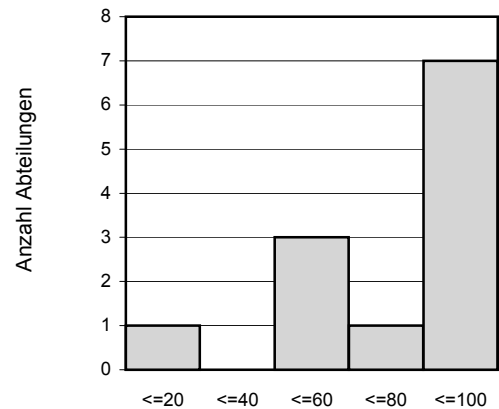
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 18,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 85,5%



Abteilungen



%

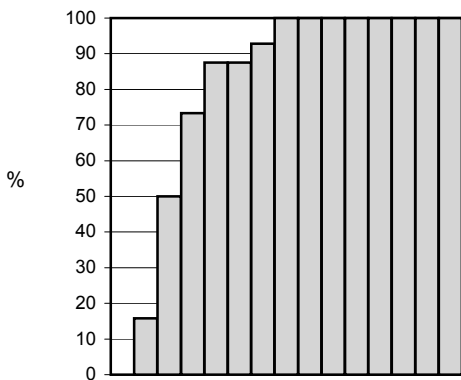
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: 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: <= 7,0% (80%-Perzentile)
 b) Für alle Patienten mit Dekubitalulzera: ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			23 / 532	4,32%
Vertrauensbereich				2,76% - 6,43%
Referenzbereich		<= 7,0%		<= 7,0%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			32 / 532	6,01%
Vertrauensbereich				4,15% - 8,39%
Referenzbereich		<= x%		<= x%
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			9 / 32	28,12%
Grad 2			17 / 32	53,12%
Grad 3			6 / 32	18,75%
Grad 4			0 / 32	0,00%
keine Gradangabe			0 / 32	0,00%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			500 / 532	93,98%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7a]:

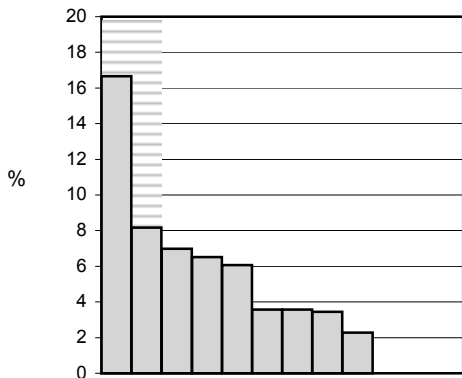
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

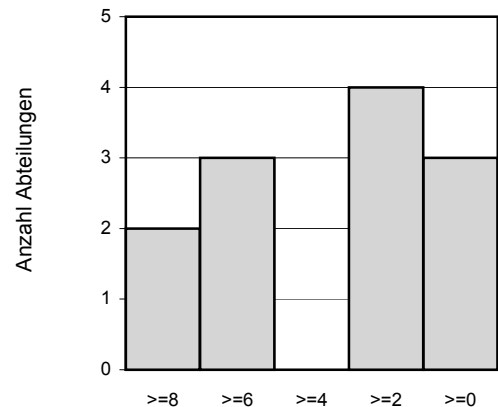
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 3,6%



Abteilungen



%

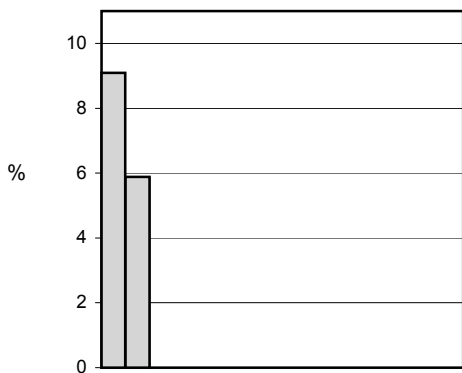
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7b]:

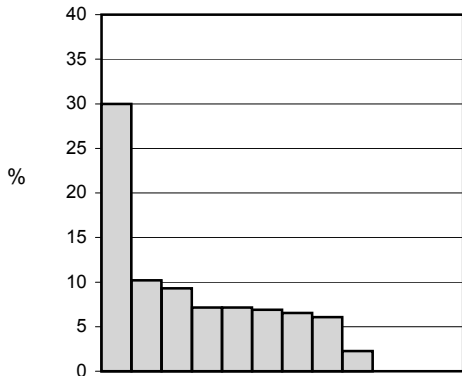
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

