

Jahresauswertung 2004 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 54
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2503
2004 - D3247-L19480-P13617

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

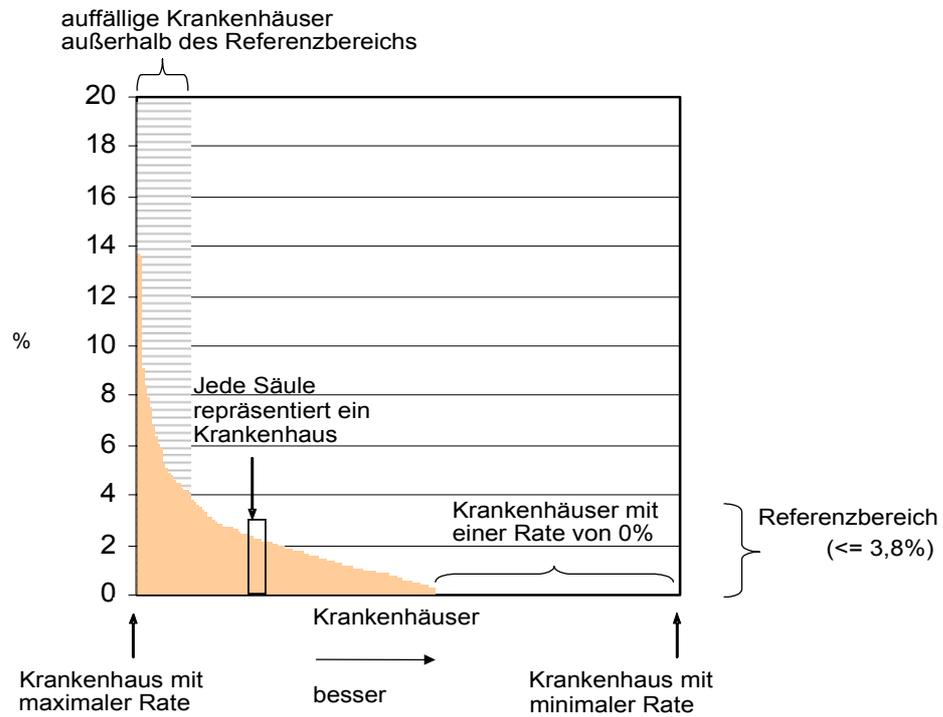
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

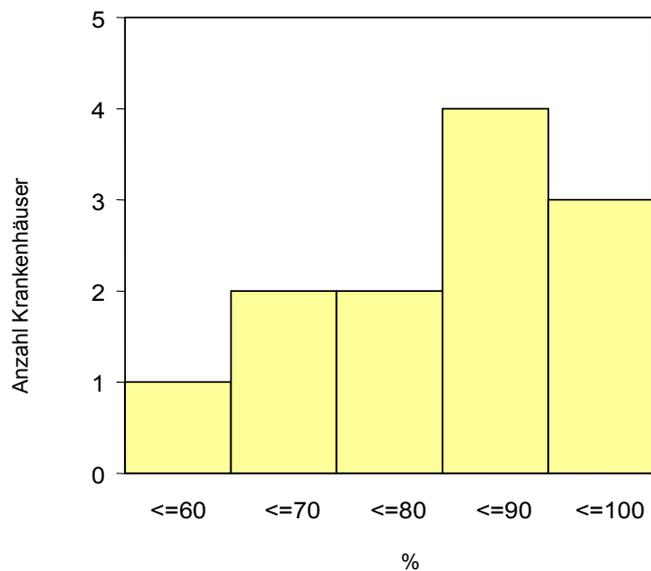
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation (1) Anteil von Patienten mit 5 und mehr Punkten an allen Patienten			72,4%	>= 34,5%	37,9%	1.1
Indikation (2) Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium an allen Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit			84,2%	>= 55,3%	29,0%	1.4
Perioperative Antibiotikaprophylaxe Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten			99,3%	>= 95%	4,3%	1.6
OP-Dauer OP-Dauer (Median)			80,0 min	<= 115,5 min	35,5 min	1.9
Fremdblutbedarf Anteil von Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut an allen Patienten			5,3%	<= 15,1%	9,8%	1.11
Postoperative Röntgenbilder Anteil von Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial an allen Patienten			99,7%	= 100%	-0,3%	1.13
Postoperative Beweglichkeit Anteil von Pat. mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) von mindestens 0/0/70 an allen Patienten			83,3%	>= 0,0%	83,3%	1.15
Gefähigkeit bei Entlassung Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			99,3%	>= 90%	9,3%	1.18

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			99,2%	>= 80%	19,2%	1.21
Gefäßläsion Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten			0,0%	<= 1%	1,0%	1.24
Nervenschaden Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten			0,6%	<= 3%	2,4%	1.26
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch Anteil von Patienten mit Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten			0,3%	nicht definiert		1.28
Fraktur Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten			0,9%	<= 4,0%	3,0%	1.30
Endoprothesenluxation Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten			0,6%	<= 4,0%	3,4%	1.32
Postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten			1,2%	<= 4,0%	2,7%	1.34
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten			0,9%	<= 3,0%	2,1%	1.37

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Wundhämatome/Nachblutungen						
Anteil von Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten						
			3,0%	<= 9,5%	6,5%	1.41
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten						
			6,0%	<= 14,5%	8,5%	1.44
Reinterventionen wegen Komplikation						
Anteil von Pat. mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten						
			2,3%	<= 9,3%	6,9%	1.46
Letalität						
Anteil verstorbener Pat. an allen Patienten						
			0,2%	Sentinel Event		1.48

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator: Indikation (1)

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand röntgenologischer Kriterien

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 34,5% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien Pat. mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence*				
Gruppe 1	0 Punkte		118 / 8.297	1,4%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		257 / 8.297	3,1%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		1.913 / 8.297	23,1%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		5.562 / 8.297	67,0%
Gruppe 5	10 Punkte		447 / 8.297	5,4%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		6.009 / 8.297	72,4%
Vertrauensbereich			71,45% - 73,38%	
Referenzbereich		>= 34,5%	>= 34,5%	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien Pat. mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence*				
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		4.174 / 6.028	69,2%
Vertrauensbereich			68,06% - 70,41%	

*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 Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:

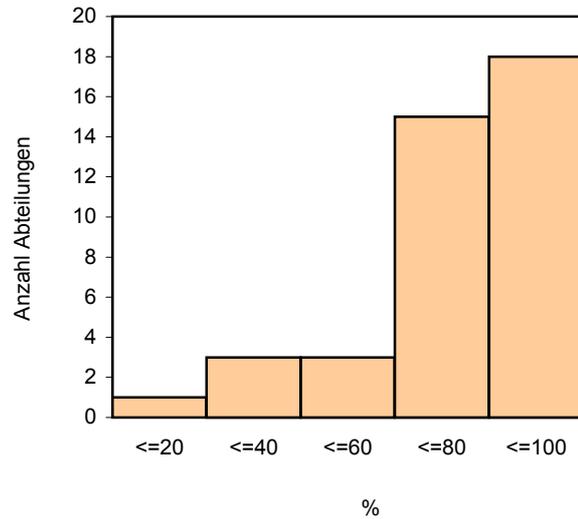
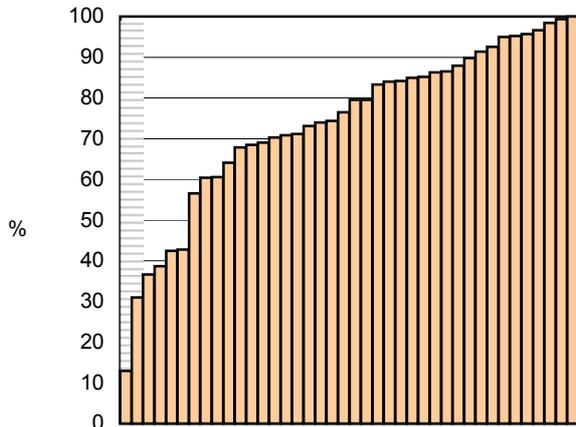
Anteil von Patienten mit 5 und mehr Punkten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 12,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 78,0%



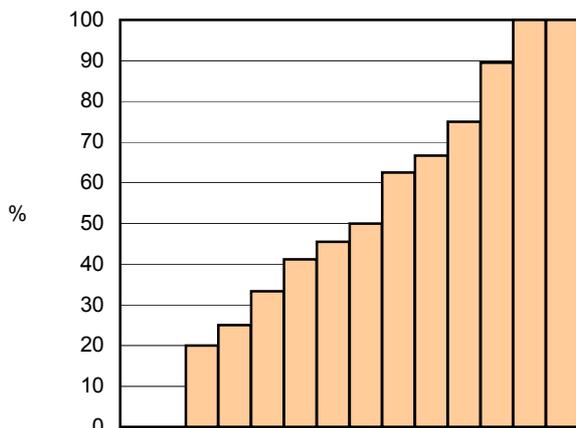
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 47,7%



14 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: >= 55,3% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit schmerzfreiem Gehen < 20 min			5.154 / 8.297	62,1%
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			7.474 / 8.297	90,1%
Patienten mit Ruheschmerz			7.244 / 8.297	87,3%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			8.012 / 8.297	96,6%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			4.578 / 8.297	55,2%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			4.315 / 8.297	52,0%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			4.275 / 8.297	51,5%
Pat. mit mind. einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			6.301 / 8.297	75,9%

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)

³ Einschränkung der Außen-/Innenrotation: 0-50/0-50/0-50

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit mind. einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium Vertrauensbereich Referenzbereich			6.199 / 7.360	84,2% 83,37% - 85,05% >= 55,3%

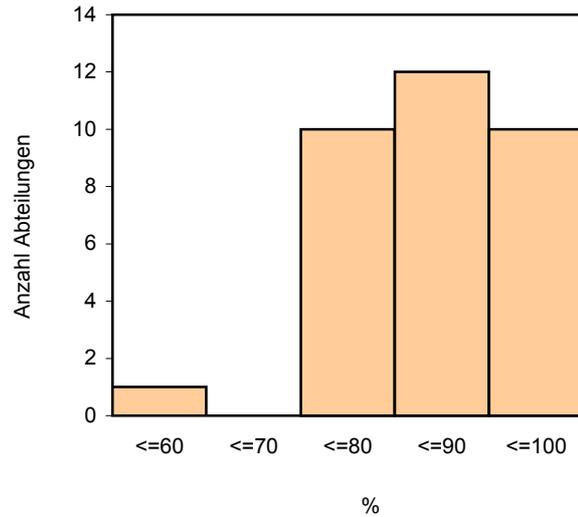
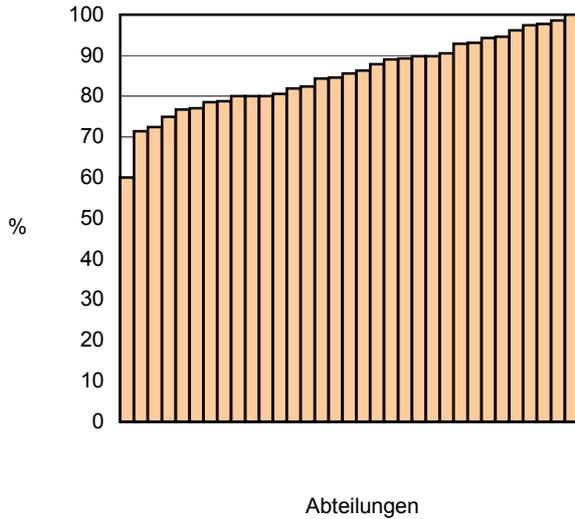
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit mind. einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium Vertrauensbereich			4.348 / 5.142	84,6% 83,54% - 85,54%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium an allen Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit
 11 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

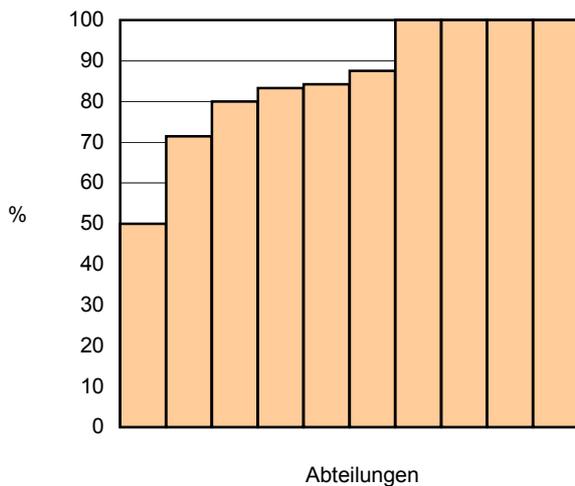
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 85,6%



