

Jahresauswertung 2003
Modul 17/2: Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 55
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2034
2003 - L10388-P11342

Übersicht Qualitätsindikatoren I

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation (1)						
Angemessene Indikation anhand röntgenologischer Kriterien			69,24%	>= 17,0%	52,2%	1.1
Indikation (2)						
Angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik			93,91%	>= 87,0%	7,0%	1.3
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			99,17%	>= 95%	4,2%	1.5
OP-Dauer						
Median (min)			80,0	<= 99,0 min	19,0 min	1.7
Fremdblutbedarf						
Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut			5,59%	<= 18,9%	13,3%	1.9
Postoperative Röntgenbilder						
Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			41,36%	>= 0,0%	41,4%	1.11
Postoperative Beweglichkeit						
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Extension/Flexion) von mind. 0/0/70			93,46%	>= 73,3%	20,1%	1.13
Gehfähigkeit bei Entlassung						
selbstständiges Gehen (mit Gehhilfen) bei Entlassung			99,46%	>= 90%	9,5%	1.16
selbstständige Versorgung in der Hygiene bei der Entlassung						
selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung			99,30%	>= 80%	19,3%	1.19
Gefäßläsion						
Patienten mit Gefäßläsion			0,07%	<= 2,3%	2,3%	1.21
Nervenschaden						
Patienten mit Nervenschaden			0,63%	<= 3%	2,4%	1.23

*Abweichung vom Referenzbereich

Übersicht Qualitätsindikatoren II

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Implantatfehlage, -dislokation oder -bruch						
Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder -bruch			0,25%	nicht definiert		1.25
Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation						
Patienten mit Fraktur			0,96%	<= 3,1%	2,1%	1.27
Endoprothesenluxation						
Patienten mit Endoprothesenluxation			0,71%	<= 4,6%	3,9%	1.29
Postoperative Wundinfektion						
Patienten mit Wundinfektionen			1,31%	<= 4,2%	2,9%	1.31
Pat. mit Wundinf. der Risikoklasse 0			0,89%	<= 2,7%	1,8%	1.34
Wundhämatom/Nachblutung						
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			3,50%	<= 13,5%	10,0%	1.37
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Patienten mit mind. einer postop. Komplikation			5,57%	<= 19,3%	13,7%	1.40
Reinterventionen wegen Komplikation						
Patienten mit erforderlicher Reintervention			2,84%	<= 8,8%	6,0%	1.42
Letalität						
Verstorbene Patienten			0,08%	Sentinel event	-0,1%	1.44

*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.

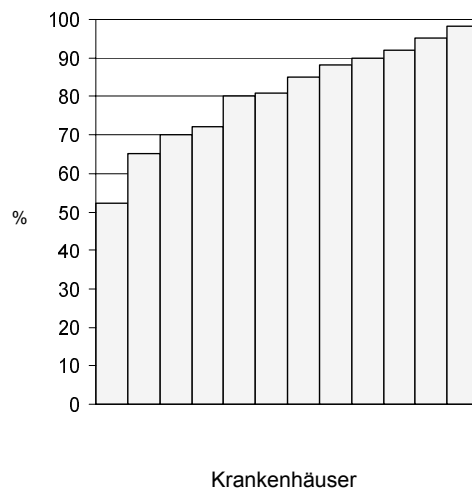
Beispiel:

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 Krankenhäusergebnisse 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:

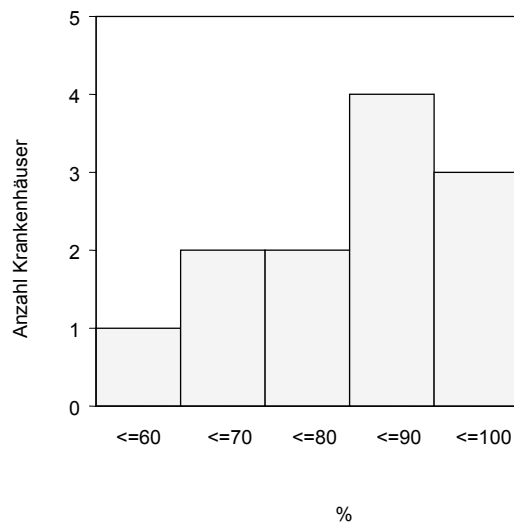
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

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 Krankenhäuser? (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: Indikation (1)

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand röntgenologischer Kriterien

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 17,0% (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren & Lawrence*				
Gruppe 1	0 Punkte		62 / 6.028	1,03%
Gruppe 2	1-2 Punkte		206 / 6.028	3,42%
Gruppe 3	3-4 Punkte		1.586 / 6.028	26,31%
Gruppe 4	5-9 Punkte		3.856 / 6.028	63,97%
Gruppe 5	10 Punkte		318 / 6.028	5,28%
Gruppe 6	5 bis 10 Punkte		4.174 / 6.028	69,24%
Vertrauensbereich			68,06% - 70,41%	
Referenzbereich		>= 17,0%	>= 17,0%	

*Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte			
Osteophyten	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	Gelenkspalt	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben
Sklerose	0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	Deformierung	0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:

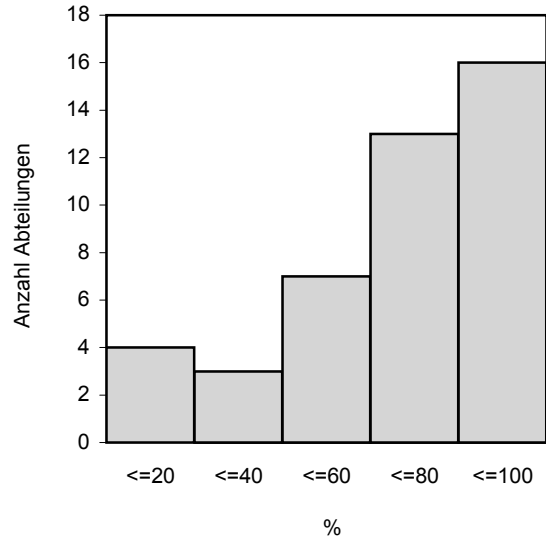
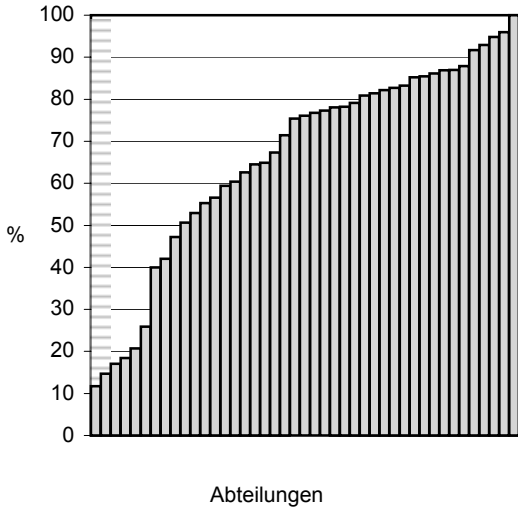
Anteil von Patienten mit 5 und mehr Punkten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 11,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 76,1%



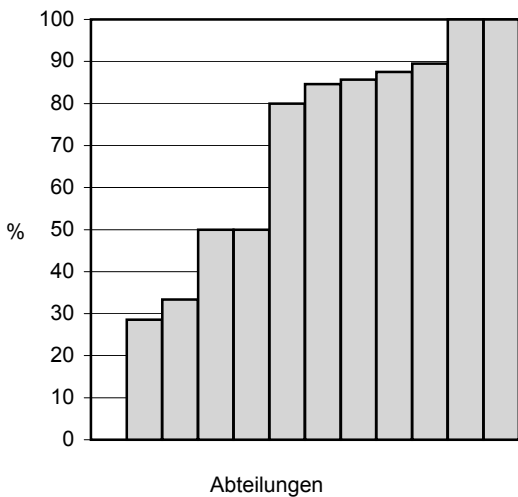
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 82,3%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation (2)

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik (Schmerzen und Bewegungseinschränkung)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: $\geq 87,0\%$ (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit schmerzfremem Gehen < 20 min			3.594 / 6.028	59,62%
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			5.405 / 6.028	89,67%
Patienten mit Ruheschmerz			5.146 / 6.028	85,37%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			5.867 / 6.028	97,33%
Bewegungseinschränkung*				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			3.426 / 5.212	65,73%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			3.062 / 5.207	58,80%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang			4.057 / 4.939	82,14%
Pat. mit mind. einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			4.486 / 4.777	93,91%
Vertrauensbereich				93,19% - 94,57%
Referenzbereich		$\geq 87,0\%$		$\geq 87,0\%$

*Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

¹ Einschränkung der Extension: Beugekontraktur > 0 Grad oder Einschränkung der Flexion: maximal 90 Grad

² Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:

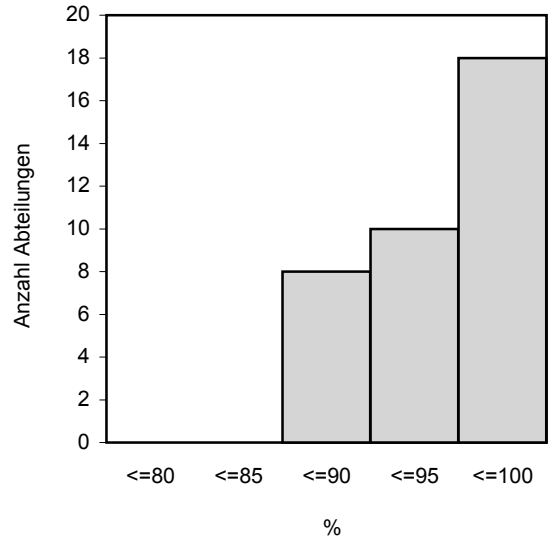
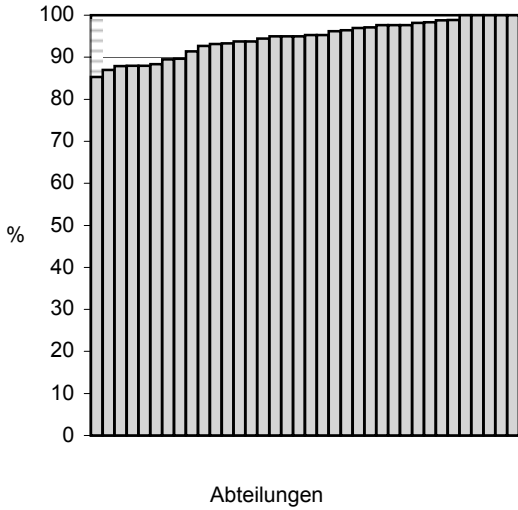
Anteil von Patienten mit mindestens einem der o.g. Kriterien an allen Patienten

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,1%



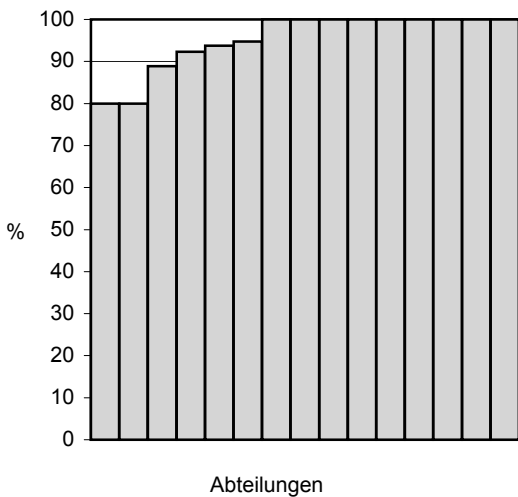
36 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 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: Perioperative Antibiotikaprohylaxe

Qualitätsziel: Im Verhältnis zur OP-Dauer angemessene perioperative Antibiotikaprohylaxe
 Single shot bei Op-Dauer bis 120 min
 Intraoperative Zweitgabe oder öfter bei OP-Dauer > 120 min

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Operationsdauer ≤ 120 min
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

Referenzbereich: ≥ 95%

Abteilung 2003	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤120 min	Gruppe 3 OP-Dauer >120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprohylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	≥ 95%		
davon			
single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

Gesamt 2003	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤120 min	Gruppe 3 OP-Dauer >120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprohylaxe	5.978 / 6.028 99,17%	5.526 / 5.568 99,25%	452 / 460 98,26%
Vertrauensbereich	98,9% - 99,4%		
Referenzbereich	≥ 95%		
davon			
single shot	5.198 / 5.978 86,95%	4.846 / 5.526 87,69%	352 / 452 77,88%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	780 / 5.978 13,05%	680 / 5.526 12,30%	100 / 452 22,12%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:

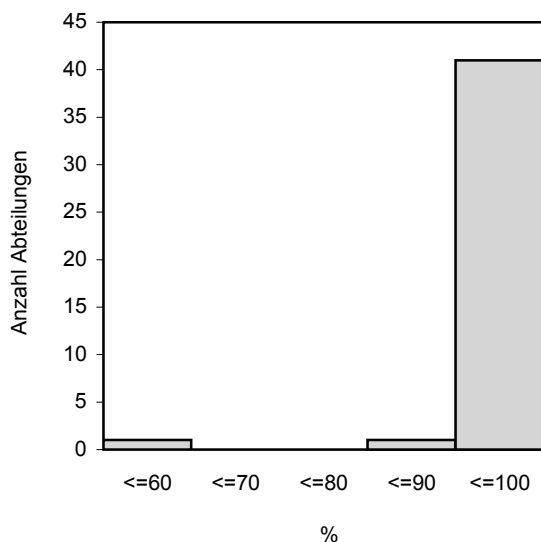
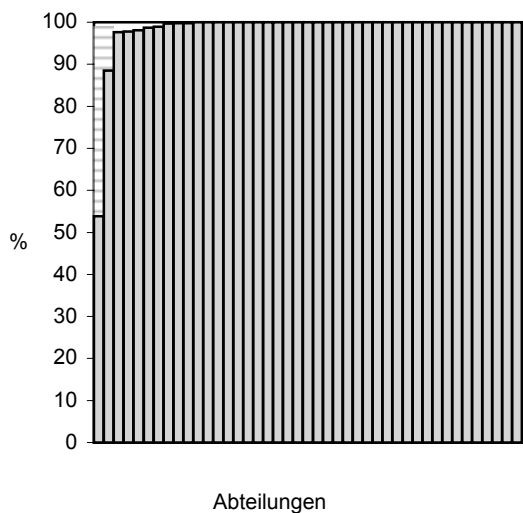
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 53,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



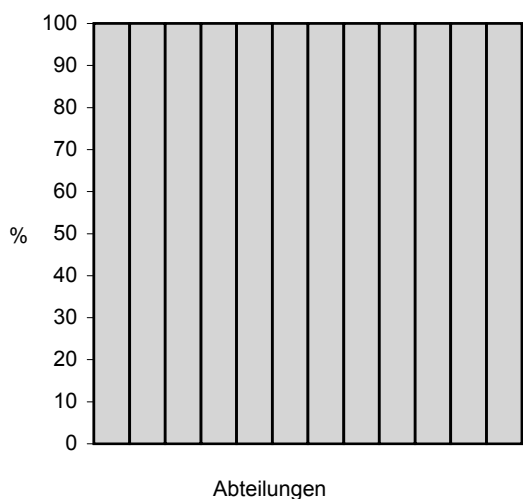
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: OP-Dauer

Qualitätsziel: Angemessene OP-Dauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer (> 0 min)
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese
 Gruppe 3: Patienten mit Knochentransplantation

Referenzbereich: <= 99,0 min (95%-Perzentile)

OP - Dauer	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosyn- these	Gruppe 3 Knochen- transplant.	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosyn- these	Gruppe 3 Knochen- transplant.
1 - 60 min				1.065 / 6.028 17,67%	8 / 133 6,01%	96 / 915 10,49%
61 - 120 min				4.503 / 6.028 74,70%	76 / 133 57,14%	736 / 915 80,44%
121 - 180 min				414 / 6.028 6,87%	42 / 133 31,58%	74 / 915 8,09%
> 180 min				46 / 6.028 0,76%	7 / 133 5,26%	9 / 915 0,98%
Median (min)				80,0		
Referenzbereich (Median)	<= 99,0 min			<= 99,0 min		

* Angaben eingeschränkt auf Werte zwischen 0 und 5000 min

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:

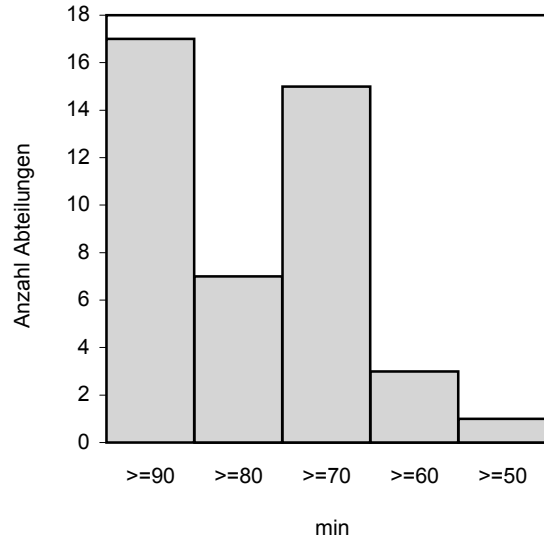
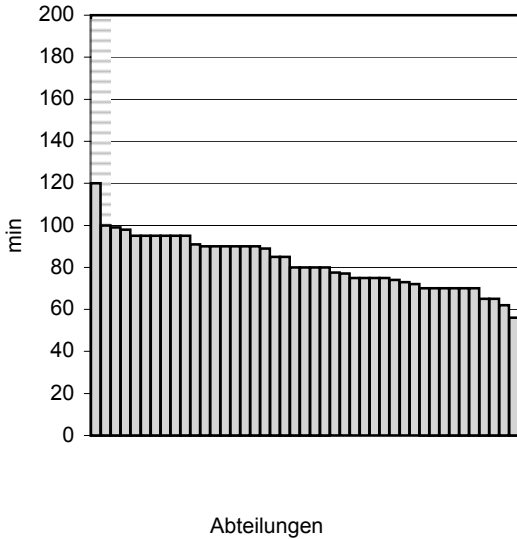
OP-Dauer (Median in min)

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 56,0 min - 120,0 min

Median der Abteilungswerte: 80,0 min



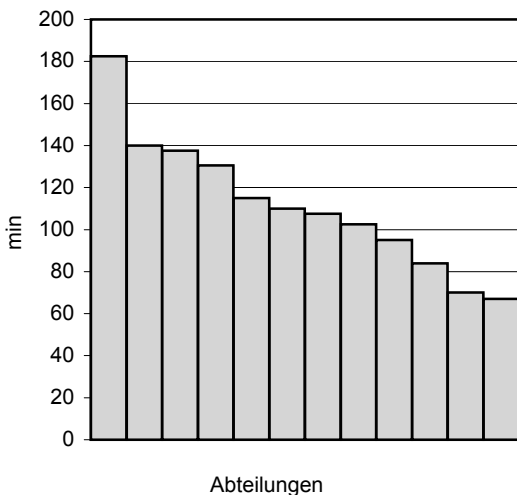
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 67,0 min - 182,5 min

Median der Abteilungswerte: 108,8 min



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fremdblutbedarf

Qualitätsziel: Selten Transfusionsbedarf von mehr als 2 TE Fremdblut

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

Referenzbereich: <= 18,9% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Pat. mit ASA 1-2	Pat. mit ASA 3-4	Alle Patienten	Pat. mit ASA 1-2	Pat. mit ASA 3-4
Pat. ohne Fremdbluttransfusion				4.406 / 6.028 73,09%	3.373 / 4.386 76,90%	1.033 / 1.642 62,91%
Pat. mit Fremdbluttransfusion				1.622 / 6.028 26,91%	1.013 / 4.386 23,10%	609 / 1.642 37,09%
Pat. mit >2 Transfusionseinheiten Fremdblut				337 / 6.028 5,59%	182 / 4.386 4,15%	155 / 1.642 9,44%
Vertrauensbereich				5,02% - 6,20%		
Referenzbereich				<= 18,9%		
Pat. ohne Angabe zur Anzahl der Transfusionseinheiten				82 / 1.622 5,05%	61 / 1.013 6,02%	21 / 609 3,45%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 5]:

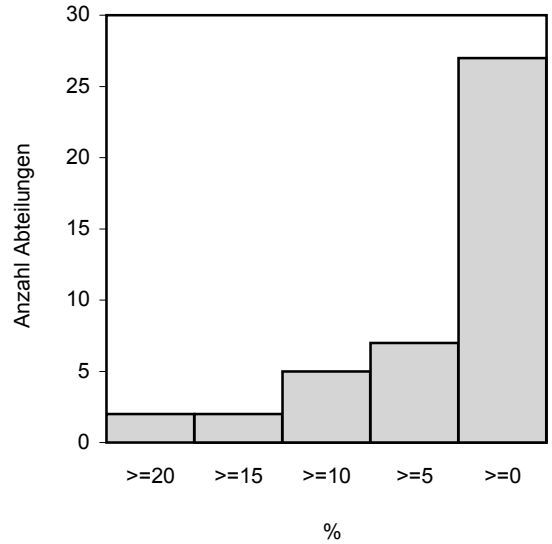
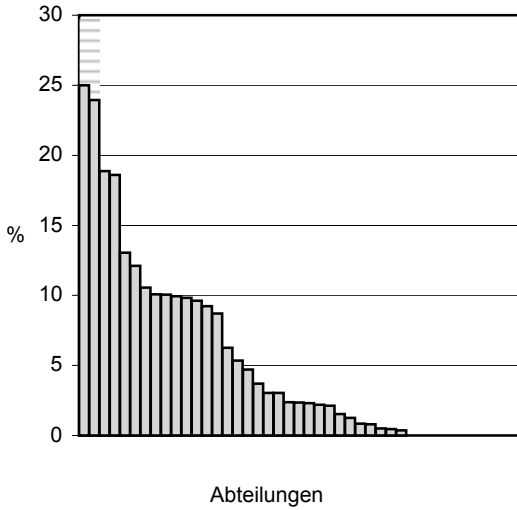
Anteil von Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 2,4%



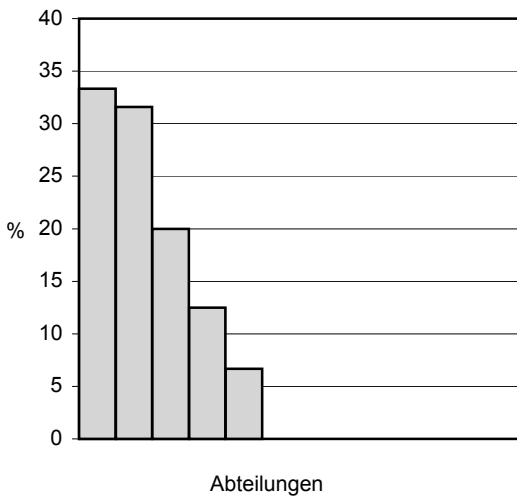
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder

Qualitätsziel: Immer postoperative Röntgenbilder in 2 Ebenen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (unter Ausschluss der Todesfälle)

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

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p			5.939 / 6.023	98,61%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild axial			2.554 / 6.023	42,40%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			2.491 / 6.023	41,36%
Vertrauensbereich				40,11% - 42,61%
Referenzbereich		>= 0,0%		>= 0,0%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:

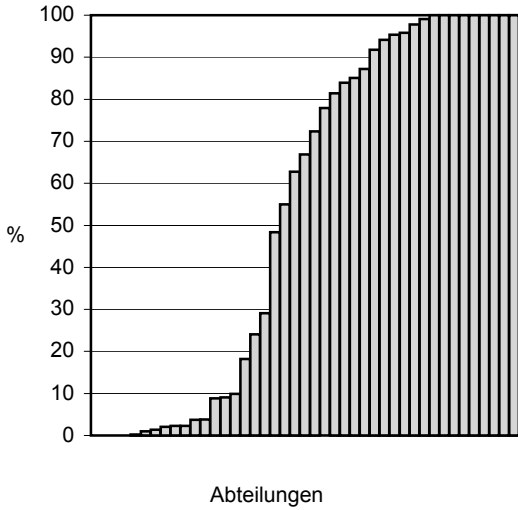
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 66,9%



Qualitätsindikator: Postoperative Beweglichkeit

Qualitätsziel: Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/70

Grundgesamtheit: Alle Patienten*

Referenzbereich: >= 73,3% (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 ¹ (Extension/Flexion)			4.814 / 5.151	93,46%
Vertrauensbereich				92,75% - 94,12%
Referenzbereich		>= 73,3%		>= 73,3%

*eingeschränkt auf plausible Werte bei der Angabe "Extension/Flexion bei Entlassung" (Item 76)

¹ Einschränkung der Extension: keine Beugekontraktur und Einschränkung der Flexion: mehr als 70 Grad möglich

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7]:

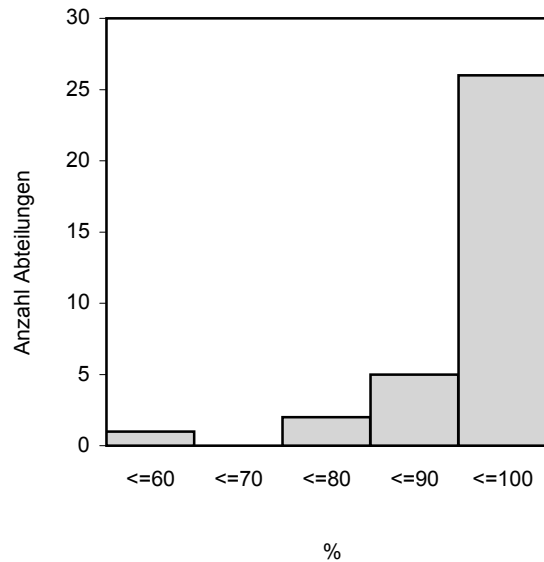
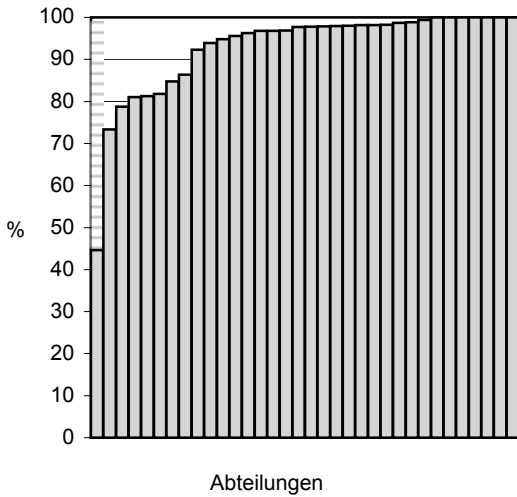
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Extension/Flexion) von mindestens 0/0/70 an allen Patienten

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 44,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,8%



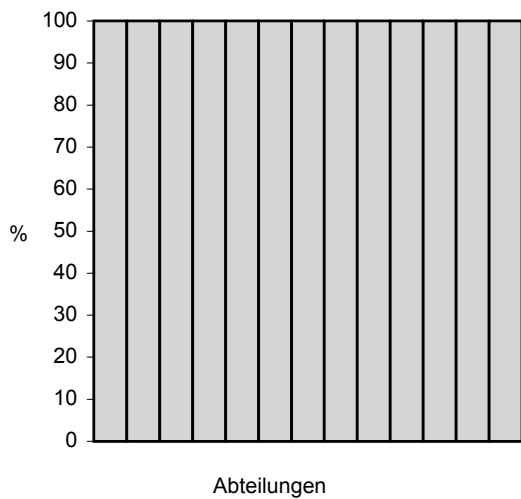
34 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Pat. mit Verweildauer <= 15 Tage*
 Gruppe 2: Pat. mit Verweildauer von 16 bis 20 Tagen*
 Gruppe 3: Pat. mit Verweildauer von 21 bis 25 Tagen*
 Gruppe 4: Pat. mit Verweildauer > 25 Tage*

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	VWD <=15 Tage	VWD 16-20 Tage	VWD 21-25 Tage	VWD >25 Tage
Pat. mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 ¹ (Extension/Flexion)				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	VWD <=15 Tage	VWD 16-20 Tage	VWD 21-25 Tage	VWD >25 Tage
Pat. mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 ¹ (Extension/Flexion)	2.551 / 2.745 92,93%	1.483 / 1.570 94,46%	484 / 514 94,16%	296 / 322 91,92%

*eingeschränkt auf plausible Werte bei der Angabe "Extension/Flexion bei Entlassung" (Item 76) / gültigen Angaben zur Verweildauer
¹ Einschränkung der Extension: keine Beugekontraktur und Einschränkung der Flexion: mehr als 70 Grad möglich

Qualitätsindikator: Gehfähigkeit bei Entlassung

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

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

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			5.931 / 5.963	99,46%
Vertrauensbereich				99,24% - 99,63%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
nicht selbstständig gehfähige Patienten				
davon				
operationsbedingt			5 / 32	15,62%
nicht operationsbedingt			27 / 32	84,37%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:

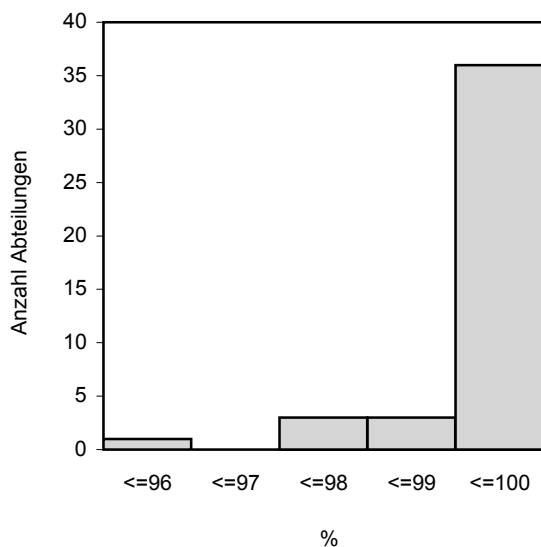
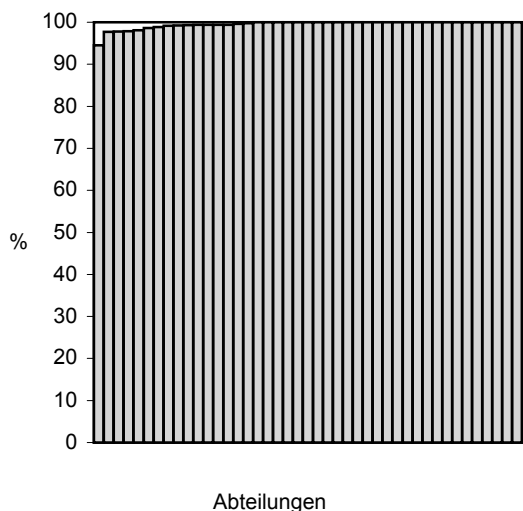
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



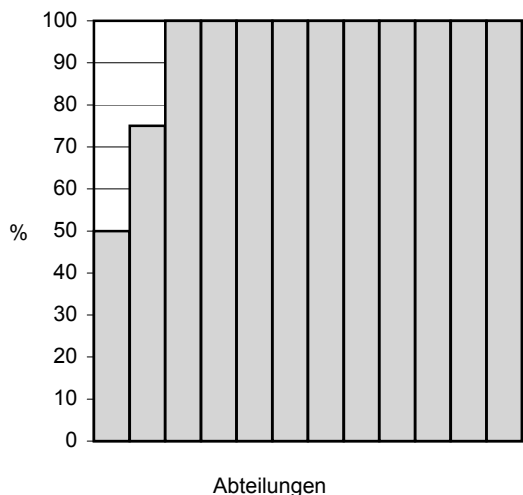
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Gruppe 1: Pat. mit Verweildauer <= 15 Tage*
 Gruppe 2: Pat. mit Verweildauer von 16 bis 20 Tagen*
 Gruppe 3: Pat. mit Verweildauer von 21 bis 25 Tagen*
 Gruppe 4: Pat. mit Verweildauer > 25 Tage*

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	VWD <=15 Tage	VWD 16-20 Tage	VWD 21-25 Tage	VWD >25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist				
nicht selbstständig gehfähige Patienten				
davon				
operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	VWD <=15 Tage	VWD 16-20 Tage	VWD 21-25 Tage	VWD >25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	3.057 / 3.070 99,58%	1.905 / 1.908 99,84%	610 / 617 98,86%	359 / 368 97,55%
nicht selbstständig gehfähige Patienten				
davon				
operationsbedingt	0 / 13 0,00%	0 / 3 0,00%	0 / 7 0,00%	5 / 9 55,56%
nicht operationsbedingt	13 / 13 100,00%	3 / 3 100,00%	7 / 7 100,00%	4 / 9 44,44%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur Verweildauer