41 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

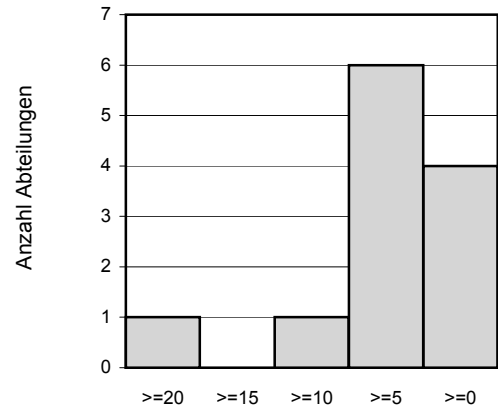
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 30,0%

Median der Abteilungswerte: 6,7%



Abteilungen



%

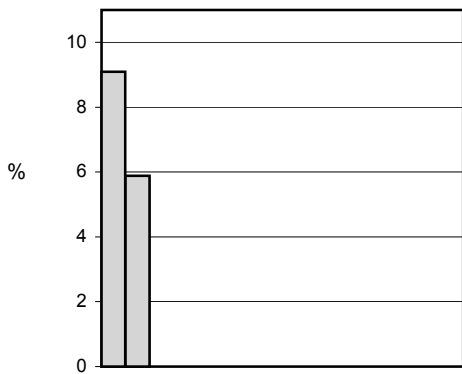
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: 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 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			8 / 41	19,51%
Vertrauensbereich				8,72% - 35,00%
Referenzbereich		>= x%		>= x%
davon: Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			6 / 8	75,00%
Grad 2			1 / 8	12,50%
Grad 3			0 / 8	0,00%
Grad 4			0 / 8	0,00%
Gradangabe fehlt			1 / 8	12,50%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			33 / 41	80,49%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:

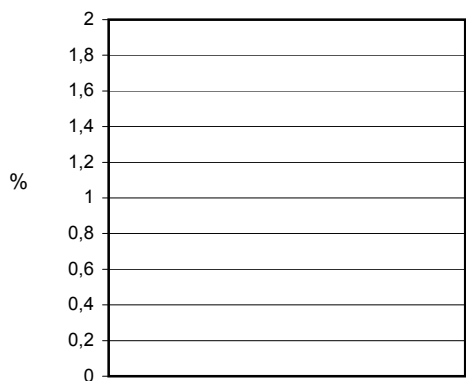
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

55 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

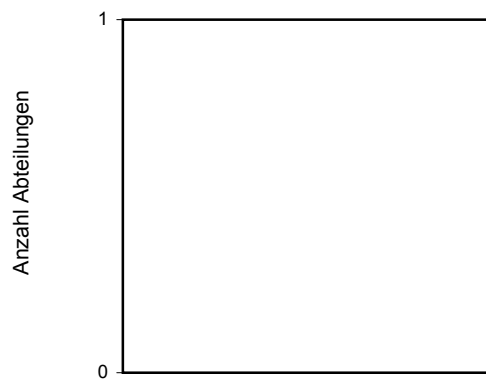
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen



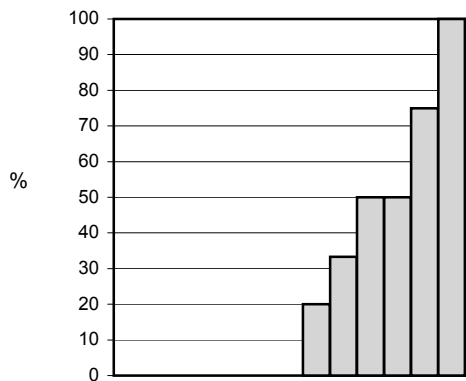
%

0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthalts

- Qualitätsziel:** Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe A im Vergleich Entlassung zur Aufnahme
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR A bei Aufnahme und Entlassung
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme			438 / 450	97,33%
Vertrauensbereich				95,37% - 98,62%
Referenzbereich		>= x%		>= x%
PPR Pflegestufe A verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme			12 / 450	2,67%
PPR A1 unverändert			19 / 450	4,22%
PPR A2 unverändert			109 / 450	24,22%
PPR A3 unverändert			165 / 450	36,67%
PPR A1 verschlechtert zu A2			4 / 450	0,89%
PPR A2 verschlechtert zu A3			7 / 450	1,56%
PPR A1 verschlechtert zu A3			1 / 450	0,22%
PPR A2 verbessert zu A1			18 / 450	4,00%
PPR A3 verbessert zu A2			110 / 450	24,44%
PPR A3 verbessert zu A1			17 / 450	3,78%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:

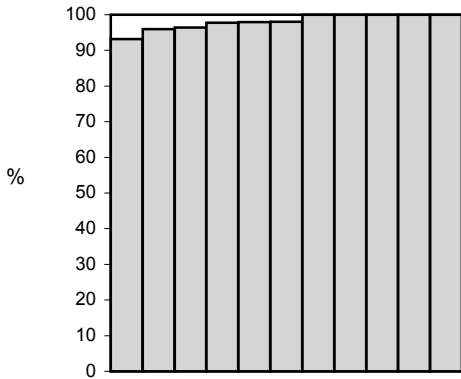
Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR A bei Aufnahme und Entlassung

46 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

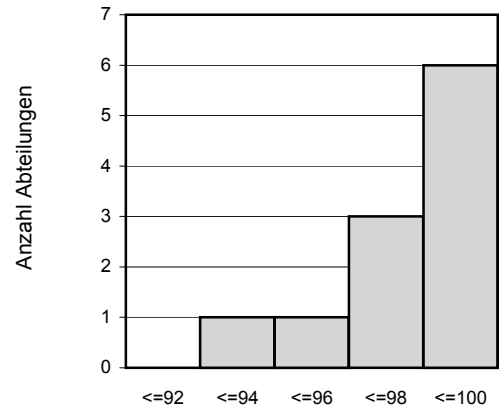
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 93,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,0%



Abteilungen



%

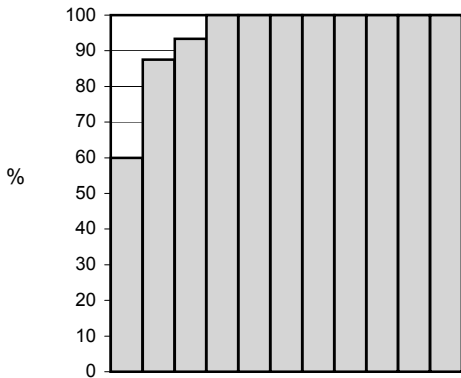
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthalts

- Qualitätsziel:** Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe S im Vergleich Entlassung zur Aufnahme
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR S bei Aufnahme und Entlassung
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

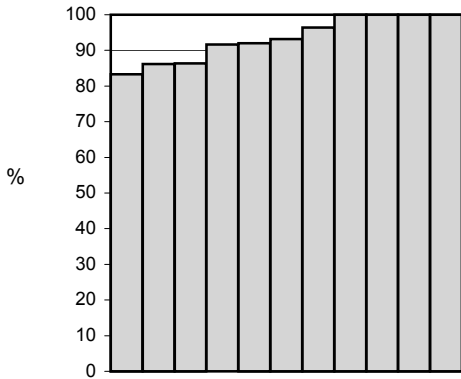
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme			418 / 450	92,89%
Vertrauensbereich				90,10% - 95,09%
Referenzbereich		>= x%		>= x%
PPR Pflegestufe S verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme			32 / 450	7,11%
PPR S1 unverändert			59 / 450	13,11%
PPR S2 unverändert			163 / 450	36,22%
PPR S3 unverändert			47 / 450	10,44%
PPR S1 verschlechtert zu S2			25 / 450	5,56%
PPR S2 verschlechtert zu S3			6 / 450	1,33%
PPR S1 verschlechtert zu S3			1 / 450	0,22%
PPR S2 verbessert zu S1			66 / 450	14,67%
PPR S3 verbessert zu S2			64 / 450	14,22%
PPR S3 verbessert zu S1			19 / 450	4,22%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:

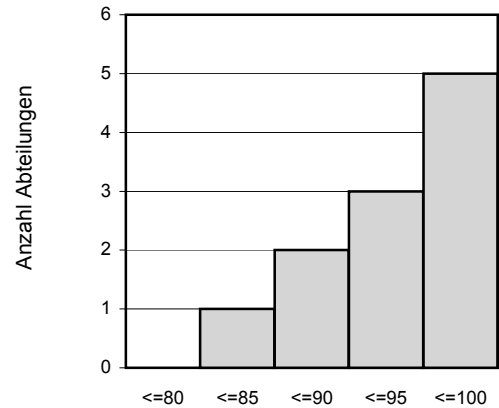
Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR A bei Aufnahme und Entlassung
 46 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 93,2%