33 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: 85,9%



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

Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

Referenzbereich: >= 95%

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

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich Referenzbereich	8.243 / 8.297 99,3% 99,15% - 99,51% >= 95%	7.585 / 7.634 99,4%	658 / 663 99,2%
davon single shot	7.105 / 8.243 86,2%	6.616 / 7.585 87,2%	489 / 658 74,3%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	1.138 / 8.243 13,8%	969 / 7.585 12,8%	169 / 658 25,7%

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

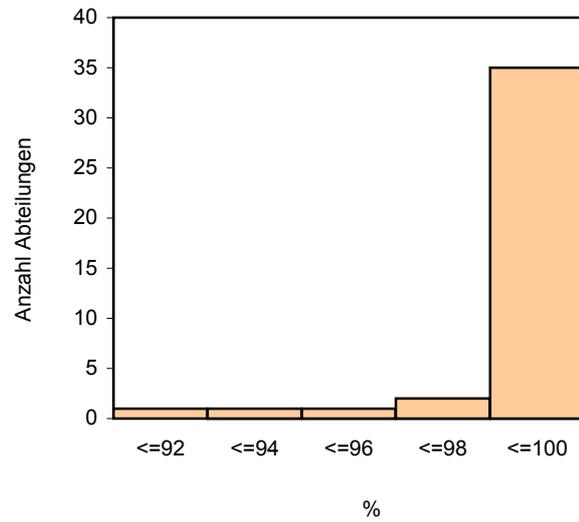
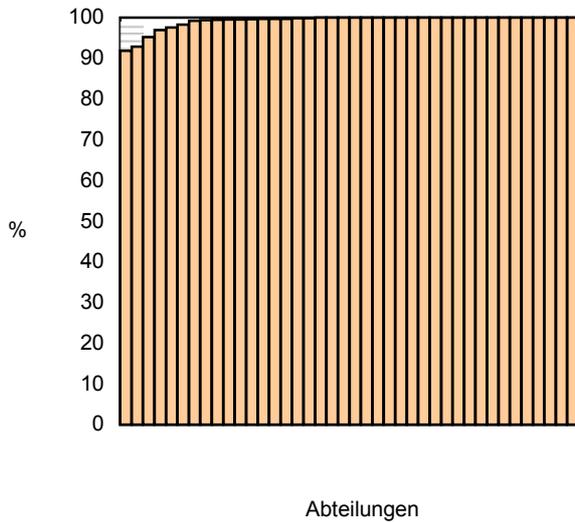
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	5.978 / 6.028 99,2% 98,91% - 99,38%	5.526 / 5.568 99,2%	452 / 460 98,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [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:

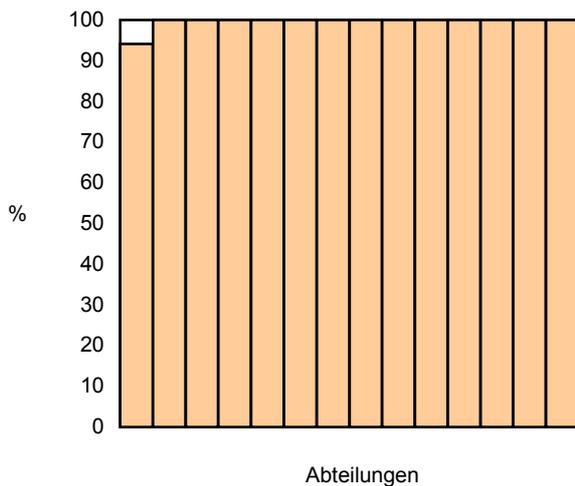
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,8% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



40 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: 94,1% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



14 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*
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese
 Gruppe 3: Patienten mit Knochentransplantation

Referenzbereich: <= 115,5 min (95%-Bundesperzentile)

OP-Dauer	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	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				1.696 / 8.297 20,4%	13 / 221 5,9%	118 / 1.044 11,3%
61 - 120 min				5.938 / 8.297 71,6%	134 / 221 60,6%	822 / 1.044 78,7%
121 - 180 min				582 / 8.297 7,0%	56 / 221 25,3%	86 / 1.044 8,2%
> 180 min				81 / 8.297 1,0%	18 / 221 8,1%	18 / 1.044 1,7%
Median (min)				80,0	105,0	90,0
Referenzbereich (Median)	<= 115,5 min			<= 115,5 min		

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	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.
Median (min)				80,0	105,0	85,0

* Angaben eingeschränkt auf Werte zwischen 0 und 5000 min

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

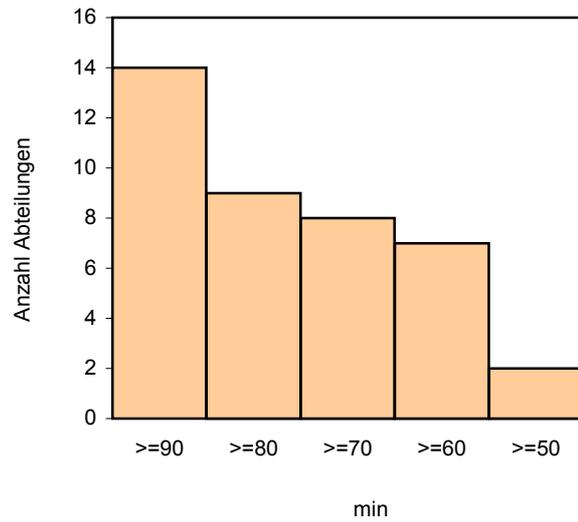
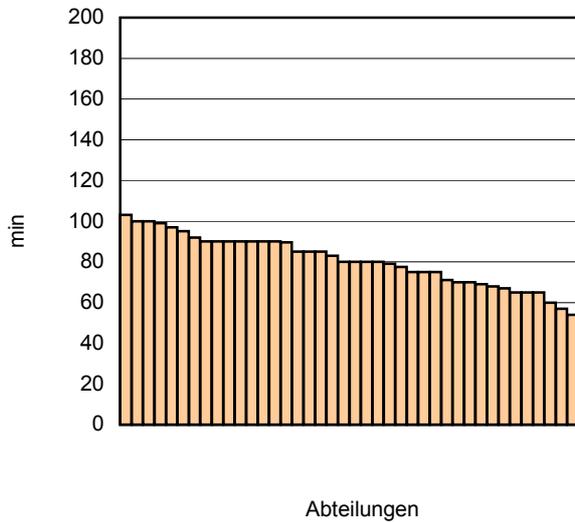
OP-Dauer (Median in min)

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 54,0 min - 103,0 min

Median der Abteilungswerte: 80,0 min



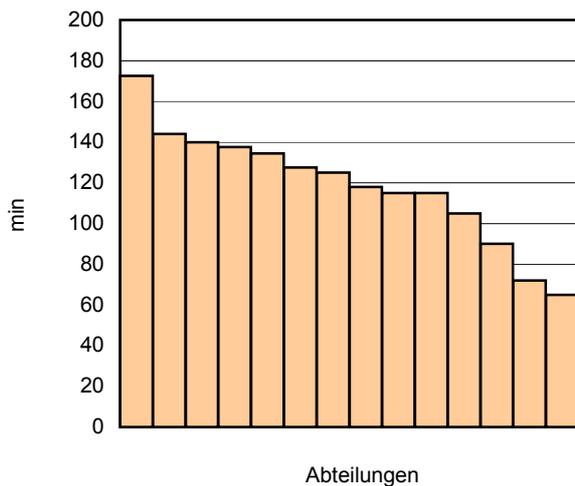
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 65,0 min - 172,5 min

Median der Abteilungswerte: 121,5 min



14 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

Referenzbereich: <= 15,1% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. ohne Fremdbluttransfusion			6.179 / 8.297	74,5%
Pat. mit Fremdbluttransfusion			2.118 / 8.297	25,5%
Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut			439 / 8.297	5,3%
Vertrauensbereich				4,82% - 5,79%
Referenzbereich		<= 15,1%		<= 15,1%
Pat. ohne Angabe zur Anzahl der Transfusionseinheiten			170 / 2.118	8,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut			337 / 6.028	5,6%
Vertrauensbereich				5,02% - 6,20%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:

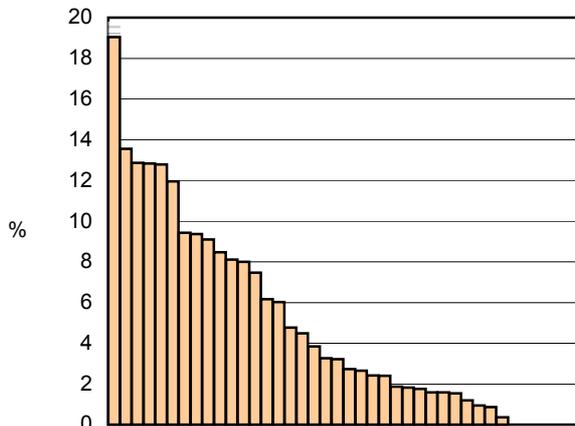
Anteil von Patienten mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

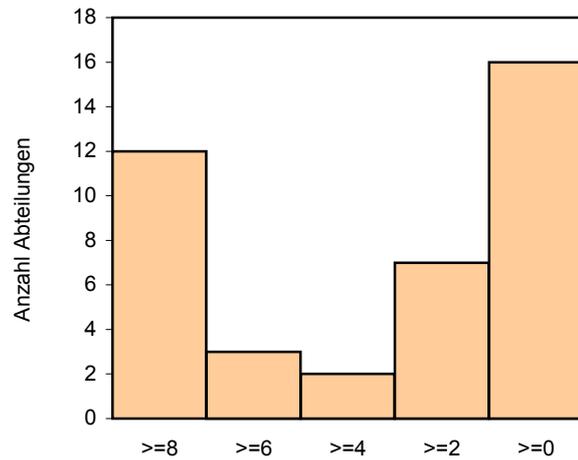
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 3,0%



Abteilungen



%

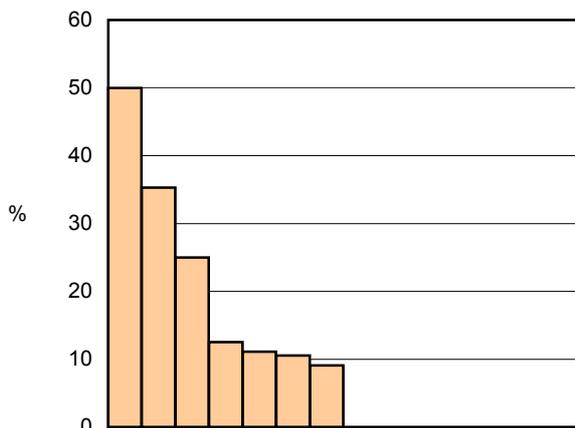
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 4,5%



Abteilungen

14 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 mindestens a/p

Grundgesamtheit: Alle Patienten (unter Ausschluss der Todesfälle)

Referenzbereich: = 100%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p			8.258 / 8.283	99,7%
Vertrauensbereich				99,55% - 99,80%
Referenzbereich		= 100%		= 100%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild axial			4.191 / 8.283	50,6%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			4.183 / 8.283	50,5%

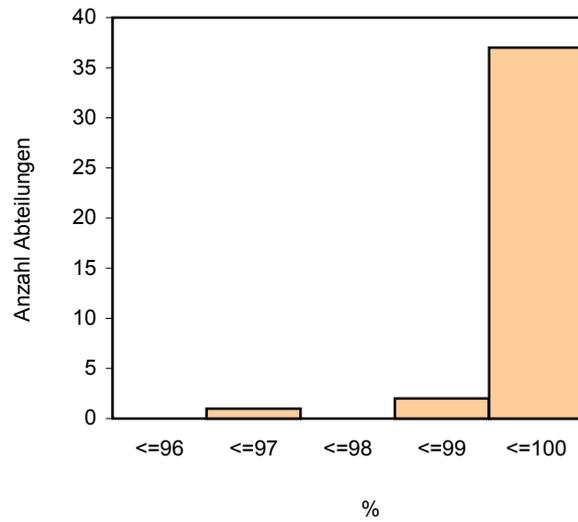
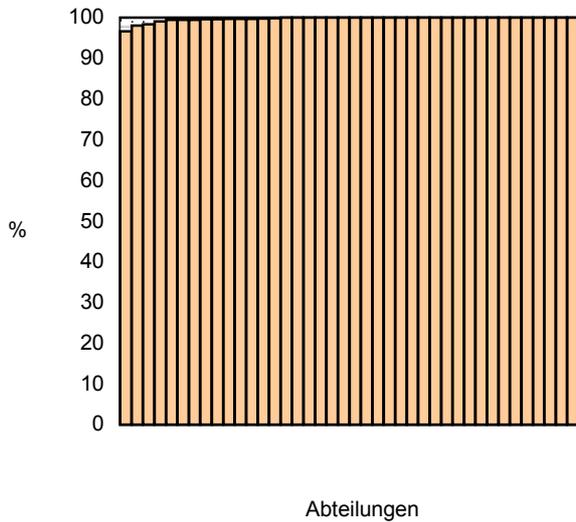
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p			5.939 / 6.023	98,6%
Vertrauensbereich				98,28% - 98,89%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [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:

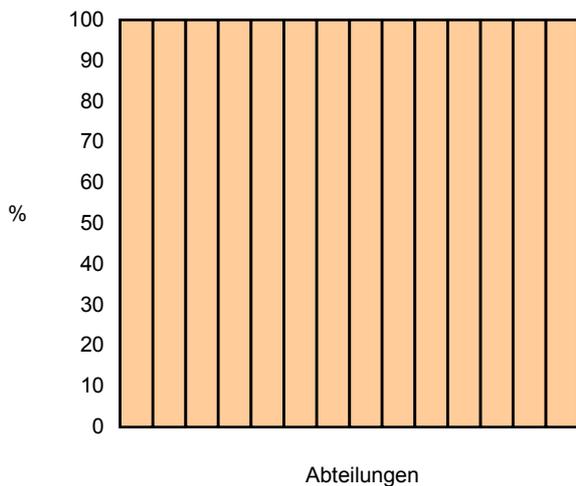
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 96,6% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



40 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%



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

Qualitätsindikator: Postoperative Beweglichkeit

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit plausiblen Angaben zur postoperativen Beweglichkeit

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			6.912 / 7.471	92,5%
Patienten mit geringem postoperativem Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			7.115 / 7.471	95,2%
Patienten mit geringem postoperativem Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			7.243 / 7.471	96,9%

Grundgesamtheit: Alle Patienten¹

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			6.912 / 8.297	83,3%
Vertrauensbereich				82,49% - 84,10%
Referenzbereich		>= 0,0%		>= 0,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			4.814 / 6.028	79,9%
Vertrauensbereich				78,83% - 80,87%

¹ d.h. auch Patienten ohne Angaben zur Beweglichkeit oder mit unplausiblen Angaben

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:

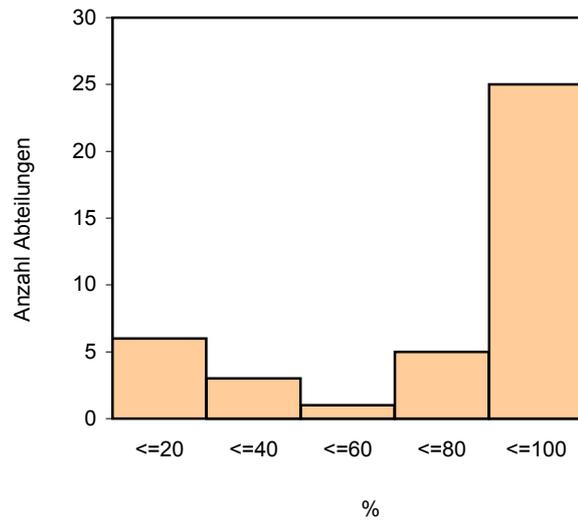
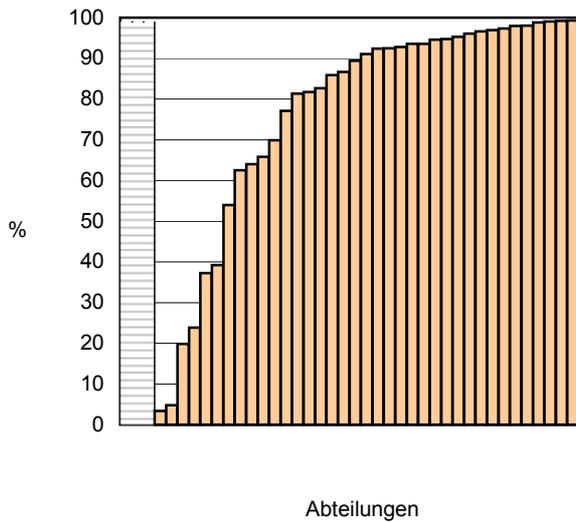
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) von mindestens 0/0/70 an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 99,3%

Median der Abteilungswerte: 88,1%



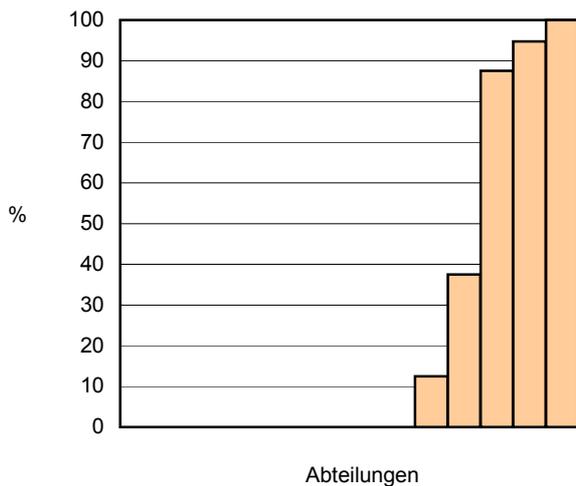
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 0,0%



14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit: Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit und:

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

	Abteilung 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	5.374 / 5.768 93,2%	1.162 / 1.272 91,4%	181 / 209 86,6%	195 / 222 87,8%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			8.179 / 8.236	99,3%
Vertrauensbereich				99,10% - 99,48%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon				
operationsbedingt			8 / 57	14,0%
nicht operationsbedingt			49 / 57	86,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			5.931 / 5.963	99,5%
Vertrauensbereich				99,24% - 99,63%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:

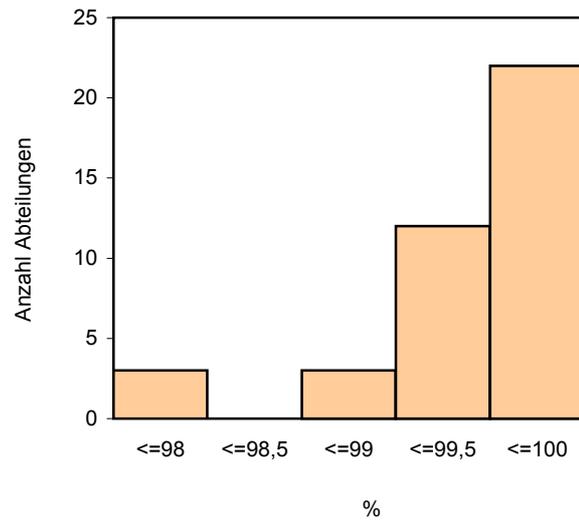
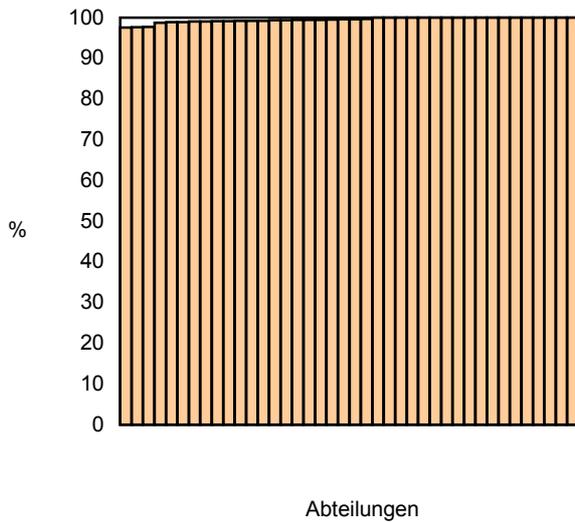
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 97,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,6%



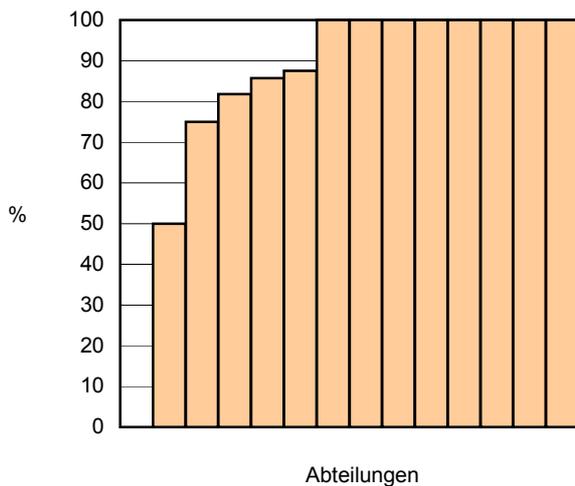
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



14 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
 und

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

	Abteilung 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist				
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	6.156 / 6.188 99,5%	1.511 / 1.526 99,0%	269 / 273 98,5%	243 / 249 97,6%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt	4 / 32 12,5%	2 / 15 13,3%	2 / 4 50,0%	0 / 6 0,0%
nicht operationsbedingt	28 / 32 87,5%	13 / 15 86,7%	2 / 4 50,0%	6 / 6 100,0%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung

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

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

Referenzbereich: >= 80%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			8.168 / 8.236	99,2%
Vertrauensbereich				98,95% - 99,36%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			5.921 / 5.963	99,3%
Vertrauensbereich				99,05% - 99,49%

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

	Abteilung 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist	6.149 / 6.188 99,4%	1.511 / 1.526 99,0%	267 / 273 97,8%	241 / 249 96,8%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:

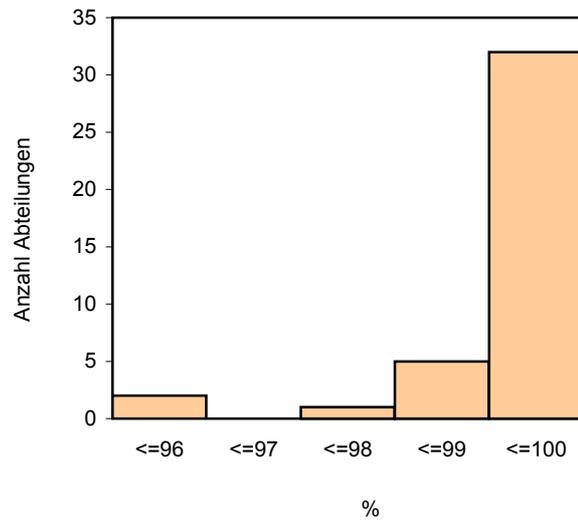
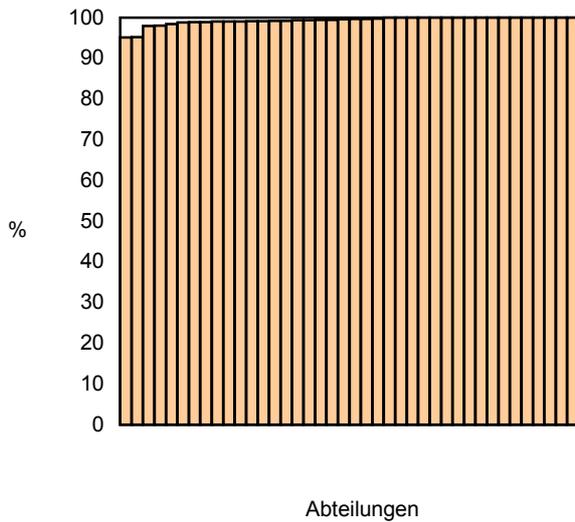
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 95,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,7%



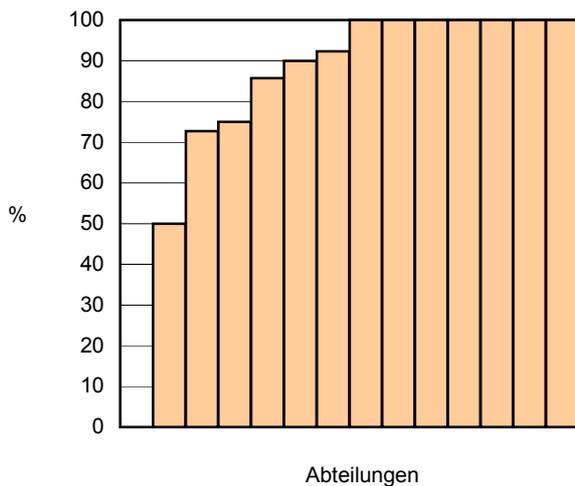
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 96,2%