Qualitätsindikator: selbstständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung

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

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

Referenzbereich: >= 80%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			5.921 / 5.963	99,30%
Vertrauensbereich				99,05% - 99,49%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:

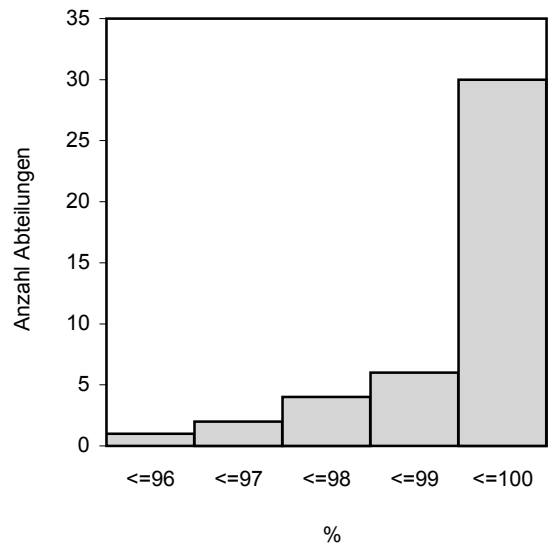
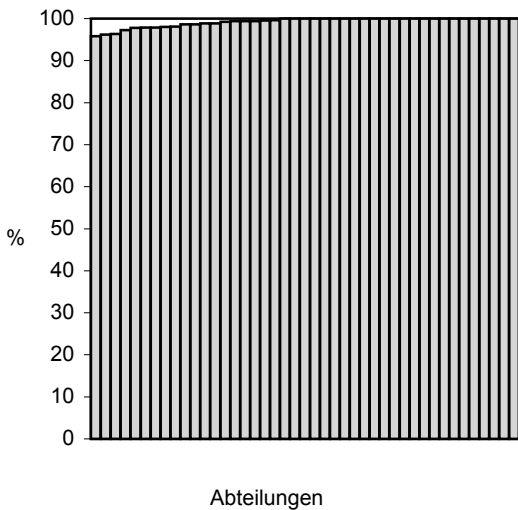
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 95,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



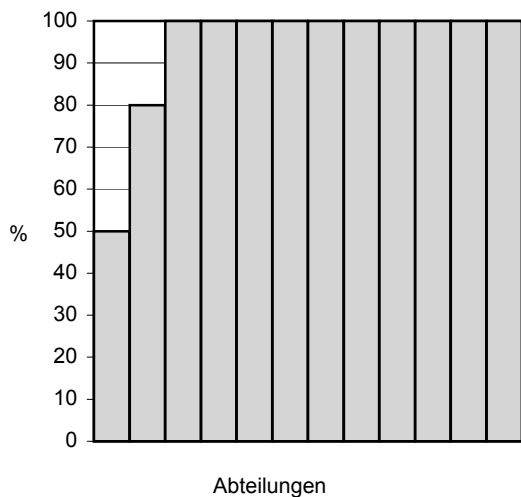
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



12 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

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: <= 2,3% (98%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Pat. mit Gefäßläsion			4 / 6.028 0,07%	0 / 133 0,00%
Vertrauensbereich			0,02% - 0,17%	
Referenzbereich	<= 2,3%		<= 2,3%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:

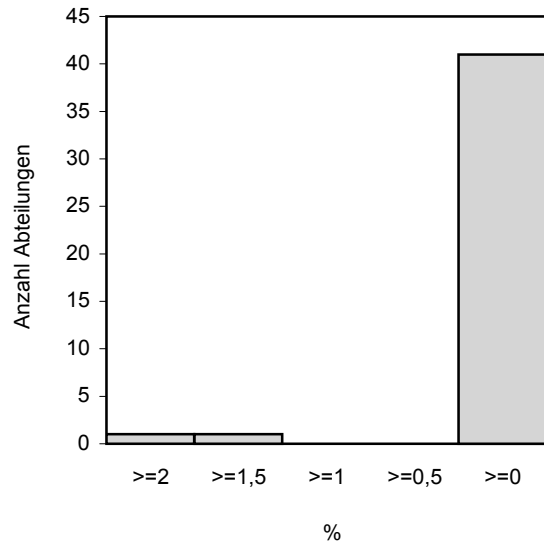
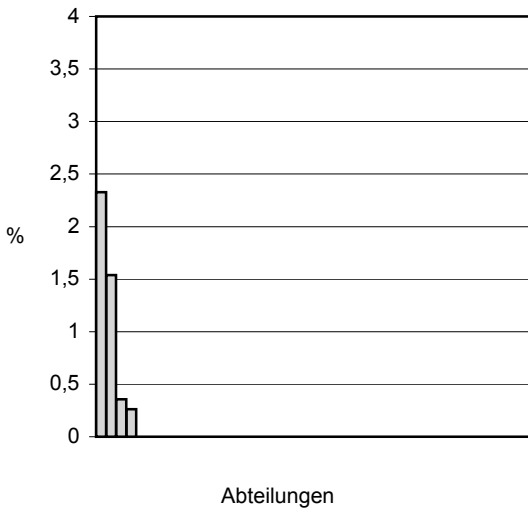
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



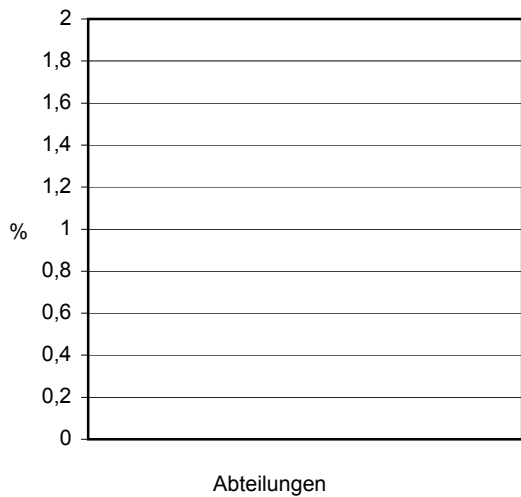
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



12 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

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: <= 3%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Pat. mit Nervenschaden			38 / 6.028	1 / 133
Vertrauensbereich			0,63%	0,75%
Referenzbereich	<= 3%		0,45% - 0,86%	
			<= 3%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 11]:

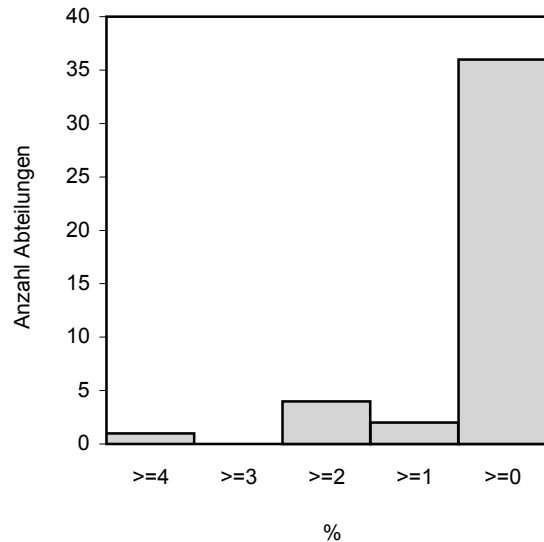
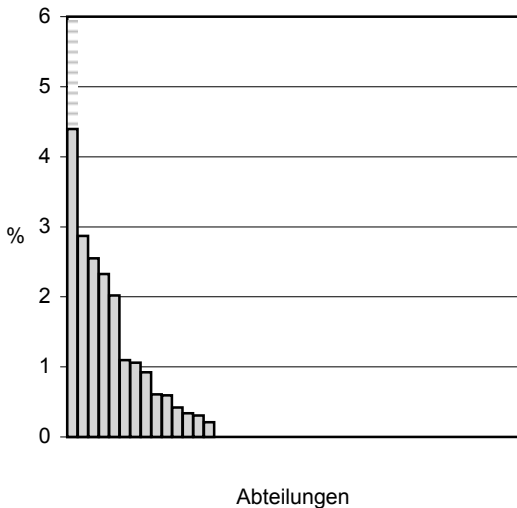
Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



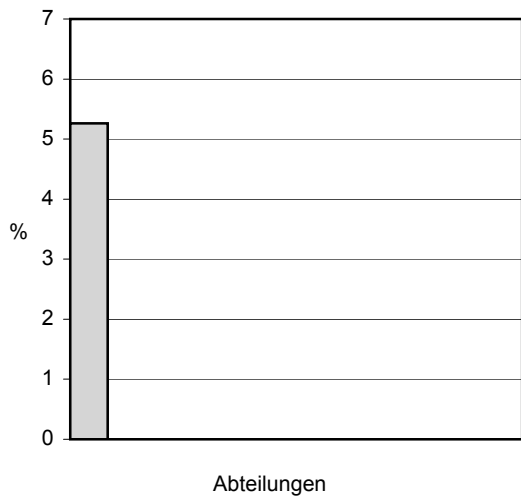
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 5,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



12 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

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

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

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Pat. mit Implantatfehlage			4 / 6.028 0,07%	0 / 133 0,00%
Pat. mit Implantatdislokation			11 / 6.028 0,18%	2 / 133 1,50%
Pat. mit Implantatbruch			0 / 6.028 0,00%	0 / 133 0,00%
Patienten mit einer der o.g. Komplikationen			15 / 6.028 0,25%	2 / 133 1,50%
Vertrauensbereich			0,14% - 0,41%	
Referenzbereich		<= x%	<= x%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 12]:

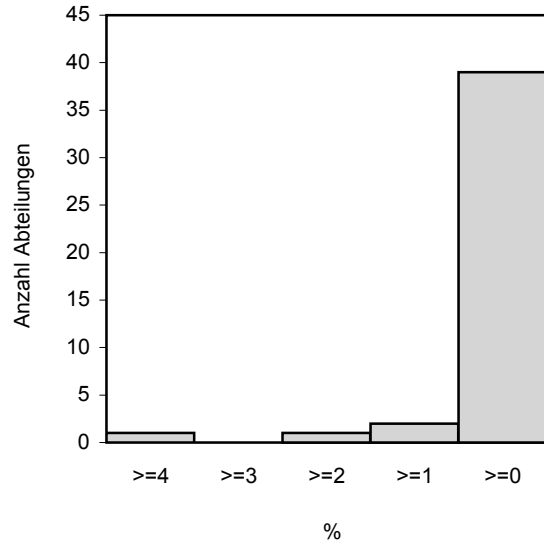
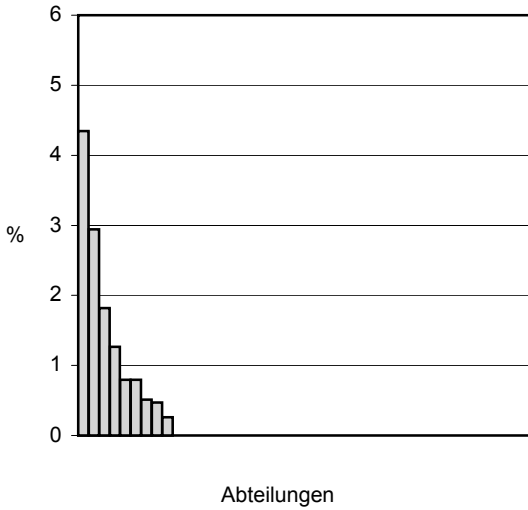
Anteil von Patienten mit Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



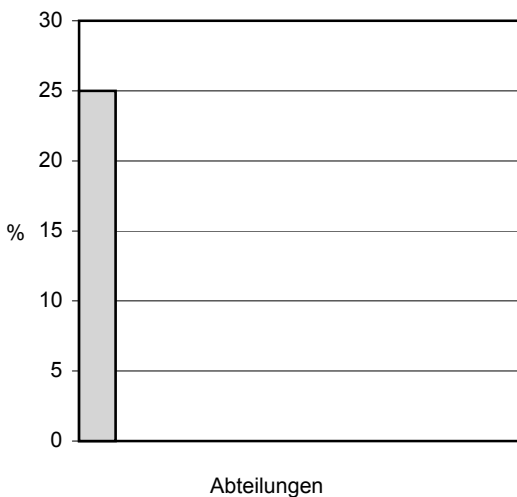
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



12 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 Komplikation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: <= 3,1% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Pat. mit Fraktur			58 / 6.028 0,96%	34 / 133 25,56%
Vertrauensbereich			0,73% - 1,24%	
Referenzbereich	<= 3,1%		<= 3,1%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 13]:

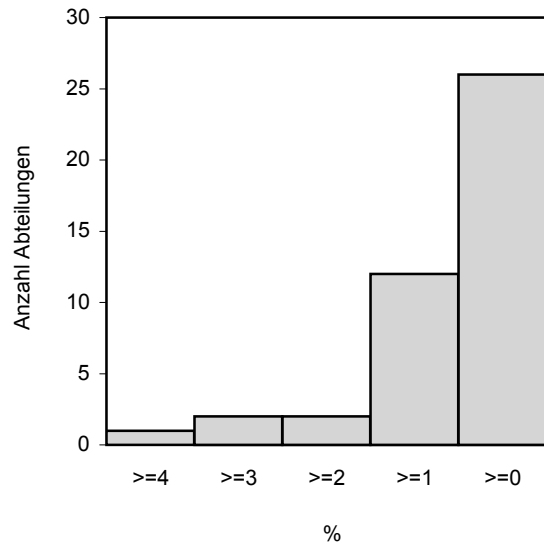
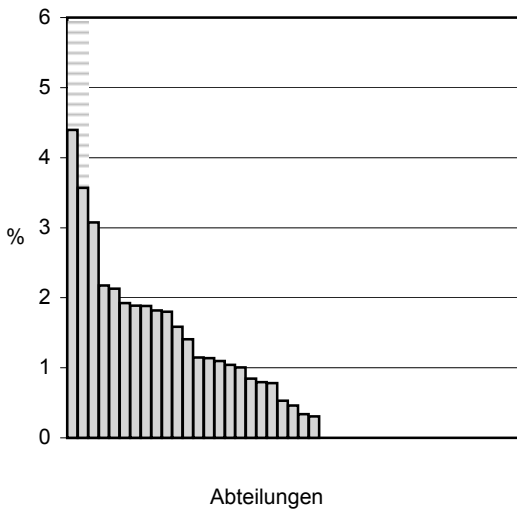
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,5%



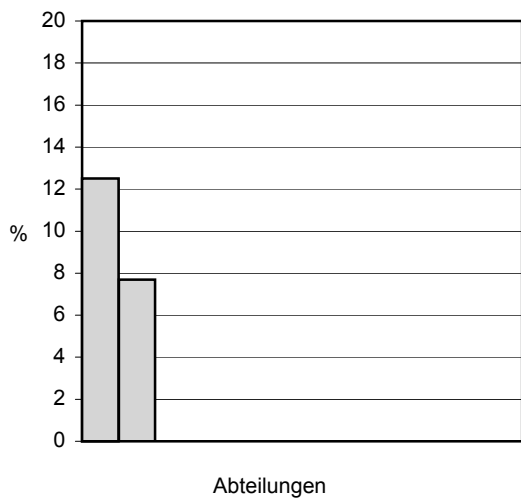
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 12,5%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