Abteilungen



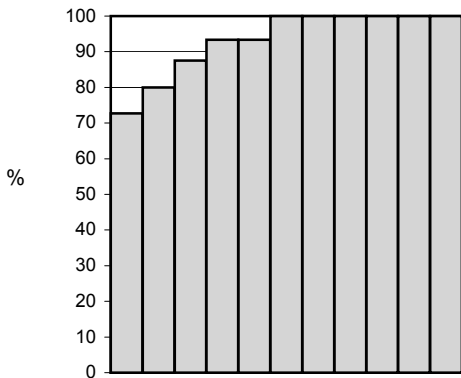
%

11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 72,7% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2003

Modul 17/1: Pflege bei hüftgelenknaher Femurfraktur (ohne
subtrochantäre Frakturen)

Basisauswertung - Pflege

Sachsen Gesamt

Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2033
2003 - L10384-P11340

Basisdaten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl	
Anzahl importierter OP-Datensätze			2.026	
Anzahl importierter Pflegedatensätze			573	

Patienten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe			573	
< 20			0 / 573	0,00
20 - 39			5 / 573	0,87
40 - 59			26 / 573	4,54
60 - 79			202 / 573	35,25
80 - 89			246 / 573	42,93
>= 90			94 / 573	16,41
Alter (Jahre)				
Median			81,0	
Mittelwert			79,3	
Geschlecht				
männlich			126	21,99
weiblich			447	78,01
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			37	6,46
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			127	22,16
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			356	62,13
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			50	8,73
5: moribunder Patient			3	0,52

* Die Prozentzahlen der Basis-Pflegeauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

Aufnahme

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach PPR-Systematik bei Aufnahme			515	89,88
Wenn ja:				
Pflegestufe A			515 / 515	100,00
davon				
A1			27 / 515	5,24
A2			153 / 515	29,71
A3			335 / 515	65,05
Pflegestufe S			515 / 515	100,00
davon				
S1			96 / 515	18,64
S2			264 / 515	51,26
S3			155 / 515	30,10
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja			41	7,16
nein			532	92,84
Wenn ja:				
(Mehrfachnennungen waren möglich)				
Grad 1			26 / 41	63,41
Grad 2			17 / 41	41,46
Grad 3			7 / 41	17,07
Grad 4			2 / 41	4,88
Gradangabe fehlt			1 / 41	2,44

Pflegeprozess

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeanamnese schriftlich erhoben				
nein			40	6,98
ja, durch Krankenschwester/-pfleger (Examinierung, 3-jährige Ausbildung)			507	88,48
ja, durch Krankenpflegehelfer/in (Examinierung, 1-jährige Ausbildung)			15	2,62
ja, durch sonstiges Personal			11	1,92
Pflegeziele schriftlich formuliert				
nein			130	22,69
ja			443	77,31
Pflegemaßnahmen schriftlich geplant				
nein			95	16,58
ja			478	83,42
Pflegeergebnisse schriftlich bewertet				
nein			111	19,37
ja			462	80,63

Prophylaxen und pflegerische Maßnahmen

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft				
nein			28	4,89
ja, innerhalb 24h postoperativ			379	66,14
ja, später als 24h postoperativ			166	28,97
Dekubitusprophylaxe				
Risikoeinschätzung für Dekubitus innerhalb der ersten 24 h der pflegerischen Versorgung durchgeführt			414	72,25
Wenn ja:				
Patient hatte laut Skala ein Risiko				
nein			121 / 414	29,23
nach Braden Skala			21 / 414	5,07
nach Waterlow-Skala			6 / 414	1,45
nach Norton-Skala			101 / 414	24,40
nach hausinterner Skala			165 / 414	39,85

Entlassung

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach PPR-Systematik bei Entlassung			470	82,02
Wenn ja:				
Pflegestufe A			470 / 470	100,00
davon				
A1			58 / 470	12,34
A2			225 / 470	47,87
A3			187 / 470	39,79
Pflegestufe S			470 / 470	100,00
davon				
S1			150 / 470	31,91
S2			258 / 470	54,89
S3			62 / 470	13,19
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja			65	11,34
nein			508	88,66
Wenn ja:				
(Mehrfachnennungen waren möglich)				
Grad 1			35 / 65	53,85
Grad 2			40 / 65	61,54
Grad 3			13 / 65	20,00
Grad 4			1 / 65	1,54
Gradangabe fehlt			0 / 65	0,00
Systematische Dokumentation bestehender Dekubitalulzera bei Aufnahme und Entlassung				
ja			143	24,96
nein			422	73,65
nicht durchführbar			8	1,40