14 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: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Gefäßläsion			3 / 8.297 0,0%	0 / 221 0,0%
Vertrauensbereich			0,00% - 0,11%	
Referenzbereich	<= 1%		<= 1%	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Gefäßläsion			4 / 6.028 0,1%	0 / 133 0,0%
Vertrauensbereich			0,02% - 0,17%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:

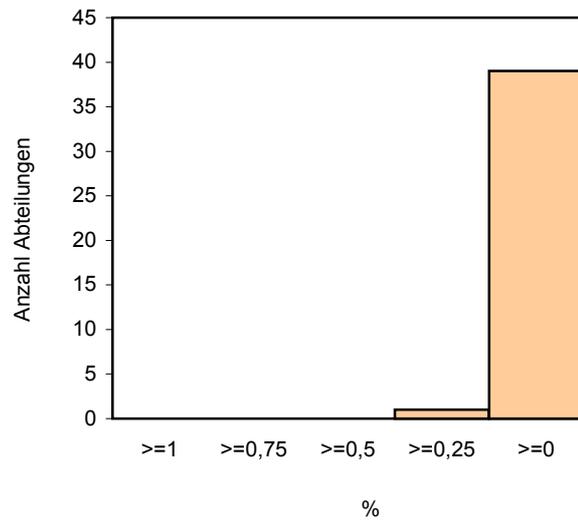
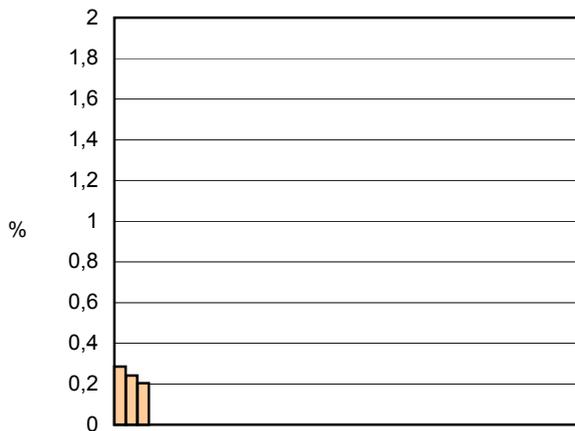
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



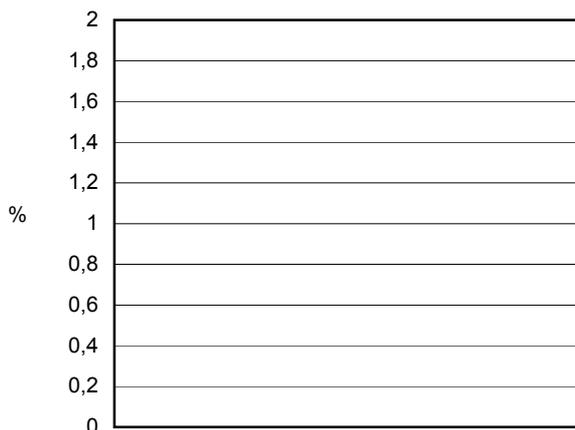
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



14 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 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Nervenschaden			47 / 8.297 0,6%	2 / 221 0,9%
Vertrauensbereich			0,42% - 0,75%	
Referenzbereich	<= 3%		<= 3%	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Nervenschaden			38 / 6.028 0,6%	1 / 133 0,8%
Vertrauensbereich			0,45% - 0,86%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:

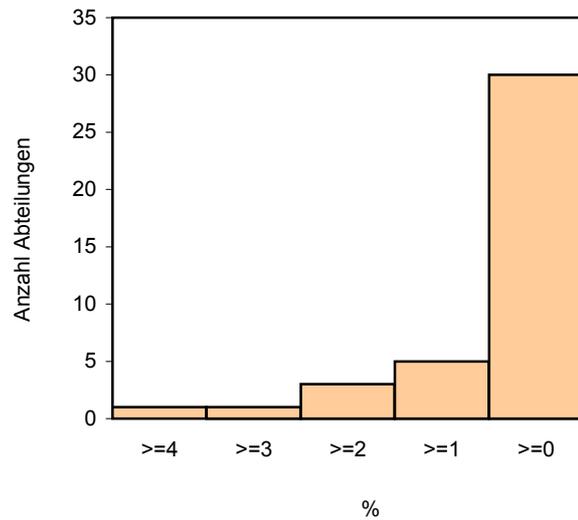
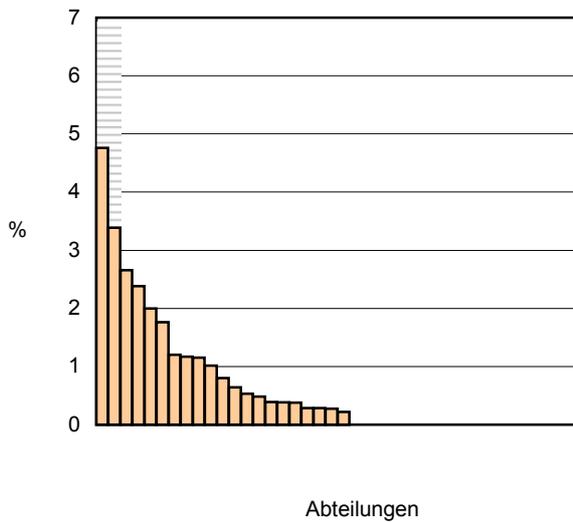
Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



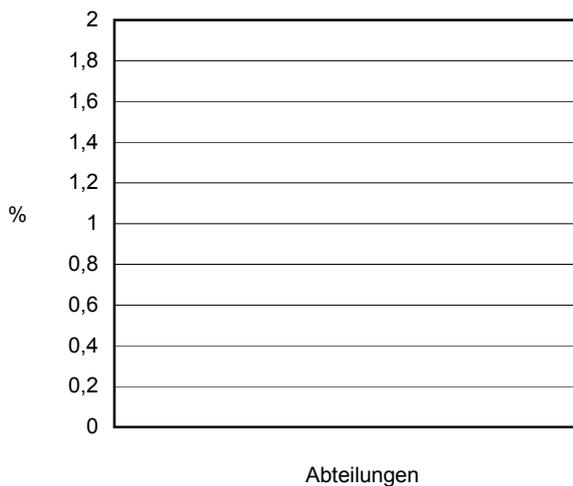
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



14 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 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Implantatfehlage			9 / 8.297 0,1%	0 / 221 0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			14 / 8.297 0,2%	1 / 221 0,5%
Patienten mit Implantatbruch			1 / 8.297 0,0%	0 / 221 0,0%
Patienten mit einer der o.g. Komplikationen			23 / 8.297 0,3%	1 / 221 0,5%
Vertrauensbereich			0,18% - 0,42%	
Referenzbereich			-	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit einer der o.g. Komplikationen			15 / 6.028 0,2%	2 / 133 1,5%
Vertrauensbereich			0,14% - 0,41%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:

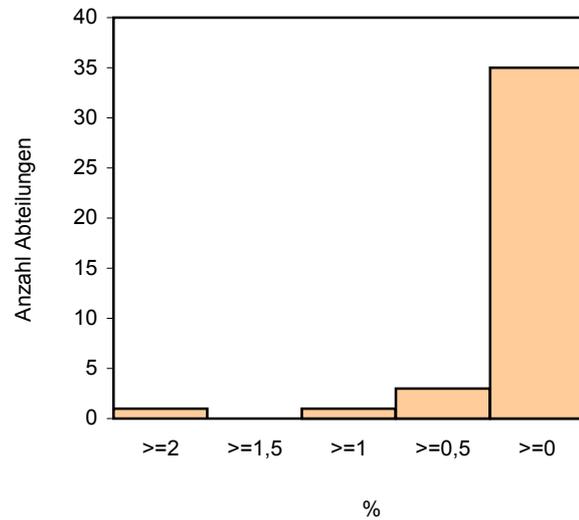
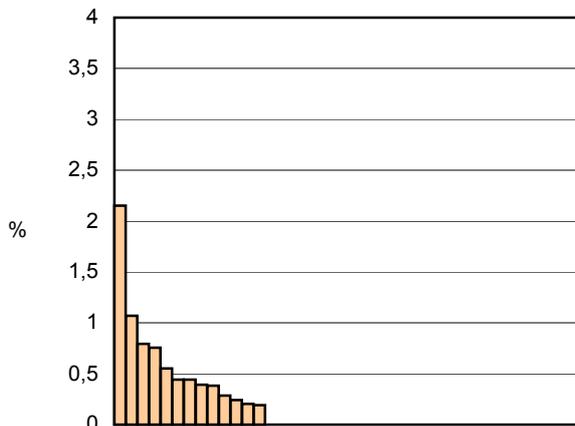
Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



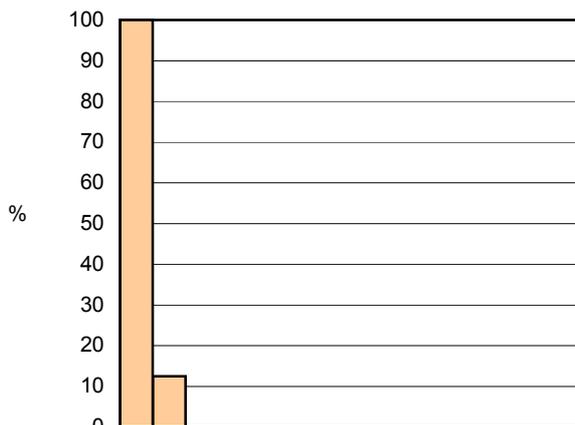
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 0,0%



14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fraktur

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

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

Referenzbereich: <= 4,0% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Fraktur			77 / 8.297	39 / 221
Vertrauensbereich			0,9%	17,6%
Referenzbereich	<= 4,0%		0,73% - 1,16% <= 4,0%	

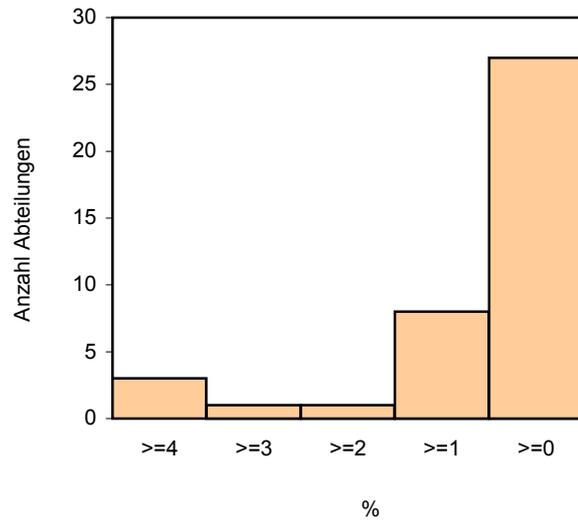
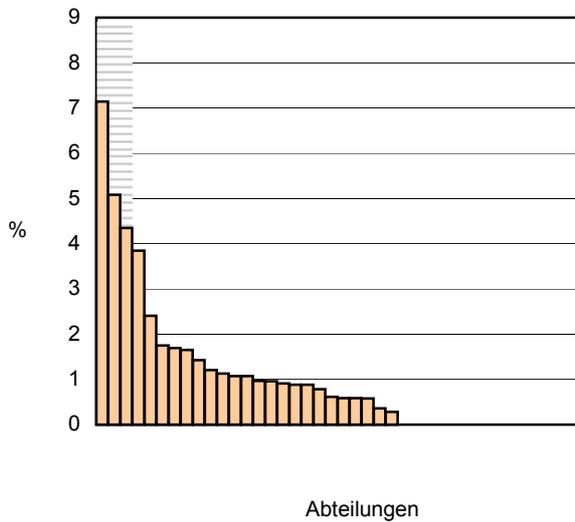
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Fraktur			58 / 6.028	34 / 133
Vertrauensbereich			1,0%	25,6%
			0,73% - 1,24%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [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:

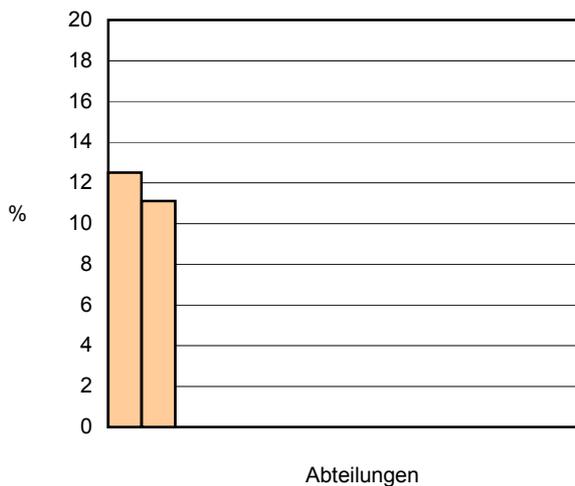
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,1%
 Median der Abteilungswerte: 0,6%



40 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%



14 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

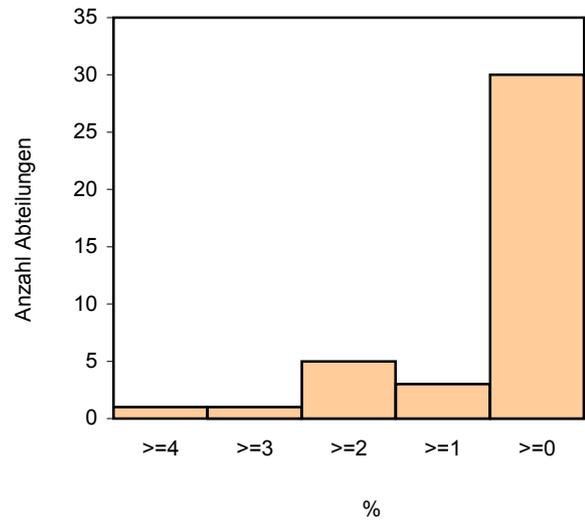
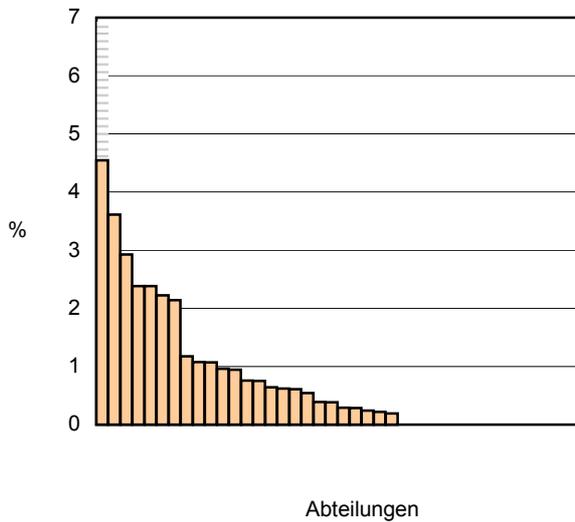
Referenzbereich: <= 4,0% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Endoprothesenluxation			50 / 8.297 0,6%	3 / 221 1,4%
Vertrauensbereich			0,45% - 0,79%	
Referenzbereich	<= 4,0%		<= 4,0%	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo- synthese
Patienten mit Endoprothesenluxation			43 / 6.028 0,7%	4 / 133 3,0%
Vertrauensbereich			0,52% - 0,96%	

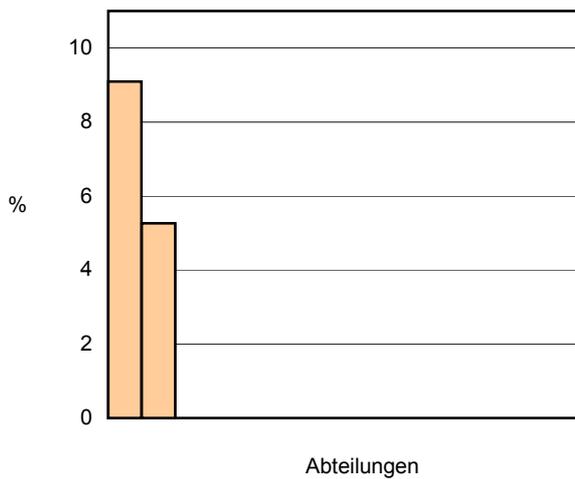
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,5%
 Median der Abteilungswerte: 0,3%



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,1%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 4,0% (90%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion Vertrauensbereich			101 / 8.297	1,2%
Referenzbereich		<= 4,0%		0,99% - 1,48% <= 4,0%
Patienten mit postop. Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			51 / 8.297	0,6%
Patienten mit postop. Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			50 / 8.297	0,6%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion Vertrauensbereich			79 / 6.028	1,3%
				1,04% - 1,63%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:

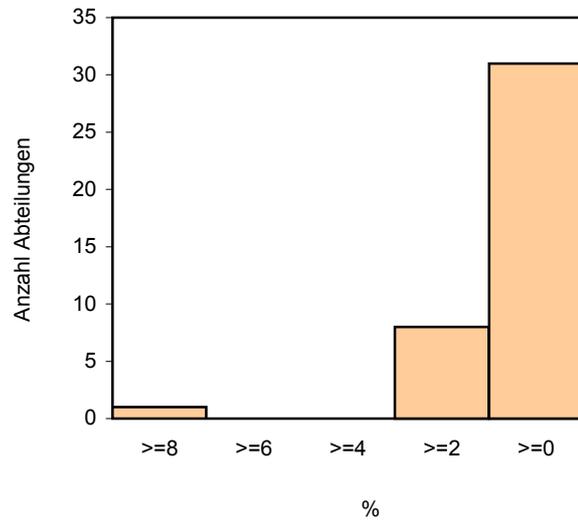
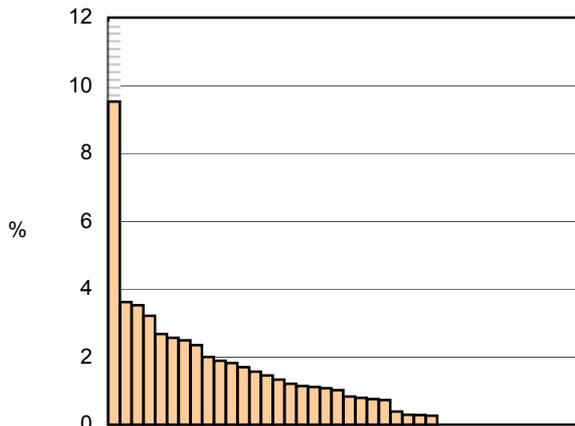
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,9%



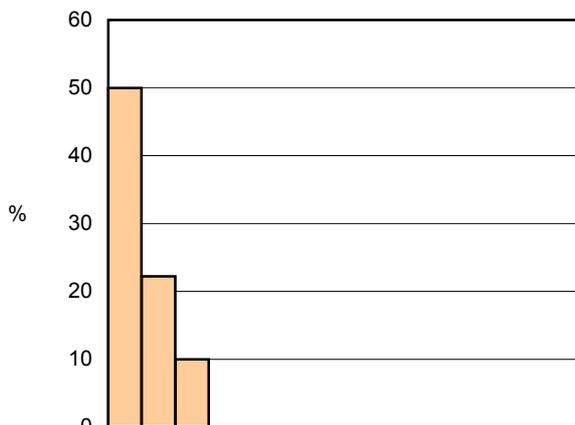
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



14 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 hier: > 98 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Risikoklassen	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			4.363 / 8.297	52,6%
Risikoklasse 1			3.245 / 8.297	39,1%
Risikoklasse 2			684 / 8.297	8,2%
Risikoklasse 3			5 / 8.297	0,1%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0

Referenzbereich: <= 3,0% (90%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich			39 / 4.363	0,9% 0,64% - 1,22% <= 3,0%
Patienten mit postop. Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			21 / 4.363	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			18 / 4.363	0,4%

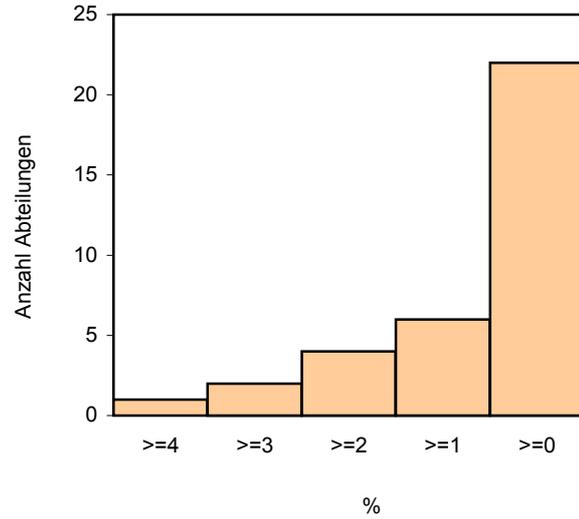
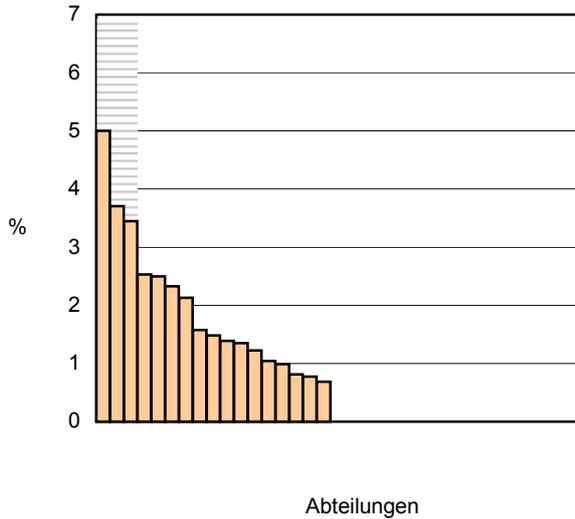
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion Vertrauensbereich			30 / 3.397	0,9% 0,60% - 1,26%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:

Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten
 10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

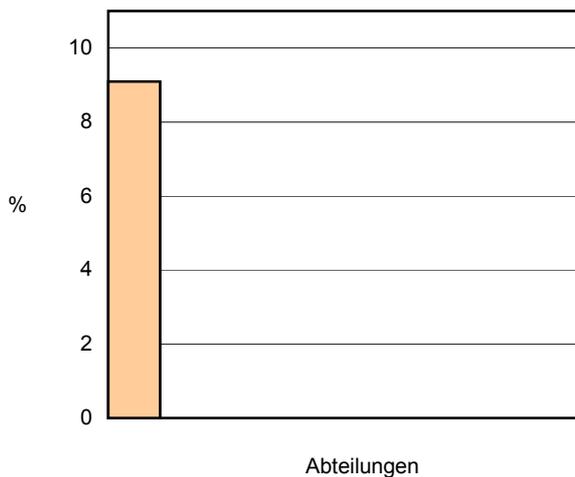
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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% - 9,1%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



9 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 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			46 / 3.245	1,4%
Patienten mit postop. Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			23 / 3.245	0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			23 / 3.245	0,7%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 2

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			16 / 684	2,3%
Patienten mit postop. Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			7 / 684	1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			9 / 684	1,3%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 3

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postop. Wundinfektion			0 / 5	0,0%
Patienten mit postop. Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			0 / 5	0,0%
Patienten mit postop. Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 5	0,0%

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

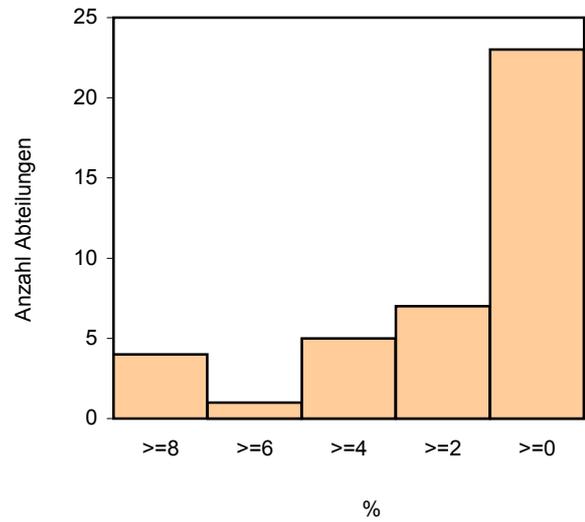
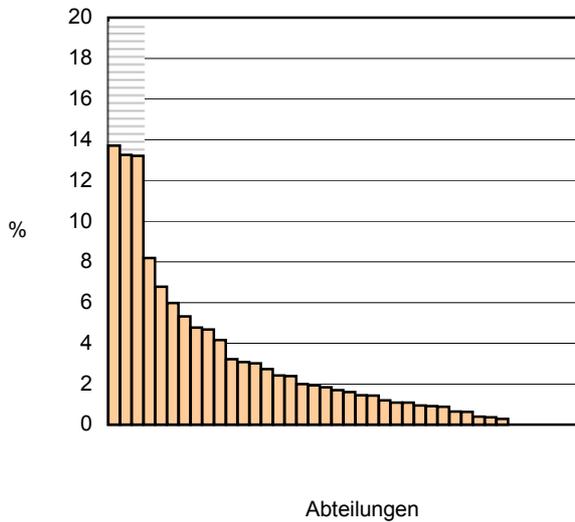
Referenzbereich: <= 9,5% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			251 / 8.297	3,0%
Vertrauensbereich				2,67% - 3,42%
Referenzbereich		<= 9,5%		<= 9,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			211 / 6.028	3,5%
Vertrauensbereich				3,05% - 4,00%