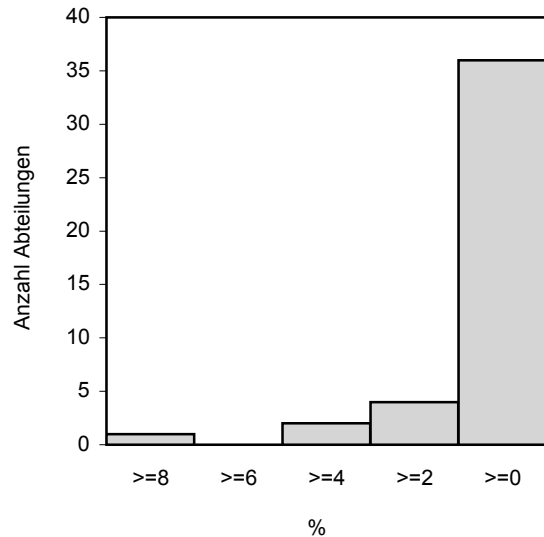
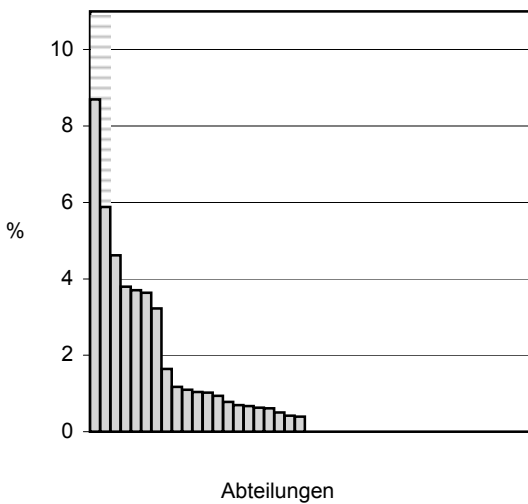
Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: <= 4,6% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Pat. mit Endoprothesenluxation			43 / 6.028 0,71%	4 / 133 3,01%
Vertrauensbereich			0,52% - 0,96%	
Referenzbereich	<= 4,6%		<= 4,6%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 14]:
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation 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% - 8,7%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%

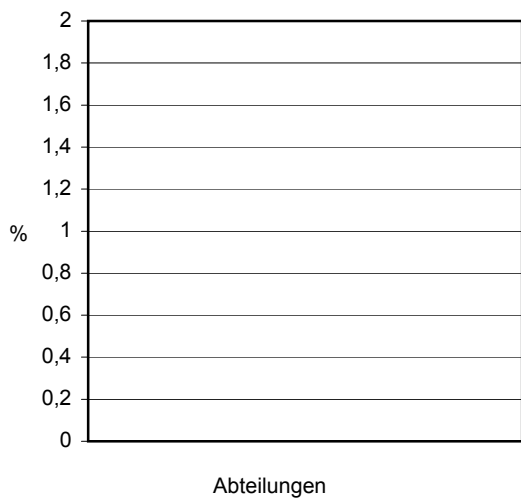


43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



12 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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 4,2% (90%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			79 / 6.028	1,31%
Vertrauensbereich				1,04% - 1,63%
Referenzbereich		<= 4,2%		<= 4,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			48 / 6.028	0,80%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			31 / 6.028	0,51%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 15]:

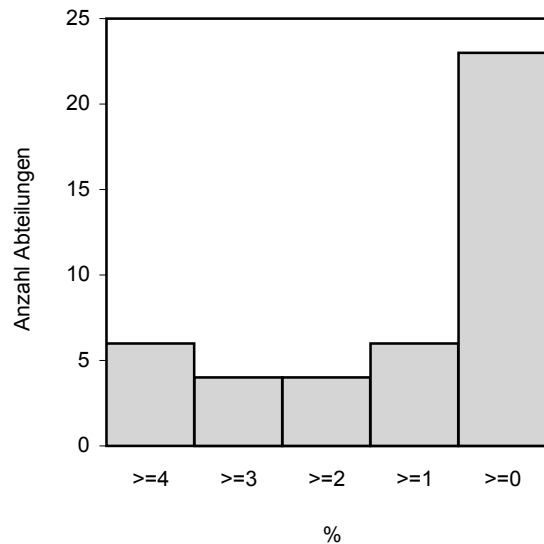
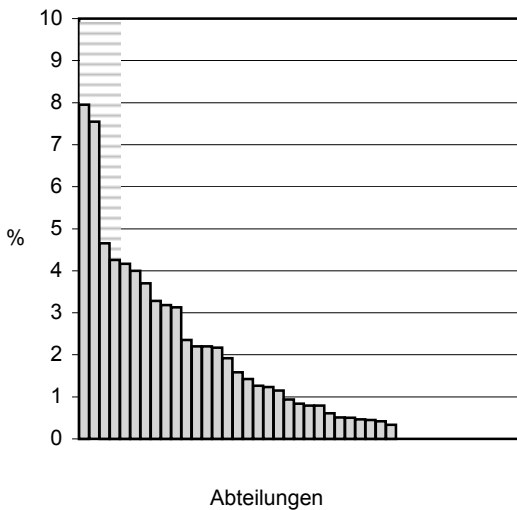
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,8%



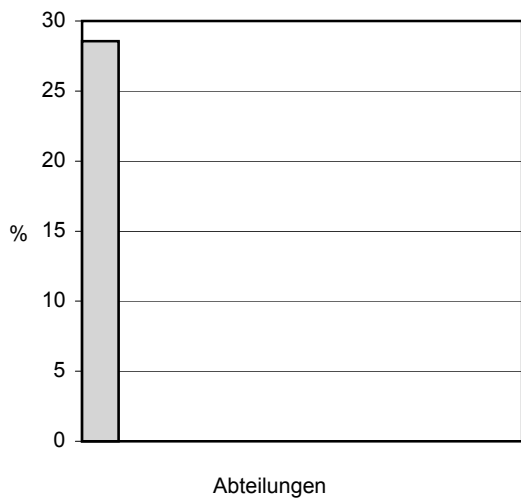
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 28,6%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Risikoklassen	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			3.574 / 6.028	59,29%
Risikoklasse 1			2.051 / 6.028	34,02%
Risikoklasse 2			403 / 6.028	6,68%
Risikoklasse 3			0 / 6.028	0,00%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0

Referenzbereich: <= 2,7% (90%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			32 / 3.574	0,89%
Vertrauensbereich				0,61% - 1,26%
Referenzbereich		<= 2,7%		<= 2,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			20 / 3.574	0,56%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			12 / 3.574	0,34%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 16]:

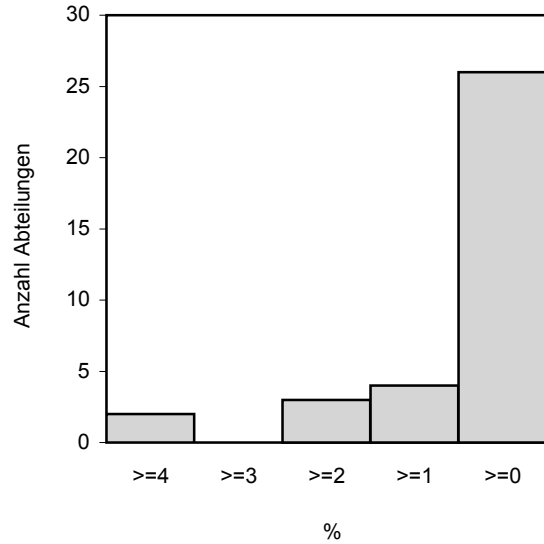
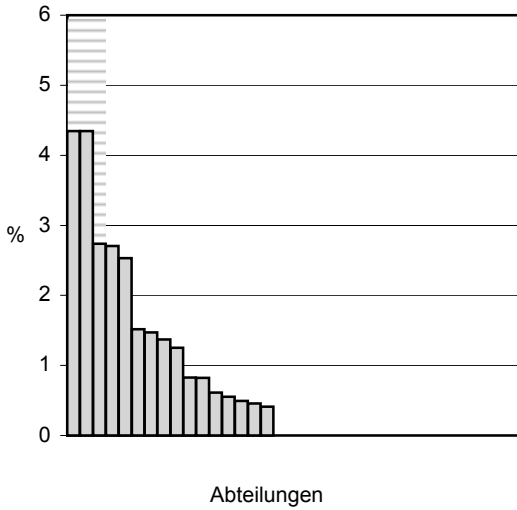
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



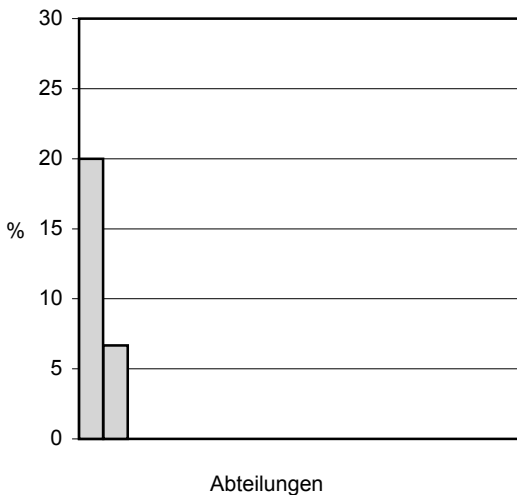
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



18 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 Risikoklasse 1

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			38 / 2.051	1,85%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			24 / 2.051	1,17%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			14 / 2.051	0,68%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 2

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			9 / 403	2,23%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			4 / 403	0,99%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			5 / 403	1,24%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 3

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			0 / 0	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 0	
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 0	

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 13,5% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			211 / 6.028	3,50%
Vertrauensbereich				3,05% - 4,00%
Referenzbereich		<= 13,5%		<= 13,5%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 17]:

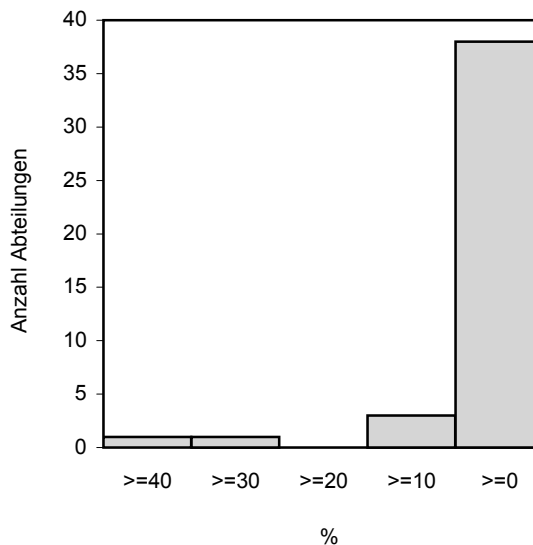
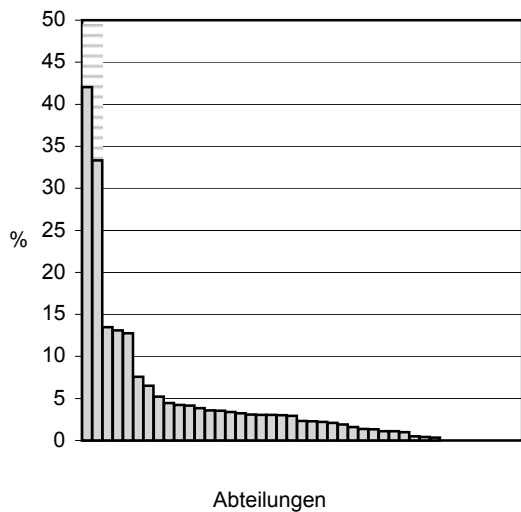
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 42,0%

Median der Abteilungswerte: 2,3%



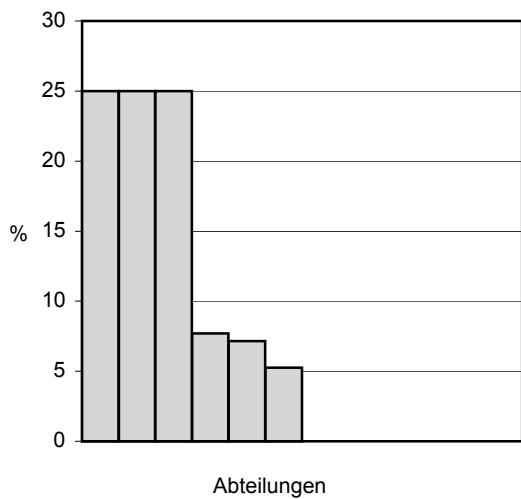
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 2,6%



12 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	37 / 1.065 3,47%	150 / 4.503 3,33%	20 / 414 4,83%	4 / 46 8,70%

Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

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

Referenzbereich: <= 19,3% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3-4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3-4
Pat. mit Pneumonie				10 / 6.028 0,17%	2 / 4.386 0,05%	8 / 1.642 0,49%
Pat. mit kardiovaskulären Komplikationen				50 / 6.028 0,83%	17 / 4.386 0,39%	33 / 1.642 2,01%
Pat. mit tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose				23 / 6.028 0,38%	18 / 4.386 0,41%	5 / 1.642 0,30%
Patienten mit Lungenembolie				6 / 6.028 0,10%	4 / 4.386 0,09%	2 / 1.642 0,12%
Patienten mit sonstiger Komplikation				264 / 6.028 4,38%	157 / 4.386 3,58%	107 / 1.642 6,52%
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen				336 / 6.028 5,57%	195 / 4.386 4,45%	141 / 1.642 8,59%
Vertrauensbereich				5,01% - 6,18%		
Referenzbereich				<= 19,3%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 18]:

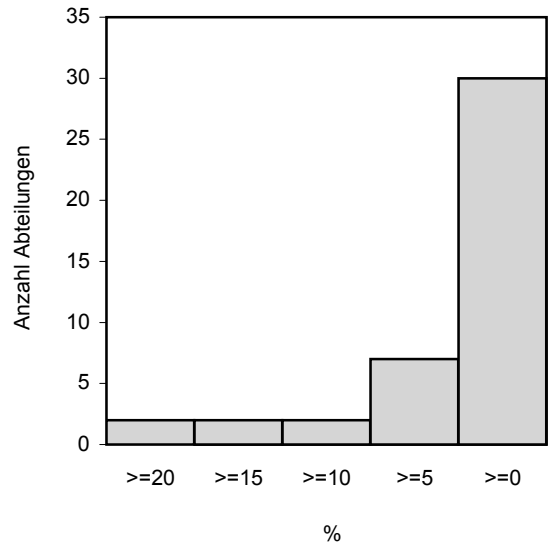
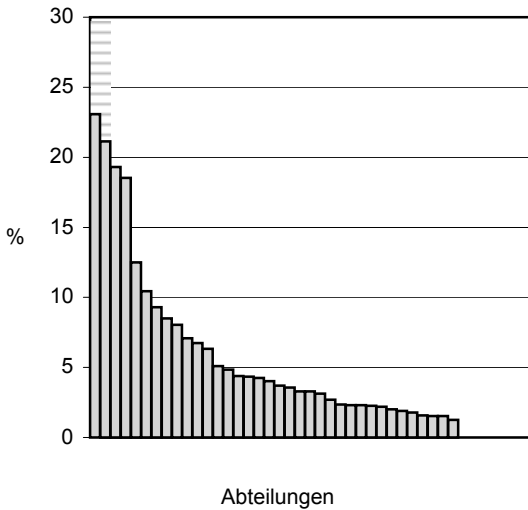
Anteil von Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 23,1%

Median der Abteilungswerte: 3,3%



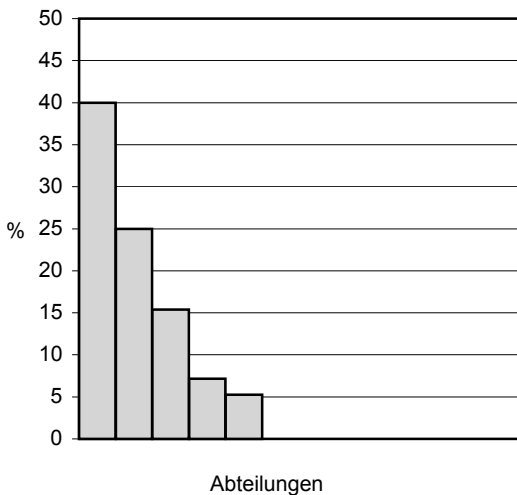
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 40,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 8,8% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			171 / 6.028	2,84%
Vertrauensbereich				2,43% - 3,29%
Referenzbereich		<= 8,8%		<= 8,8%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 19]:

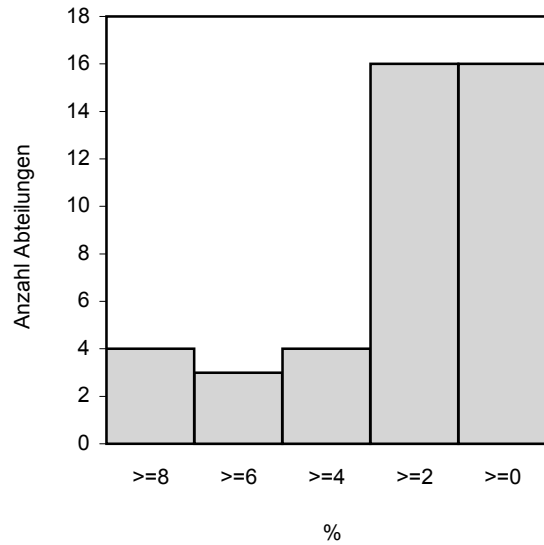
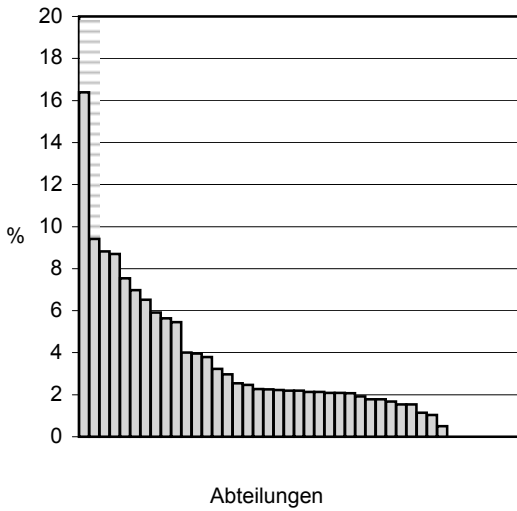
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,4%

Median der Abteilungswerte: 2,2%



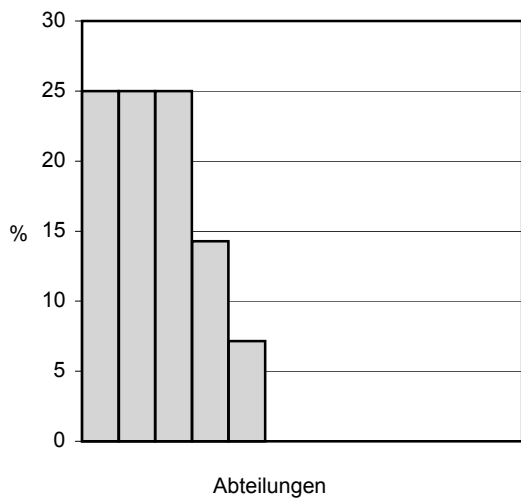
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



12 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

Referenzbereich: Sentinel event

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			5 / 6.028	0,08%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,20%
Referenzbereich		Sentinel event		Sentinel event

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 20]:

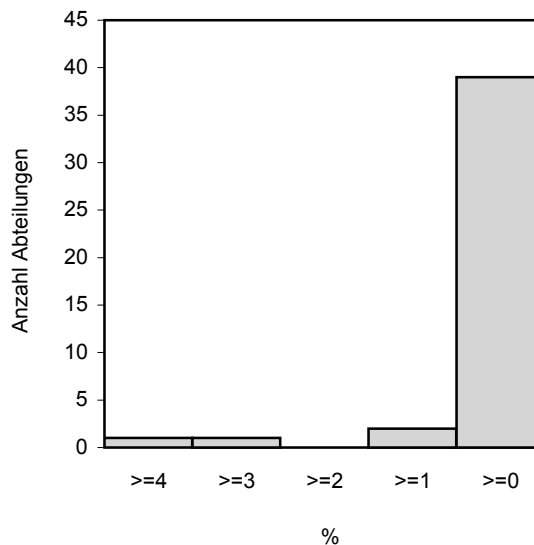
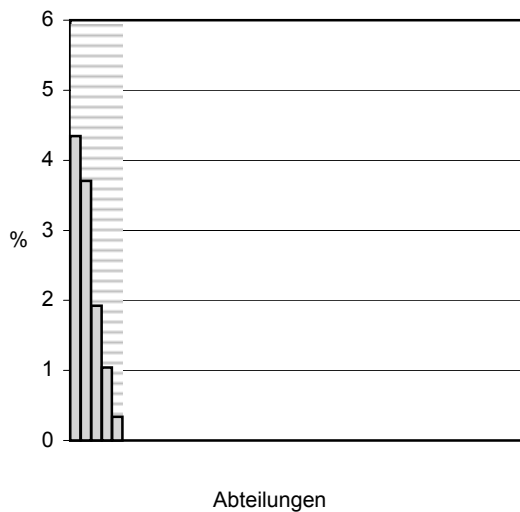
Anteil verstorbener Patienten von allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



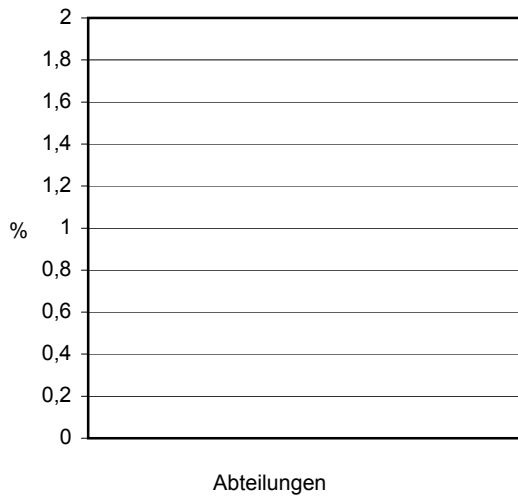
43 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Abteilung 2003				
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
Gesamt 2003				
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten	3 / 4.386 0,07%	2 / 1.613 0,12%	0 / 29 0,00%	0 / 0

Jahresauswertung 2003
Modul 17/2: Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 55
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2034
2003 - L10388-P11342

Basisdaten

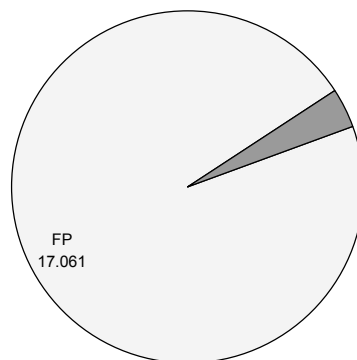
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze				
1. Quartal			726	12,04
2. Quartal			1.403	23,27
3. Quartal			1.932	32,05
4. Quartal			1.967	32,63
Gesamt			6.028	100,00

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fallpauschalen-Nummer FP 17.061 Koxarthrose: Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Koxarthrose, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mind. jedoch bis Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen			5.959	98,86
Sonderentgelt-Nummer SE 17.07 Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Koxarthrose			227	3,77

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

Verteilung der Fallpauschalen/Sonderentgelte

Gesamt 2003



Behandlungszeiten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Verweildauer (Tage)				
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			6.028	100,00
Median			14,0	
Mittelwert			16,3	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)				
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			6.028	100,00
Median			15,0	
Mittelwert			18,2	

Entlassungsdiagnosen

Entlassungsdiagnose (Fallpauschalen)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
Liste der 8 häufigsten Diagnosen Bezug der Texte: Gesamt						
Sonstige primäre Koxarthrose				M16.1	3.197	53,60
Primäre Koxarthrose, beidseitig				M16.0	849	14,23
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	692	11,60
Koxarthrose, nicht näher bezeichnet				M16.9	554	9,29
Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten				Z96.6	512	8,58
Sonstige dysplastische Koxarthrose				M16.3	456	7,64
Sonstige sekundäre Koxarthrose				M16.7	362	6,07
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr				E66.0	295	4,95

* Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Entlassungsdiagnosen

Entlassungsdiagnose (Sonderentgelte)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
Liste der 8 häufigsten Diagnosen						
Bezug der Texte: Gesamt						
Sonstige primäre Koxarthrose				M16.1	136	59,91
Primäre Koxarthrose, beidseitig				M16.0	39	17,18
Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten				Z96.6	10	4,41
Sonstige sekundäre Koxarthrose				M16.7	10	4,41
Koxarthrose, nicht näher bezeichnet				M16.9	9	3,96
Sonstige dysplastische Koxarthrose				M16.3	8	3,52
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	8	3,52
Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig				M16.2	7	3,08

* Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Entlassungsdiagnosen

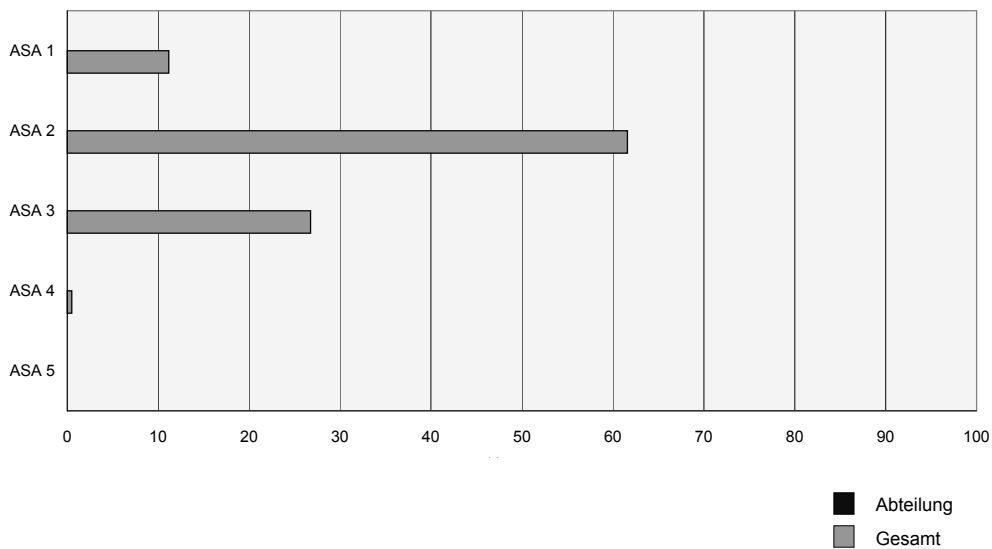
Patienten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe			6.026	99,97
< 40			94 / 6.026	1,56
40 - 59			1.173 / 6.026	19,47
60 - 79			4.191 / 6.026	69,55
80 - 89			550 / 6.026	9,13
>= 90			18 / 6.026	0,30
Alter (Jahre)				
Anzahl der Patienten				
Median			68,00	
Mittelwert			66,84	
Geschlecht				
männlich			2.343	38,87
weiblich			3.685	61,13
Zu operierende Seite				
rechts			3.250	53,91
links			2.778	46,08

Patienten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			672	11,15
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.714	61,61
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.613	26,76
4: mit inaktivierender Allgemeiner- krankung, ständige Lebensbedrohung			29	0,48
5: moribunder Patient			0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzfreies Gehen (< 20 Min.)				
Anzahl der Patienten			3.594	59,62
Ruheschmerzen				
Anzahl der Patienten			5.146	85,37
Schmerzen länger als 6 Monate bestehend				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.867	97,33
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen				
Anzahl der Patienten			5.405	89,67
davon				
bei Bedarf			3.035 / 5.405	56,15
regelmäßig			2.370 / 5.405	43,85
Vorschädigung				
Anzahl der Patienten			805	13,35
davon				
Voroperation			212 / 805	26,34
Vorangegangenes Trauma			176 / 805	21,86
Nekrose			405 / 805	50,31
Entzündung			72 / 805	8,94

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt				
Anzahl der Patienten			5.323	88,31
Extension/Flexion				
Winkel Extension (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.212	
Median			0,0	
Mittelwert			0,4	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.212	
Median			0,0	
Mittelwert			4,6	
Winkel Flexion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.212	
Median			90,0	
Mittelwert			84,0	
Ab-/Adduktion				
Winkel Abduktion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.207	
Median			15,0	
Mittelwert			15,9	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.207	
Median			0,0	
Mittelwert			0,3	
Winkel Adduktion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.207	
Median			10,0	
Mittelwert			11,6	
Außen-/Innenrotation				
Winkel Außenrotation (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			4.939	
Median			10,0	
Mittelwert			14,2	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			4.939	
Median			0,0	
Mittelwert			1,5	
Winkel Innenrotation (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			4.939	
Median			5,0	
Mittelwert			5,5	
Präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)				
aseptische Eingriffe			5.961	98,89
bedingt aseptische Eingriffe			62	1,03
kontaminierte Eingriffe			3	0,05
septische Eingriffe			2	0,03

Kellgren und Lawrence Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten				
keine oder fraglich			859	14,25
eindeutig			4.233	70,22
große			936	15,53
Gelenkspalt				
nicht oder fraglich verschmälert			233	3,87
eindeutig verschmälert			2.331	38,67
fortgeschritten verschmälert			2.282	37,86
aufgehoben			1.182	19,61
Sklerose				
keine Sklerose			180	2,99
leichte Sklerose			2.170	36,00
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.265	37,58
Sklerose mit Zysten			1.413	23,44
Deformierung				
keine Deformierung			613	10,17
leichte Deformierung			2.987	49,55
deutliche Deformierung			2.428	40,28

Operation I

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs				
Schnitt-Nahtzeit (in Minuten)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			6.028	
Median			80,0	
Mittelwert			1,0	
Periop. Antibiotikaprophylaxe				
Anzahl der Patienten			5.978	99,17
davon				
single shot			5.198 / 5.978	86,95
intraoperative Zweitgabe			113 / 5.978	1,89
öfter			667 / 5.978	11,16
Medikamentöse				
Thromboseprophylaxe				
Anzahl der Patienten			6.005	99,62

Operation II

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Pfannen-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			8	0,13
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			246	4,08
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			27	0,45
7 Biomet-Merck			69	1,14
8 Ceraver Deutschland			1	0,02
9 DePuy Orthopädie			615	10,20
10 Endoplus GmbH			1.042	17,29
11 Endo Pro Medical GmbH			2	0,03
12 ESSKA Implants GmbH			224	3,72
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			117	1,94
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			17	0,28
17 Mathys-Synthes			105	1,74
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			22	0,36
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			27	0,45
26 Sulzer Orthopedics GmbH			504	8,36
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			23	0,38
29 Wright Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			47	0,78
99 Sonstige			298	4,94
Angabe einer Artikel-Nummer			1.536	25,48

Operation III

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implanierte Inlay-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			0	0,00
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			207	3,43
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			1	0,02
6 Implant GmbH			26	0,43
7 Biomet-Merck			39	0,65
8 Ceraver Deutschland			1	0,02
9 DePuy Orthopädie			590	9,79
10 Endoplus GmbH			1.003	16,64
11 Endo Pro Medical GmbH			5	0,08
12 ESSKA Implants GmbH			178	2,95
13 Implant Cast GmbH			1	0,02
14 Keramed Medizintechnik GmbH			54	0,90
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			16	0,27
17 Mathys-Synthes			46	0,76
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			1	0,02
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			21	0,35
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			18	0,30
26 Sulzer Orthopedics GmbH			378	6,27
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			10	0,17
29 Wright Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			46	0,76
99 Sonstige			263	4,36
Angabe einer Artikel-Nummer			1.153	19,13

Operation IV

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Schaft-Komponente				
Hersteller-ID				
1	Aap-Implantate AG		1	0,02
2	Advanced Medical Technologies AG		1	0,02
3	Aesculap AG		262	4,35
4	ALPANORM Medizintechnik GmbH		0	0,00
5	ATI Implants		0	0,00
6	Implant GmbH		28	0,46
7	Biomet-Merck		72	1,19
8	Ceraver Deutschland		1	0,02
9	DePuy Orthopädie		406	6,74
10	Endoplus GmbH		1.007	16,70
11	Endo Pro Medical GmbH		6	0,10
12	ESSKA Implants GmbH		220	3,65
13	Implant Cast GmbH		0	0,00
14	Keramed Medizintechnik GmbH		108	1,79
15	Lima-LTO SPA		0	0,00
16	Link		25	0,41
17	Mathys-Synthes		155	2,57
18	Orthotech GmbH		0	0,00
19	Pentamedical GmbH		0	0,00
20	Peter Brehm GmbH		0	0,00
21	Saint-Gobain		0	0,00
22	Desmarquest		0	0,00
23	Smith & Nephew GmbH		13	0,22
24	Stemcup Medical Products GmbH		6	0,10
25	Stryker Howmedica GmbH		22	0,36
26	Sulzer Orthopedics GmbH		656	10,88
27	Tornier GmbH		0	0,00
28	Waldemar Link GmbH		23	0,38
29	Wright Cremascoli Ortho GmbH		0	0,00
30	Zimmer Chirurgie GmbH		24	0,40
99	Sonstige		259	4,30
Angabe einer Artikel-Nummer			1.516	25,15
Schaft wurde zementiert				
Anzahl der Patienten			1.705	28,28
davon				
Vakuumstechnik			874 / 1.705	51,26
Druckreinigung des Markraums			850 / 1.705	49,85
Verwendung eines Markraumsperrers			1.314 / 1.705	77,07