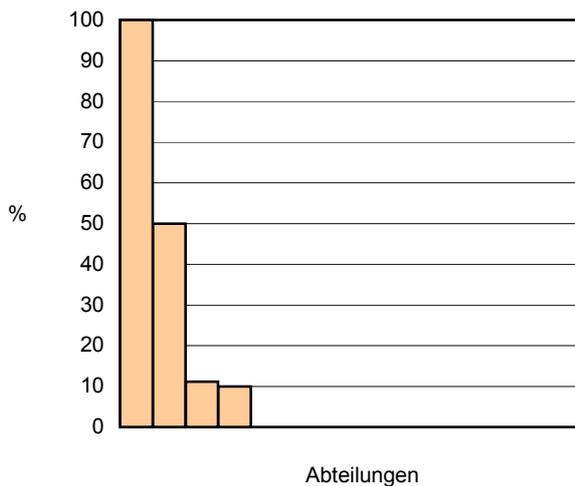
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 17]:
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 13,7%
 Median der Abteilungswerte: 1,7%



40 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: 0,0%



14 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 2004			
	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 2004			
	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	50 / 1.696 2,9%	181 / 5.938 3,0%	19 / 582 3,3%	1 / 81 1,2%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

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

Referenzbereich: <= 14,5% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie				14 / 8.297 0,2%	4 / 5.752 0,1%	10 / 2.545 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen				86 / 8.297 1,0%	30 / 5.752 0,5%	56 / 2.545 2,2%
Patienten mit tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose				28 / 8.297 0,3%	18 / 5.752 0,3%	10 / 2.545 0,4%
Patienten mit Lungenembolie				12 / 8.297 0,1%	7 / 5.752 0,1%	5 / 2.545 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation				387 / 8.297 4,7%	181 / 5.752 3,1%	206 / 2.545 8,1%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen				496 / 8.297 6,0%	234 / 5.752 4,1%	262 / 2.545 10,3%
Vertrauensbereich				5,48% - 6,51%		
Referenzbereich				<= 14,5%		

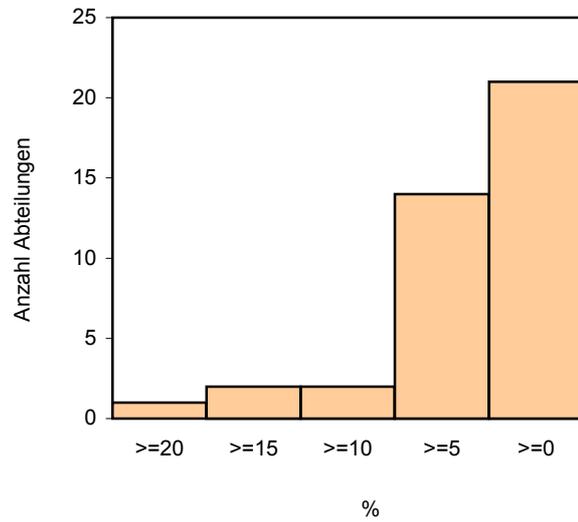
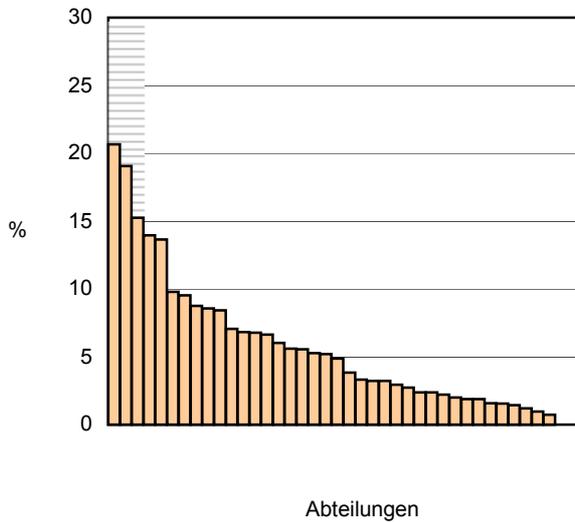
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen				336 / 6.028 5,6%	195 / 4.386 4,4%	141 / 1.642 8,6%
Vertrauensbereich				5,01% - 6,18%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [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:

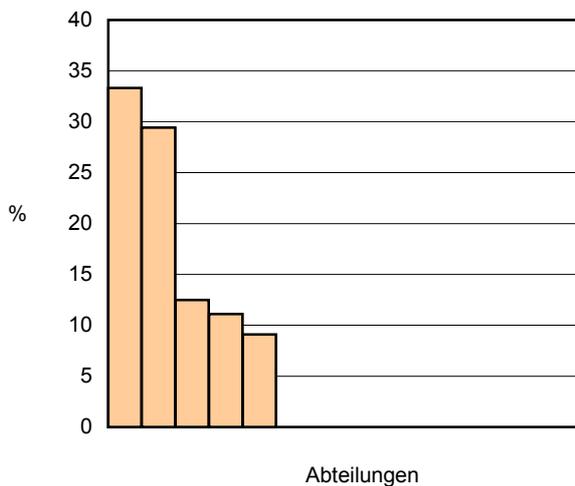
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 20,7%
 Median der Abteilungswerte: 4,4%



40 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%



14 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

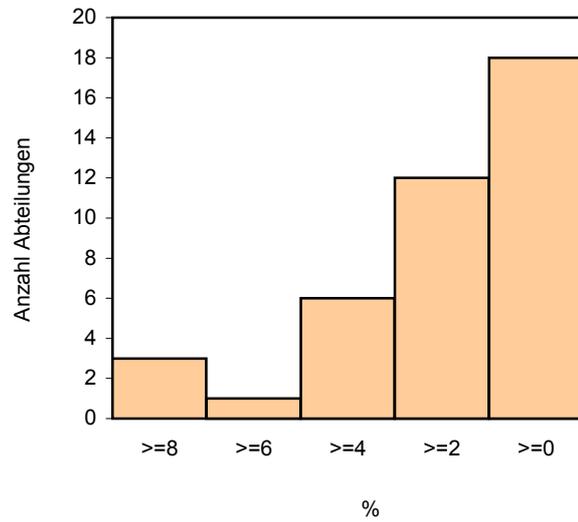
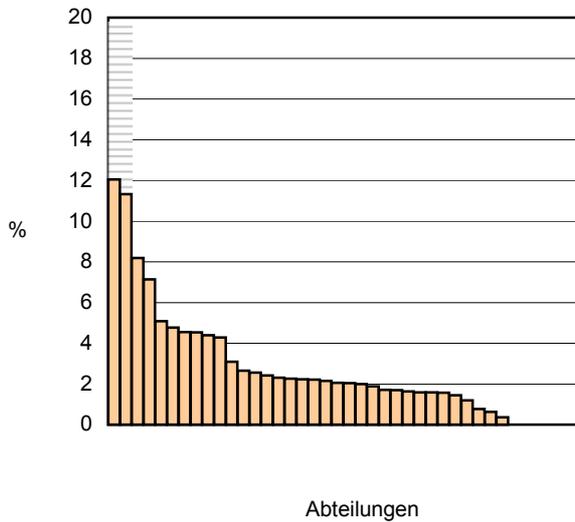
Referenzbereich: <= 9,3% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			195 / 8.297	2,3%
Vertrauensbereich				2,04% - 2,70%
Referenzbereich		<= 9,3%		<= 9,3%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			171 / 6.028	2,8%
Vertrauensbereich				2,43% - 3,29%

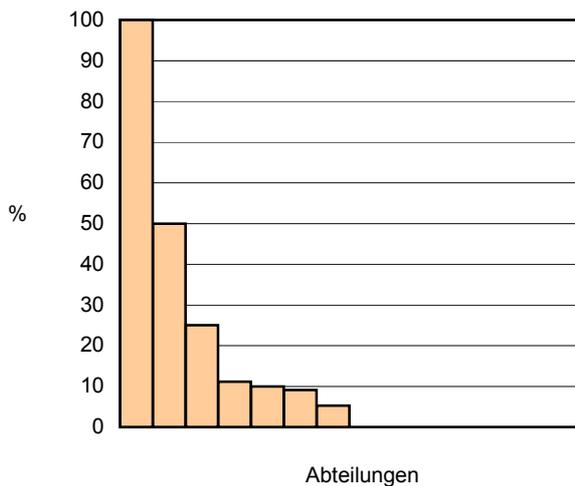
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 19]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,0%
 Median der Abteilungswerte: 2,0%



40 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: 2,6%



14 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 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 8.297	0,2%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,28%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			5 / 6.028	0,1%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,20%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 20]:

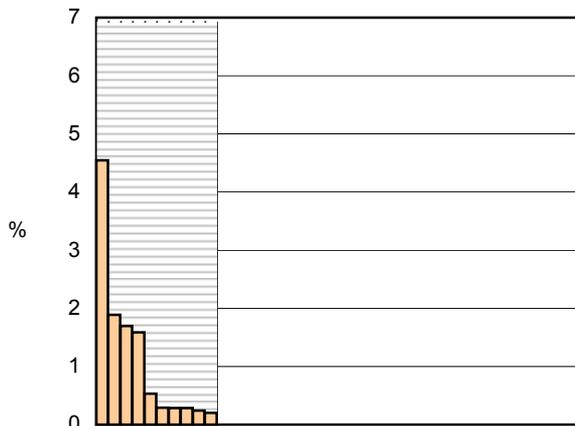
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

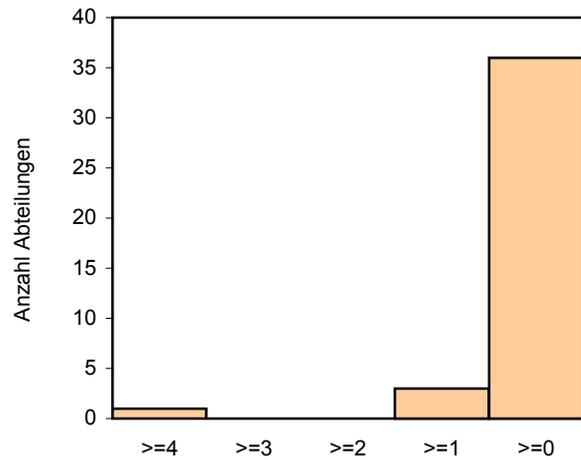
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

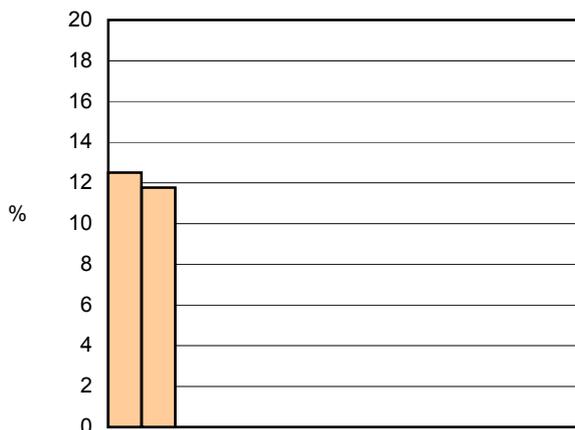
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



Abteilungen

14 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 2004				
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
Gesamt 2004				
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 5.752 0,0%	12 / 2.451 0,5%	2 / 94 2,1%	0 / 0

Jahresauswertung 2004 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 54
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2503
2004 - D3247-L19480-P13617

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.931	23,3	726	12,0
2. Quartal			2.119	25,5	1.403	23,3
3. Quartal			2.100	25,3	1.932	32,0
4. Quartal			2.147	25,9	1.967	32,6
Gesamt			8.297		6.028	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			8.297		6.028	
Median				13,0		14,0
Mittelwert				14,0		16,3
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			8.297		6.028	
Median				14,0		15,0
Mittelwert				15,9		18,2

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (Version 2004)

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
3	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
4	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig
5	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	D62	Akute Blutungsanämie
8	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (Version 2004)

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				M16.1	4.352	52,5	M16.1	3.227	53,5
2				Z96.6	1.191	14,4	M16.0	867	14,4
3				M16.9	1.062	12,8	I10	697	11,6
4				M16.0	1.041	12,5	M16.9	560	9,3
5				I10.00	877	10,6	Z96.6	523	8,7
6				I10.90	758	9,1	M16.3	488	8,1
7				D62	748	9,0	M16.7	371	6,2
8				M16.3	658	7,9	E66.0	295	4,9

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

Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	5-820.00	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.02	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
3	5-820.01	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
4	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
5	8-930	Monitoring der Atmung: Spirometrie

Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
1				5-820.00	4.739	57,1	5-820.00	3.631	60,2
2				5-820.02	1.774	21,4	5-820.02	1.281	21,3
3				5-820.01	1.519	18,3	5-820.01	1.046	17,4
4				8-803.2	870	10,5	8-803.2	486	8,1
5				8-930	688	8,3	1-504.6	184	3,1

* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			7 / 8.297	0,1	3 / 6.028	0,0
5-986 Minimalinvasive Technik			3 / 8.297	0,0	0 / 6.028	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.297	0,0	0 / 6.028	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			8 / 8.297	0,1	26 / 6.028	0,4

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

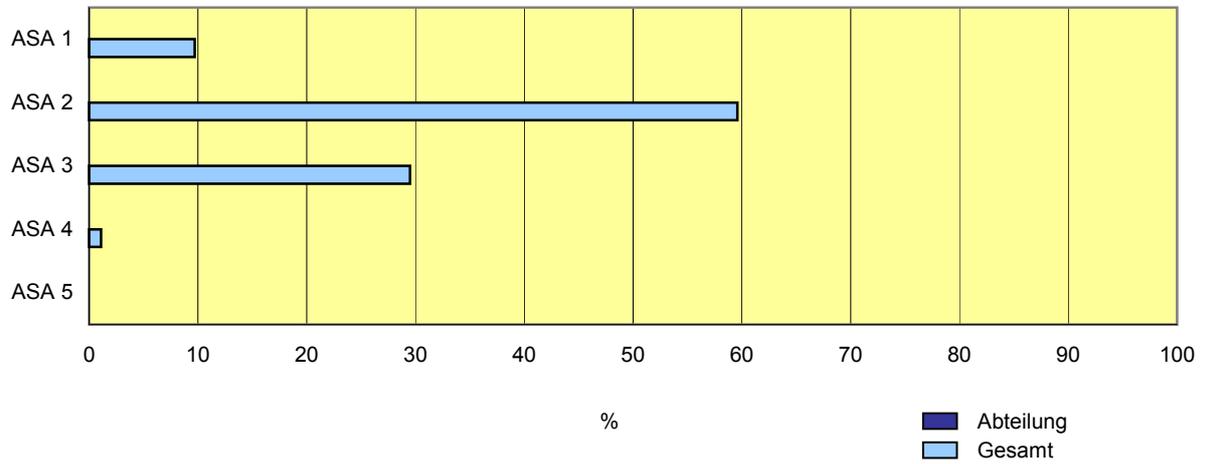
Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert		4.739 / 8.297	57,1
5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert		1.519 / 8.297	18,3
5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)		1.774 / 8.297	21,4
5-820.20	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert		100 / 8.297	1,2
5-820.21	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert		37 / 8.297	0,4
5-820.22	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)		71 / 8.297	0,9
5-820.30	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert		1 / 8.297	0,0
5-820.31	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert		2 / 8.297	0,0
5-820.32	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Hybrid (teilzementiert)		4 / 8.297	0,0
5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert		18 / 8.297	0,2
5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert		27 / 8.297	0,3
5-820.42	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Hybrid (teilzementiert)		0 / 8.297	0,0
5-820.60	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Nicht zementiert		0 / 8.297	0,0
5-820.61	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Zementiert		0 / 8.297	0,0
5-820.62	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Hybrid (teilzementiert)		4 / 8.297	0,0
5-820.x0	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert		3 / 8.297	0,0
5-820.x1	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert		1 / 8.297	0,0
5-820.x2	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)		1 / 8.297	0,0

Patienten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.293 / 8.297	100,0	6.026 / 6.028	100,0
< 40			108 / 8.293	1,3	94 / 6.026	1,6
40 - 59			1.470 / 8.293	17,7	1.173 / 6.026	19,5
60 - 79			5.846 / 8.293	70,5	4.191 / 6.026	69,5
80 - 89			832 / 8.293	10,0	550 / 6.026	9,1
>= 90			37 / 8.293	0,4	18 / 6.026	0,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.293		6.026	
Median				69,0		68,0
Geschlecht						
männlich			3.156	38,0	2.343	38,9
weiblich			5.141	62,0	3.685	61,1
Zu operierende Seite						
rechts			4.314	52,0	3.250	53,9
links			3.983	48,0	2.778	46,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			804	9,7	672	11,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.948	59,6	3.714	61,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.451	29,5	1.613	26,8
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			94	1,1	29	0,5
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
schmerzfreies Gehen < 20 min Anzahl der Patienten			5.154	62,1	3.594	59,6
Ruheschmerzen Anzahl der Patienten			7.244	87,3	5.146	85,4
Schmerz länger als 6 Monate bestehend Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			8.012 / 8.297	96,6	5.867 / 6.028	97,3
Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen Anzahl der Patienten			7.474	90,1	5.405	89,7
davon						
bei Bedarf			4.177 / 7.474	55,9	3.035 / 5.405	56,2
regelmäßig			3.297 / 7.474	44,1	2.370 / 5.405	43,8
Vorschädigung der zu operierenden Hüfte Anzahl der Patienten			1.044	12,6	805	13,4
davon						
Voroperation			308 / 1.044	29,5	212 / 805	26,3
vorangegangenes Trauma			266 / 1.044	25,5	176 / 805	21,9
Nekrose			518 / 1.044	49,6	405 / 805	50,3
Entzündung			102 / 1.044	9,8	72 / 805	8,9

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			7.520	90,6	5.323	88,3
Extension/Flexion						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			7.430		5.219	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,4		0,4
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				4,3		4,7
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				84,7		83,9
Ab-/Adduktion						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			7.484		5.277	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				20,0		15,0
Mittelwert				16,3		15,7
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,4		0,4
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				10,0		10,0
Mittelwert				11,6		11,5
Außen-/Innenrotation						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			7.483		5.264	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				10,0		10,0
Mittelwert				13,0		14,3
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				1,8		2,5
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				5,0		5,0
Mittelwert				5,5		5,2

Kellgren und Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			1.043	12,6	859	14,2
eindeutig			5.488	66,1	4.233	70,2
große			1.766	21,3	936	15,5
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			290	3,5	233	3,9
eindeutig verschmälert			2.586	31,2	2.331	38,7
fortgeschritten verschmälert			3.617	43,6	2.282	37,9
aufgehoben			1.804	21,7	1.182	19,6
Sklerose						
keine Sklerose			334	4,0	180	3,0
leichte Sklerose			2.865	34,5	2.170	36,0
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.295	39,7	2.265	37,6
Sklerose mit Zysten			1.803	21,7	1.413	23,4
Deformierung						
keine Deformierung			990	11,9	613	10,2
leichte Deformierung			3.988	48,1	2.987	49,6
deutliche Deformierung			3.319	40,0	2.428	40,3
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.222	99,1	5.961	98,9
bedingt aseptische Eingriffe			61	0,7	62	1,0
kontaminierte Eingriffe			7	0,1	3	0,0
septische Eingriffe			7	0,1	2	0,0

Operation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (in Minuten)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			8.297		6.028	
Median				80,0		80,0
Mittelwert				84,0		84,4
perioperative						
Antibiotikaphylaxe						
Anzahl der Patienten			8.243	99,3	5.978	99,2
davon						
single shot			7.105 / 8.243	86,2	5.198 / 5.978	87,0
intraoperative Zweitgabe			170 / 8.243	2,1	113 / 5.978	1,9
öfter			968 / 8.243	11,7	667 / 5.978	11,2
medikamentöse						
Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			8.242	99,3	6.005	99,6
Schaft wurde zementiert						
Anzahl der Patienten			3.349	40,4	1.705	28,3
verwendete Zementiertechnik						
Vakuumzementmischtechnik			1.835 / 3.349	54,8	874 / 1.705	51,3
Druckreinigung des Markraums			1.492 / 3.349	44,6	850 / 1.705	49,9
Verw. eines Markraumsperrers			2.218 / 3.349	66,2	1.314 / 1.705	77,1
Knochen transplantation						
Anzahl der Patienten			1.044	12,6	915	15,2
Osteosynthese						
Anzahl der Patienten			221	2,7	133	2,2
Bluttransfusion						
Patienten mit Bluttransfusion			3.579	43,1	2.828	46,9
davon						
Eigenblut			1.757 / 3.579	49,1	1.492 / 2.828	52,8
Fremdblut			2.118 / 3.579	59,2	1.621 / 2.828	57,3
Eigenblut:						
Patienten mit dokumentierten Transfusionseinheiten			1.428		1.424	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				1,0		1,0
Fremdblut:						
Patienten mit dokumentierten Transfusionseinheiten			1.948		1.540	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				2,4		2,4
Verwendung eines Cell-Savers						
Anzahl Patienten			2.674 / 8.297	32,2	1.765 / 6.028	29,3

Verlauf

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			8.269	99,7	5.943	98,6
postoperatives Röntgenbild axial Anzahl der Patienten			4.196	50,6	2.555	42,4
behandlungsbedürftige intra-/ postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			434	5,2	396	6,6
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			9	0,1	4	0,1
Implantatdislokation			14	0,2	11	0,2
Implantatbruch			1	0,0	0	0,0
Endoprothesenluxation			50	0,6	43	0,7
Wundhämatom/Nachblutung			251	3,0	211	3,5
Gefäßläsion			3	0,0	4	0,1
Nervenschaden			47	0,6	38	0,6
Fraktur			77	0,9	58	1,0
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			195	2,3	171	2,8
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten			101	1,2	79	1,3
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			51 / 101	50,5	48 / 79	60,8
A2 (tiefe Infektion)			39 / 101	38,6	27 / 79	34,2
A3 (Räume/Organe)			11 / 101	10,9	4 / 79	5,1
allg. behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			496	6,0	336	5,6
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			14	0,2	10	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			86	1,0	50	0,8
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			28	0,3	23	0,4
Lungenembolie			12	0,1	6	0,1
Sonstige			387	4,7	264	4,4