Operation V

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Kopf-Komponente				
Hersteller-ID				
1	Aap-Implantate AG		18	0,30
2	Advanced Medical Technologies AG		0	0,00
3	Aesculap AG		213	3,53
4	ALPANORM Medizintechnik GmbH		0	0,00
5	ATI Implants		0	0,00
6	Implant GmbH		29	0,48
7	Biomet-Merck		82	1,36
8	Ceraver Deutschland		1	0,02
9	DePuy Orthopädie		425	7,05
10	EndoPlus GmbH		522	8,66
11	Endo Pro Medical GmbH		2	0,03
12	ESSKA Implants GmbH		147	2,44
13	Implant Cast GmbH		1	0,02
14	Keramed Medizintechnik GmbH		237	3,93
15	Lima-LTO SPA		0	0,00
16	Link		16	0,27
17	Mathys-Synthes		419	6,95
18	Orthotech GmbH		0	0,00
19	Pentamedical GmbH		0	0,00
20	Peter Brehm GmbH		1	0,02
21	Saint-Gobain		0	0,00
22	Desmarquest		0	0,00
23	Smith & Nephew GmbH		12	0,20
24	Stemcup Medical Products GmbH		0	0,00
25	Stryker Howmedica GmbH		24	0,40
26	Sulzer Orthopedics GmbH		214	3,55
27	Tornier GmbH		0	0,00
28	Waldemar Link GmbH		23	0,38
29	Wright Cremascoli Ortho GmbH		0	0,00
30	Zimmer Chirurgie GmbH		23	0,38
99	Sonstige		498	8,26
Angabe einer Artikel-Nummer			1.497	24,83
Knochen transplantation				
Anzahl der Patienten			915	15,18
Osteosynthese				
Anzahl der Patienten			133	2,21
Bluttransfusion				
Pat. mit Bluttransfusion			2.828	46,91
davon				
Eigenblut			1.492 / 2.828	52,76
Fremdblut			1.621 / 2.828	57,32
Eigenblut:				
Pat. mit dokumentierten Transfusionseinheiten			1.424	
Median			2,0	
Mittelwert			1,0	
Fremdblut:				
Pat. mit dokumentierten Transfusionseinheiten			1.540	
Median			2,0	
Mittelwert			2,4	
Verwendung eines Cell - Savers				
Anzahl Patienten			1.765 / 6.028	29,28

Verlauf

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			5.943	98,59
Postoperatives Röntgenbild axial Anzahl der Patienten			2.555	42,39
Behandlungsbedürftige intra-/ postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl der Pat. mit mindestens einer Komplikation			396	6,57
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
Implantatfehlage			4	0,07
Implantatdislokation			11	0,18
Implantatbruch			0	0,00
Endoprothesenluxation			43	0,71
Wundhämatom / Nachblutung			211	3,50
Gefäßläsion			4	0,07
Nervenschaden			38	0,63
Fraktur			58	0,96
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich Anzahl der Patienten			171	2,84
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten			79	1,31
davon				
A1 oberflächliche Infektion			48 / 79	60,76
A2 tiefe Infektion			27 / 79	34,18
A3 Räume / Organe			4 / 79	5,06
Allgemeine postoperative Komplikationen Anzahl der Pat. mit mindestens einer Komplikation			336	5,57
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
Pneumonie			10	0,17
kardiovaskuläre Komplikation(en)			50	0,83
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			23	0,38
Lungenembolie			6	0,10
Sonstige			264	4,38

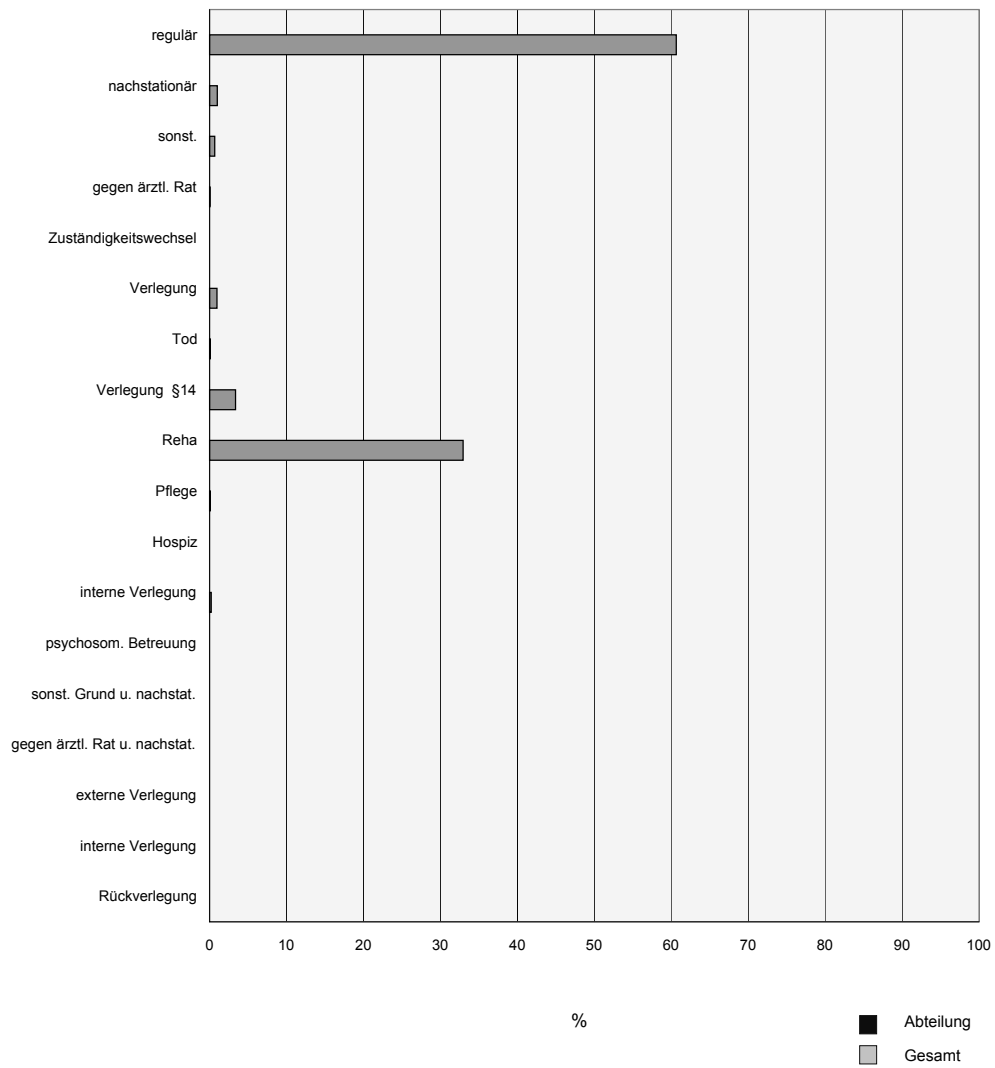
Entlassung I

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung				
Bewegungsausmass passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt				
Anzahl Patienten davon			5.205	86,35
Extension/Flexion				
Winkel Extension (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.151	
Median			0,0	
Mittelwert			0,3	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.151	
Median			0,0	
Mittelwert			0,3	
Winkel Flexion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			5.151	
Median			90,0	
Mittelwert			85,1	
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			5.831	96,73
Treppensteigen nicht möglich			197	3,27
davon operationsbedingt nicht möglich			57 / 197	28,93
Selbst. Gehen möglich (mit Gehhilfen)			5.990	99,37
selbstständiges Gehen nicht möglich			38	0,63
davon operationsbedingt nicht möglich			6 / 38	15,79
selbstständige Versorgung in der tgl. Hygiene möglich				
selbstständige Versorgung			5.979	99,19
in der tgl. Hygiene nicht möglich			49	0,81
davon operationsbedingt nicht möglich			4 / 49	8,16

Entlassung II

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund				
1: Behandlung regulär beendet			3.656	60,65
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			60	0,99
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet			40	0,66
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			3	0,05
5: Zuständigkeitswechsel d. Leistungsträger			0	0,00
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			58	0,96
7: Tod			5	0,08
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV'95)			202	3,35
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			1.987	32,96
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			4	0,07
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,00
12: Interne Verlegung			12	0,20
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			0	0,00
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			1	0,02
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,00
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,00
17: Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG			0	0,00
18: Rückverlegung			0	0,00
Tod im Zusammenhang mit d. FP/SE oder der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			3 / 5	60,00
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			1 / 5	20,00

Verteilung der Entlassungsgründe



Jahresauswertung 2003

Modul 17/2: Pflege bei Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose

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-2034

2003 - L10388-P11342

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese			93,41%	= 100%	-6,6%	3.1
Schriftliche Formulierung der Pflegeziele			69,18%	nicht definiert		3.3
Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen			82,30%	nicht definiert		3.5
Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse			82,42%	nicht definiert		3.7
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft			83,18%	nicht definiert		3.9
Risikoeinschätzung für Dekubitus innerhalb der ersten 24 h in der pflegerischen Versorgung			71,37%	= 100%	-28,6%	3.11
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Pat. die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Dekubitus Grad 2 oder höher			0,94%	<= 2,4%	1,4%	3.13
Dekubitus bei Entlassung			1,46%	nicht definiert		3.13
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Pat. die mit Dekubitus aufgenommen wurden			97,71%	nicht definiert		3.16
Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthaltes			86,59%	nicht definiert		3.18
Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthaltes			85,80%	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 Vertrauensbereich			1.488 / 1.593	93,41%
Referenzbereich		= 100%		92,08% - 94,58% = 100%
Pflegeanamnese erhoben durch examinieretes Pflegepersonal (3-jährige Ausbildung)			1.393 / 1.593	87,44%
Pflegeanamnese erhoben durch Krankenpflegehelfer/in			88 / 1.593	5,52%
Pflegeanamnese erhoben durch sonstiges Personal			7 / 1.593	0,44%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:

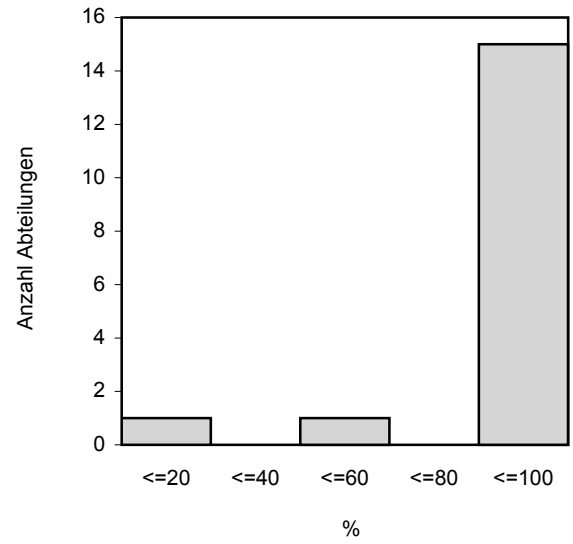
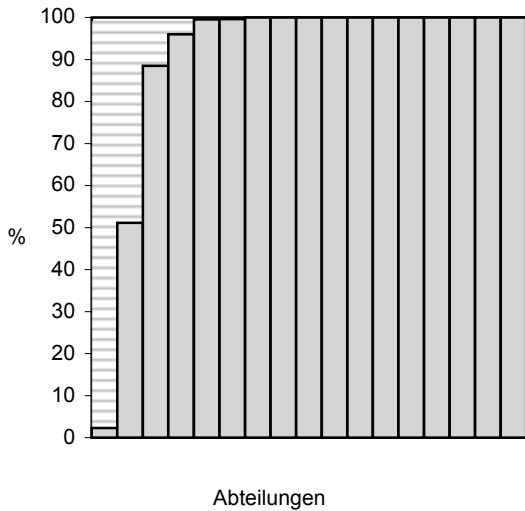
Anteil von Patienten mit schriftlich erhobener Pflegeanamnese an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%

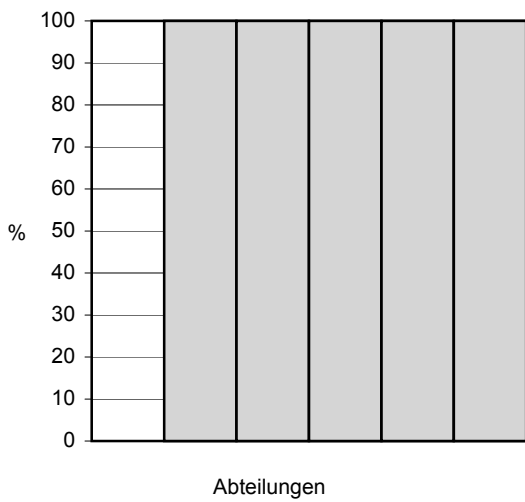


17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



6 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			1.102 / 1.593	69,18%
Vertrauensbereich				66,8% - 71,4%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:

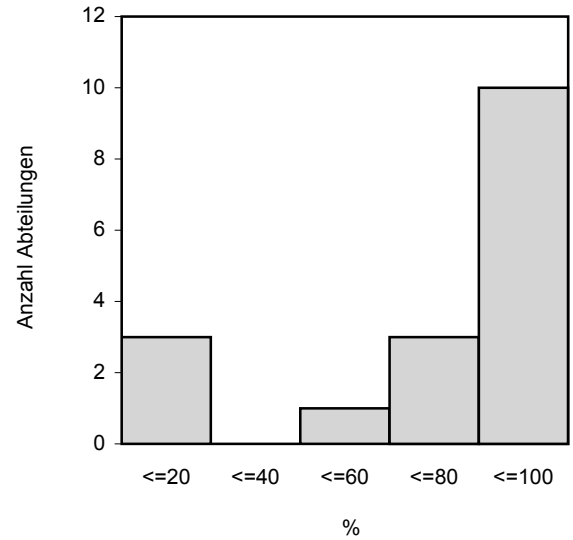
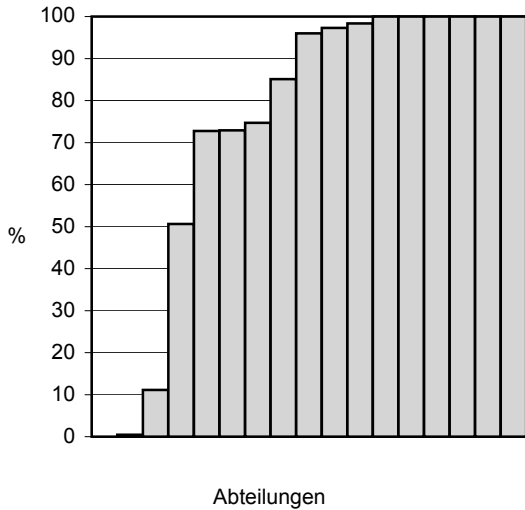
Anteil von Patienten mit schriftlicher Formulierung der Pflegeziele an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

32 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: 96,0%



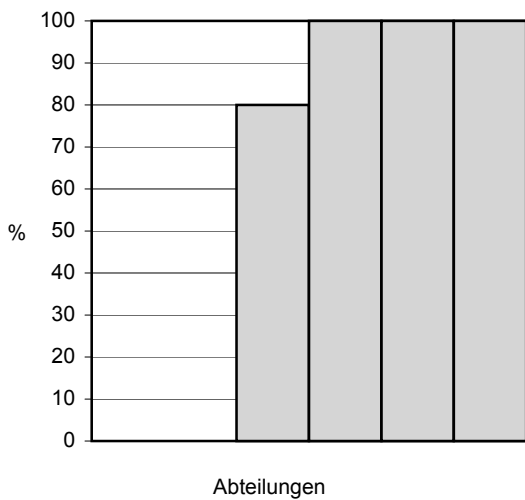
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 90,0%



6 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			1.311 / 1.593	82,30%
Vertrauensbereich				80,33% - 84,14%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:

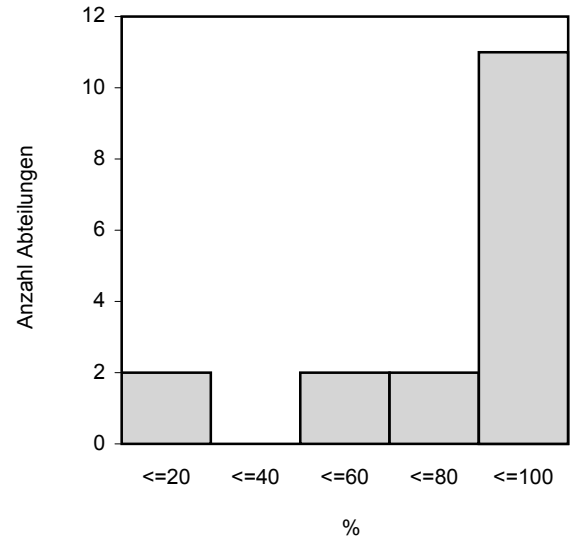
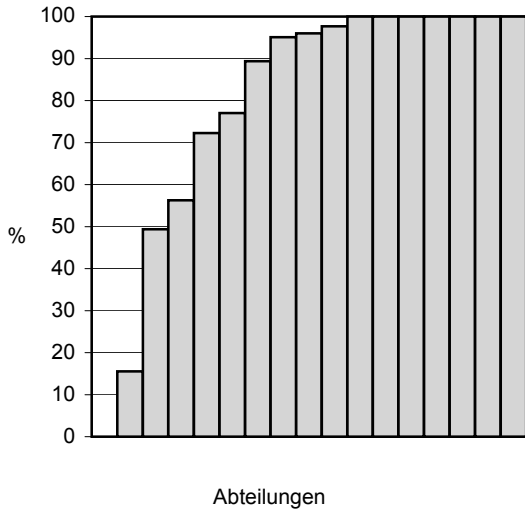
Anteil Patienten mit schriftlicher Planung der Pflegemaßnahmen an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

32 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: 96,0%



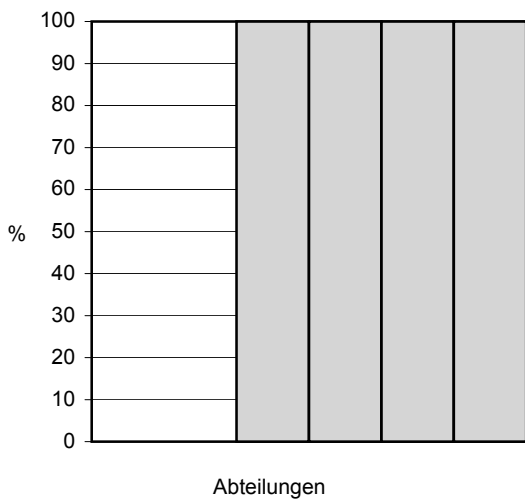
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 100,0%



6 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			1.313 / 1.593	82,42%
Vertrauensbereich				80,46% - 84,26%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:

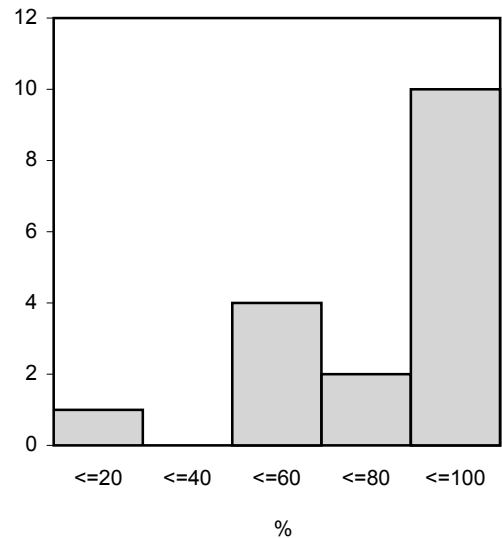
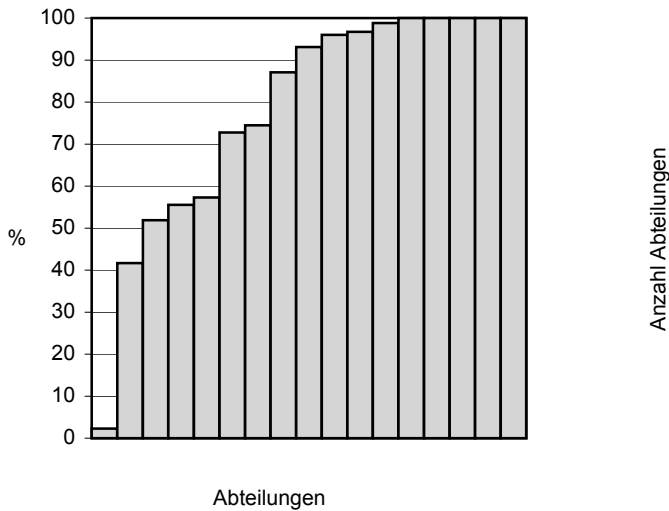
Anteil Patienten mit schriftlicher Bewertung der Pflegeergebnisse an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 93,1%

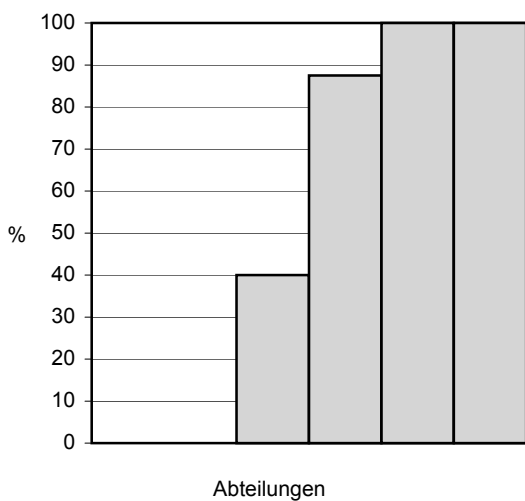


17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 63,8%



6 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			1.325 / 1.593	83,18%
Vertrauensbereich				81,25% - 84,98%
Referenzbereich		> x%		> x%
innerhalb 24h postoperativ			992 / 1.593	62,27%
später als 24h postoperativ			333 / 1.593	20,90%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 5]:

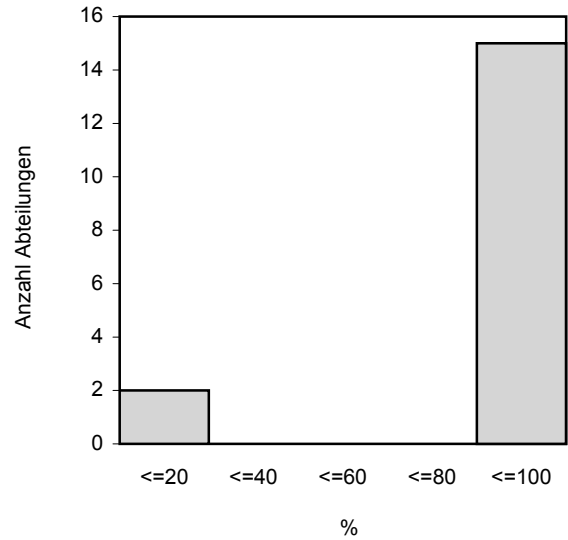
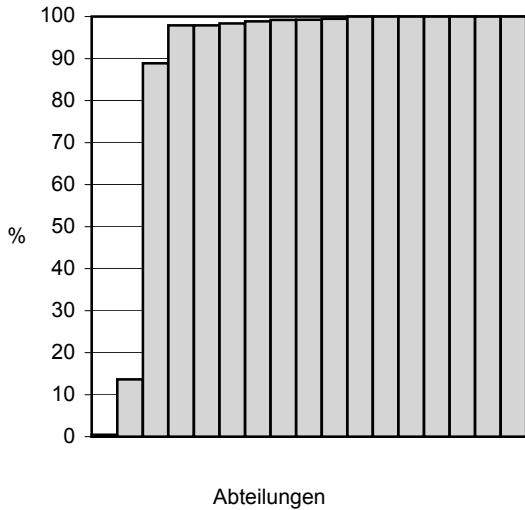
Anteil von Patienten mit gezielter Mobilisation durch Pflegekraft an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 99,2%



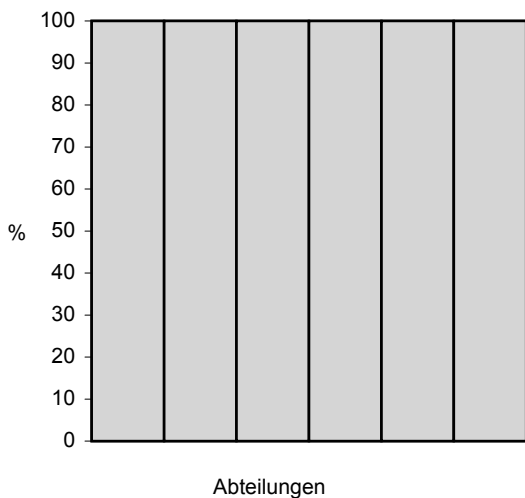
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



6 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			1.137 / 1.593	71,37%
Vertrauensbereich				69,08% - 73,58%
Referenzbereich		= 100%		= 100%
Bestehendes Risiko laut Skala nein			410 / 1.137	36,06%
Braden-Skala			78 / 1.137	6,86%
Waterlow-Skala			17 / 1.137	1,50%
Norton-Skala			528 / 1.137	46,44%
hausinterne Skala			104 / 1.137	9,15%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:

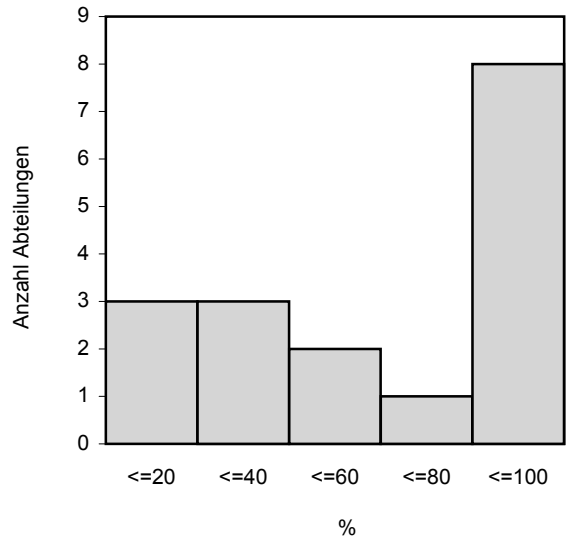
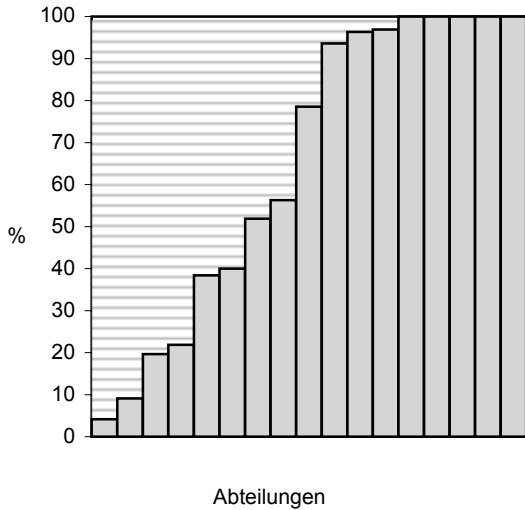
Anteil Patienten mit Risikoeinschätzung für Dekubitus an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 4,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 78,6%



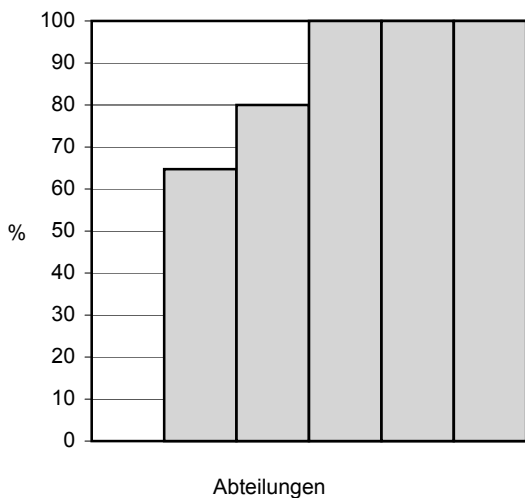
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 90,0%



6 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: <= 2,4% (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			13 / 1.375	0,94%
Vertrauensbereich		0,94		0,50% - 1,62%
Referenzbereich		<= 2,4%		<= 2,4%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			20 / 1.375	1,46%
Vertrauensbereich				0,89% - 2,24%
Referenzbereich		>= x%		>= x%
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1:			6 / 20	30,00%
Grad 2:			8 / 20	40,00%
Grad 3:			2 / 20	10,00%
Grad 4:			3 / 20	15,00%
keine Gradangabe			1 / 20	5,00%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			1.355 / 1.375	98,54%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7]:

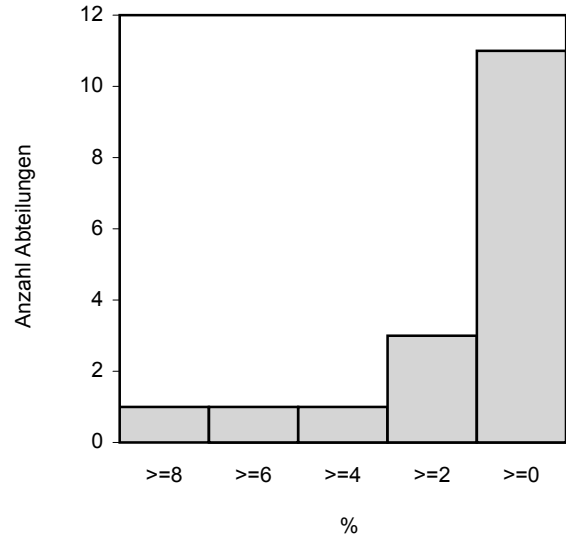
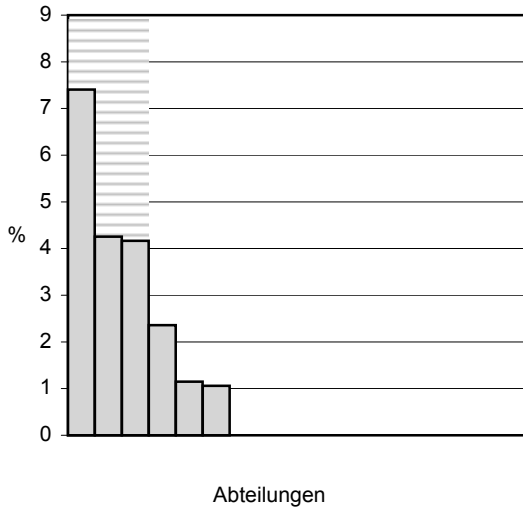
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,4%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



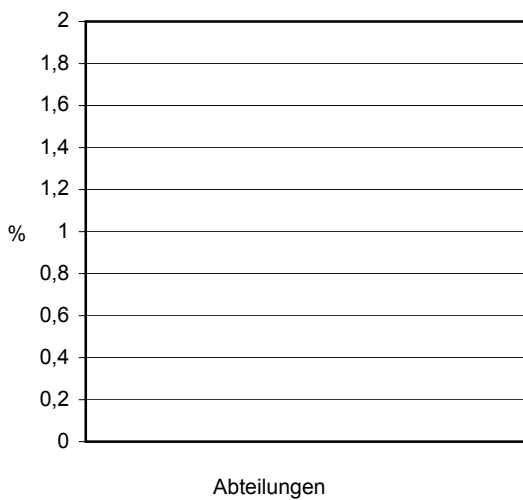
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:

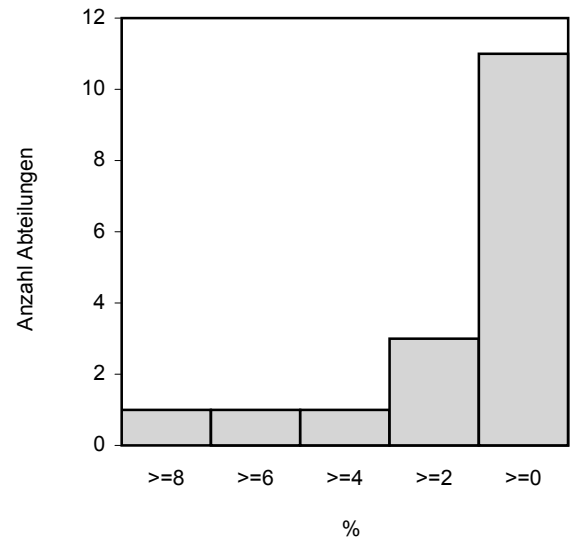
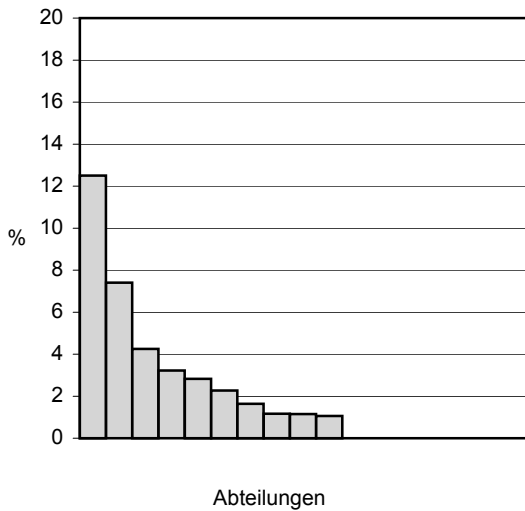
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung von allen Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden.

32 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: 1,1%



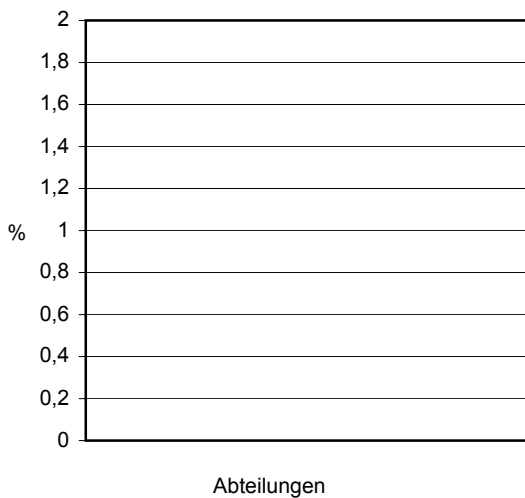
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



6 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			213 / 218	97,71%
Vertrauensbereich				94,69% - 99,27%
Referenzbereich		> x%		> x%
davon: Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1:			1 / 213	0,47%
Grad 2:			2 / 213	0,94%
Grad 3:			0 / 213	0,00%
Grad 4:			0 / 213	0,00%
keine Gradangabe			210 / 213	98,59%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			5 / 218	2,29%

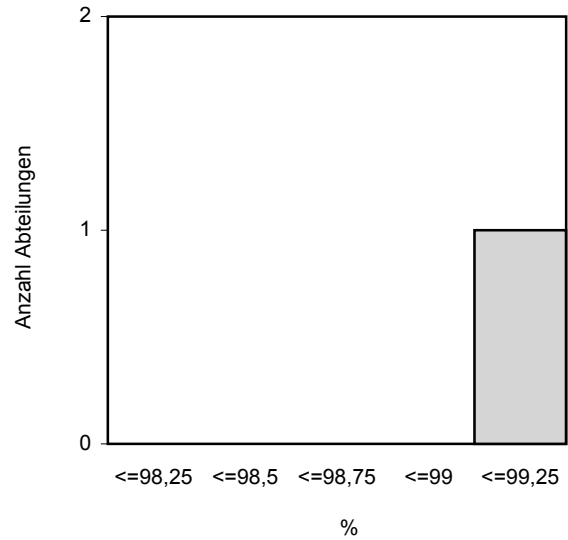
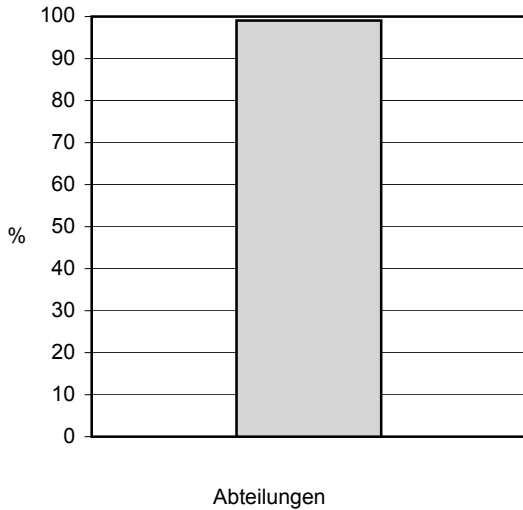
**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8a]:
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung
an Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme**

51 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 99,1% - 99,1%

Median der Abteilungswerte: 99,1%



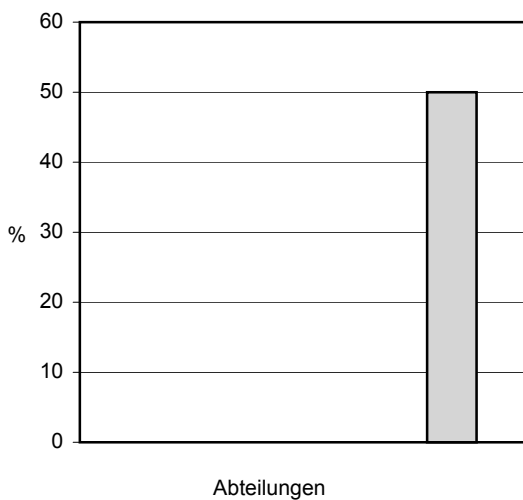
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 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			1.104 / 1.275	86,59%
Vertrauensbereich				84,6% - 88,4%
Referenzbereich		> x%		> x%
PPR Pflegestufe A verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme			171 / 1.275	13,41%
PPR A1 unverändert			354 / 1.275	27,76%
PPR A2 unverändert			722 / 1.275	56,63%
PPR A3 unverändert			2 / 1.275	0,16%
PPR A1 verschlechtert zu A2			162 / 1.275	12,71%
PPR A2 verschlechtert zu A3			6 / 1.275	0,47%
PPR A1 verschlechtert zu A3			3 / 1.275	0,23%
PPR A2 verbessert zu A1			16 / 1.275	1,25%
PPR A3 verbessert zu A2			7 / 1.275	0,55%
PPR A3 verbessert zu A1			3 / 1.275	0,23%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:

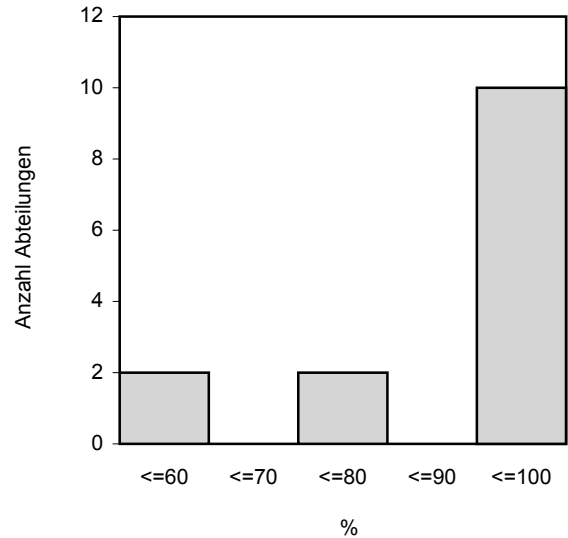
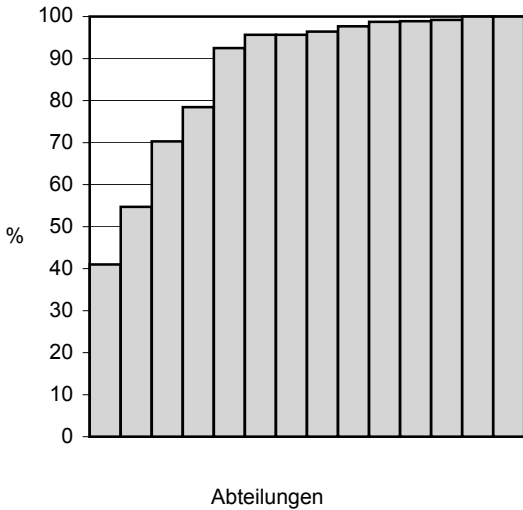
Anteil Patienten mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an Patienten der Grundgesamtheit

34 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 41,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,0%



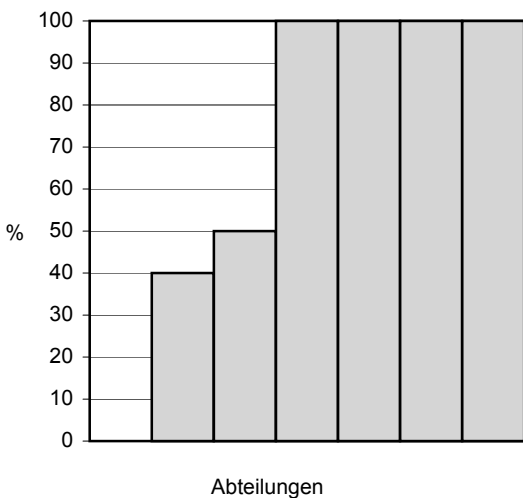
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



7 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			1.094 / 1.275	85,80%
Vertrauensbereich				83,76% - 87,67%
Referenzbereich		> x%		> x%
PPR Pflegestufe S verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme			181 / 1.275	14,20%
PPR S1 unverändert			414 / 1.275	32,47%
PPR S2 unverändert			630 / 1.275	49,41%
PPR S3 unverändert			0 / 1.275	0,00%
PPR S1 verschlechtert zu S2			177 / 1.275	13,88%
PPR S2 verschlechtert zu S3			4 / 1.275	0,31%
PPR S1 verschlechtert zu S3			0 / 1.275	0,00%
PPR S2 verbessert zu S1			41 / 1.275	3,22%
PPR S3 verbessert zu S2			7 / 1.275	0,55%
PPR S3 verbessert zu S1			2 / 1.275	0,16%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:

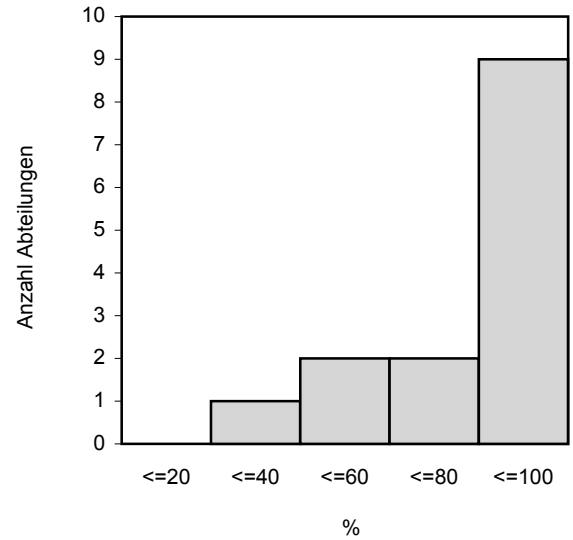
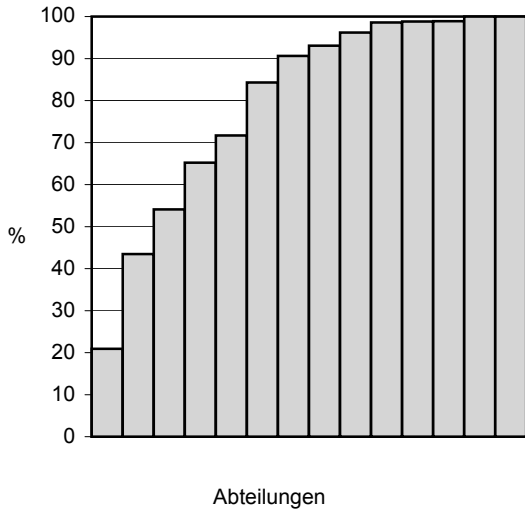
Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an Patienten der Grundgesamtheit

34 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 20,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,8%



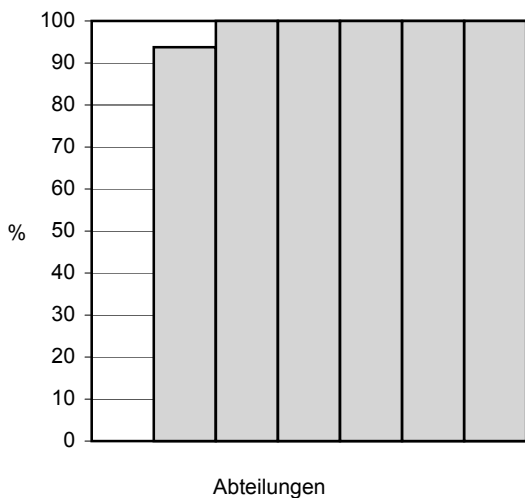
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2003

Modul 17/2: Pflege bei Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose

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-2034

2003 - L10388-P11342

Basisdaten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl	
Anzahl importierter OP-Datensätze			6.028	
Anzahl importierter Pflegedatensätze			1.593	

Patienten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe			1.593	100,00
< 20			0 / 1.593	0,00
20 - 39			18 / 1.593	1,13
40 - 59			288 / 1.593	18,08
60 - 79			1.122 / 1.593	70,43
80 - 89			159 / 1.593	9,98
>= 90			6 / 1.593	0,38
Alter (Jahre)				
Median			69,0	
Mittelwert			67,6	
Geschlecht				
männlich			599	37,60
weiblich			994	62,40
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			197	12,37
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.042	65,41
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			349	21,91
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			5	0,31
5: moribunder Patient			0	0,00

* Die Prozentzahlen der Basis-Pflegeauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Aufnahme

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach PPR-Systematik bei Aufnahme			1.488	93,41
Wenn ja:				
Pflegestufe A			1.488 / 1.488	100,00
davon				
A1			666 / 1.488	44,76
A2			809 / 1.488	54,37
A3			13 / 1.488	0,87
Pflegestufe S			1.488 / 1.488	100,00
davon				
S1			745 / 1.488	50,07
S2			733 / 1.488	49,26
S3			10 / 1.488	0,67
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja			218	13,69
nein			1.375	86,31
wenn ja:				
(Mehrfachnennungen waren möglich)				
Grad 1:			6 / 218	2,75
Grad 2:			5 / 218	2,29
Grad 3:			1 / 218	0,46
Grad 4:			1 / 218	0,46
Gradangabe fehlt			211 / 218	96,79

Pflegeprozess

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeanamnese schriftlich erhoben				
nein			105	6,59
ja, durch Krankenschwester/-pfleger (Examinierung, 3-jährige Ausbildung)			1.393	87,44
ja, durch Krankenpflegehelfer/in (Examinierung, 1-jährige Ausbildung)			88	5,52
ja, durch sonstiges Personal			7	0,44
Pflegeziele schriftlich formuliert				
nein			491	30,82
ja			1.102	69,18
Pflegemaßnahmen schriftlich geplant				
nein			282	17,70
ja			1.311	82,30
Pflegeergebnisse schriftlich bewertet				
nein			280	17,58
ja			1.313	82,42

Prophylaxen und pflegerische Maßnahmen

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft				
nein			268	16,82
ja, innerhalb 24 Stunden postoperativ			992	62,27
ja, später als 24 Stunden postoperativ			333	20,90
Dekubitusprophylaxe				
Risikoeinschätzung für Dekubitus innerhalb der ersten 24 Stunden der pflegerischen Versorgung durchgeführt wenn ja			1.137	71,37
Patient hatte laut Skala ein Risiko				
nein			410 / 1.137	36,06
nach Braden			78 / 1.137	6,86
nach Waterlow			17 / 1.137	1,50
nach Norton			528 / 1.137	46,44
nach hausinterner Skala			104 / 1.137	9,15

Entlassung

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach PPR-Systematik bei Entlassung			1.283	80,54
Wenn ja:				
Pflegestufe A			1.283 / 1.283	100,00
davon				
A1			377 / 1.283	29,38
A2			894 / 1.283	69,68
A3			12 / 1.283	0,94
Pflegestufe S			1.283 / 1.283	100,00
davon				
S1			460 / 1.283	35,85
S2			818 / 1.283	63,76
S3			5 / 1.283	0,39
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja			25	1,57
nein			1.568	98,43
wenn ja:				
(Mehrfachnennungen waren möglich)				
Grad 1:			15 / 25	60,00
Grad 2:			15 / 25	60,00
Grad 3:			4 / 25	16,00
Grad 4:			4 / 25	16,00
Gradangabe fehlt			1 / 25	4,00
Systematische Dokumentation bestehender Dekubitalulzera bei Aufnahme und Entlassung				
ja			344	21,59
nein			1.228	77,09
nicht durchführbar			21	1,32