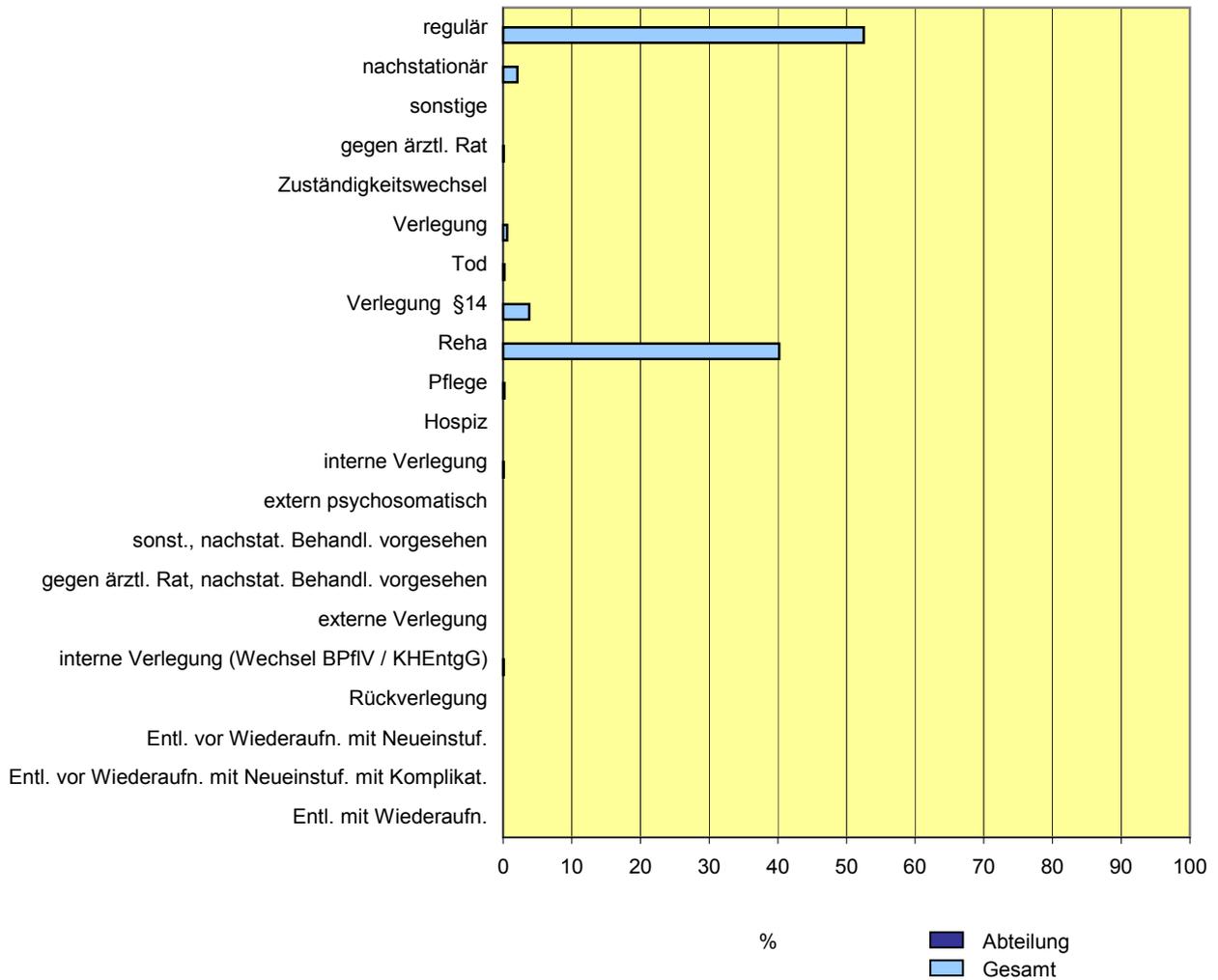
Entlassung I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			7.557	91,1	5.205	86,3
Extension/Flexion						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			7.471		5.152	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,3		0,3
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,4		0,3
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				85,4		85,1
Treppensteigen möglich						
(mit Gehhilfen)			8.037	96,9	5.831	96,7
Treppensteigen nicht möglich			260	3,1	197	3,3
davon operationsbedingt nicht möglich			28 / 260	10,8	57 / 197	28,9
selbständiges Gehen möglich						
(mit Gehhilfen)			8.221	99,1	5.990	99,4
selbständiges Gehen nicht möglich			76	0,9	38	0,6
davon operationsbedingt nicht möglich			9 / 76	11,8	6 / 38	15,8
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich						
			8.211	99,0	5.979	99,2
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene nicht möglich			86	1,0	49	0,8
davon operationsbedingt nicht möglich			8 / 86	9,3	4 / 49	8,2

Entlassung II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund						
1: Behandlung regulär beendet			4.357	52,5	3.656	60,6
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behndl. vorgesehen			172	2,1	60	1,0
3: Behndl. aus sonst. Gründen beendet			2	0,0	40	0,7
4: Behndl. gegen ärztl. Rat beendet			5	0,1	3	0,0
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			2	0,0	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			53	0,6	58	1,0
7: Tod			14	0,2	5	0,1
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV/95)			319	3,8	202	3,4
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			3.335	40,2	1.987	33,0
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			19	0,2	4	0,1
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: Interne Verlegung			10	0,1	12	0,2
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			0	0,0	0	0,0
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			1	0,0	1	0,0
15: Behndl. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Behndl. vorgesehen			0	0,0	0	0,0
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			1	0,0	0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BpflV u. des KHEntgG			6	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			1	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			6 / 14	42,9	3 / 5	60,0
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			2 / 14	14,3	1 / 5	20,0

Verteilung der Entlassungsgründe



Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 54
Datensatzversion: 17/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2503
2004 - D3247-L19480-P13617

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme			0,8%	-		P1.1
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme			1,3%	-		P1.1
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme			11,1%	-		P1.4

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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

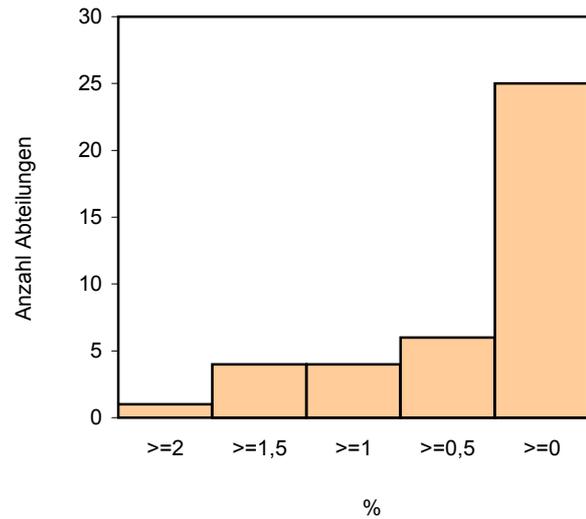
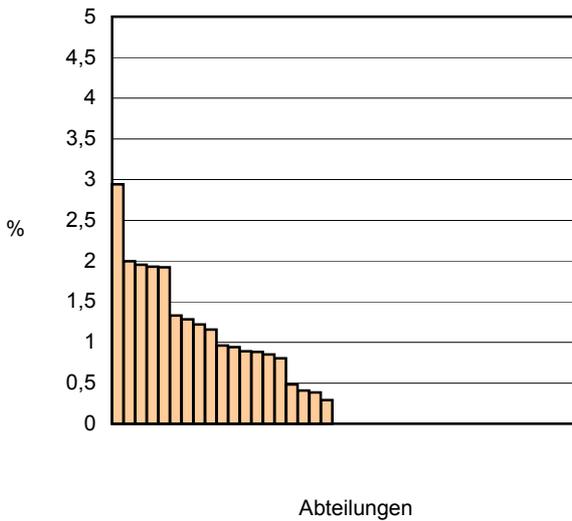
- Qualitätsziel:** Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme
- Referenzbereich:**
 a) Für Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung:
 Ein Referenzbereich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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			65 / 8.279	0,8%
Vertrauensbereich				0,61% - 1,00%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			108 / 8.279	1,3%
Vertrauensbereich				1,07% - 1,57%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			43 / 108	39,8%
Grad 2			61 / 108	56,5%
Grad 3			4 / 108	3,7%
Grad 4			0 / 108	0,0%
keine Gradangabe			0 / 108	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			8.171 / 8.279	98,7%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			13 / 1.375	0,9%
Vertrauensbereich				0,50% - 1,62%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			20 / 1.375	1,5%
Vertrauensbereich				0,89% - 2,24%

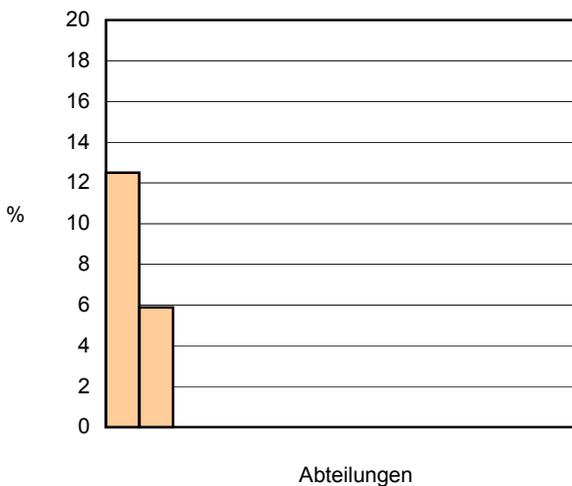
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1a]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,9%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



40 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%



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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1b]:

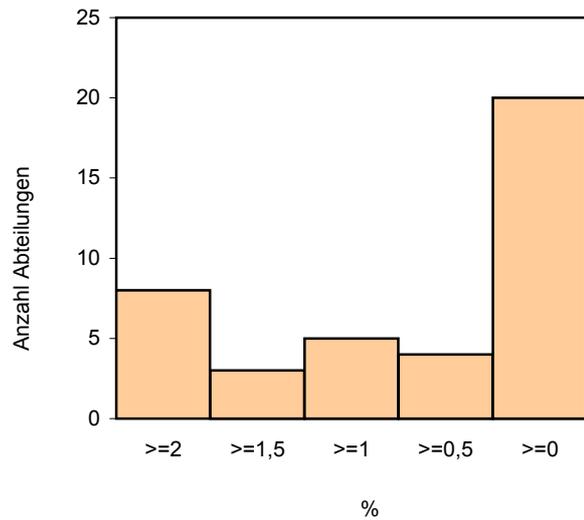
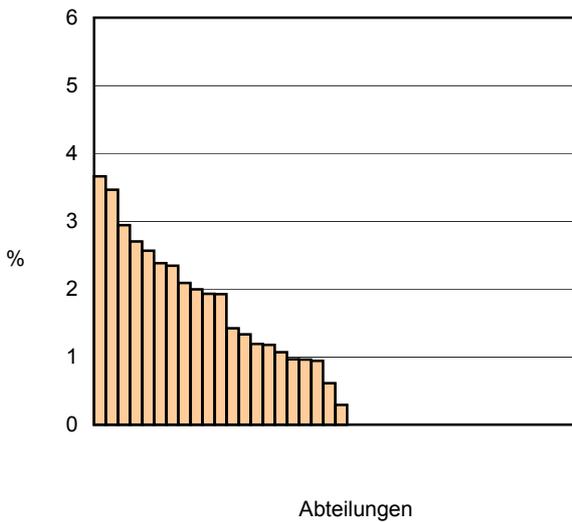
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,7%

Median der Abteilungswerte: 0,5%



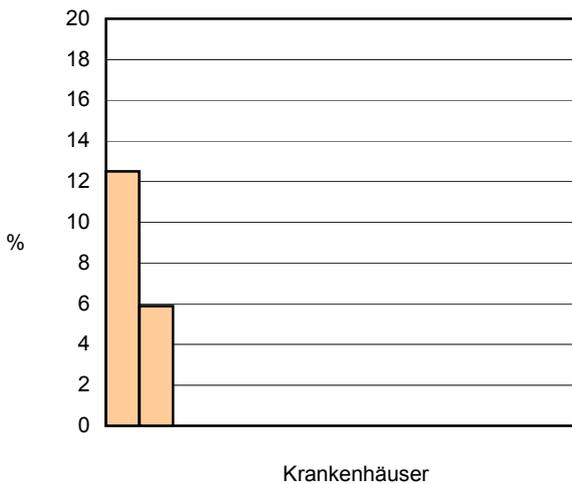
40 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			2 / 18	11,1%
Vertrauensbereich				1,30% - 34,80%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			1 / 2	50,0%
Grad 2			1 / 2	50,0%
Grad 3			0 / 2	0,0%
Grad 4			0 / 2	0,0%
keine Gradangabe			0 / 2	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			16 / 18	88,9%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			213 / 218	97,7%
Vertrauensbereich				94,69% - 99,27%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

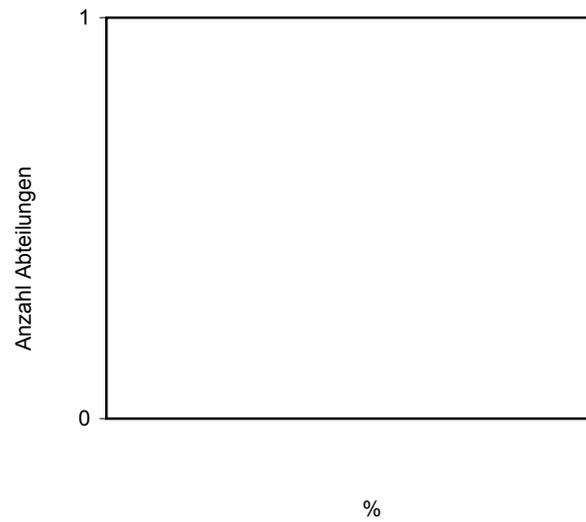
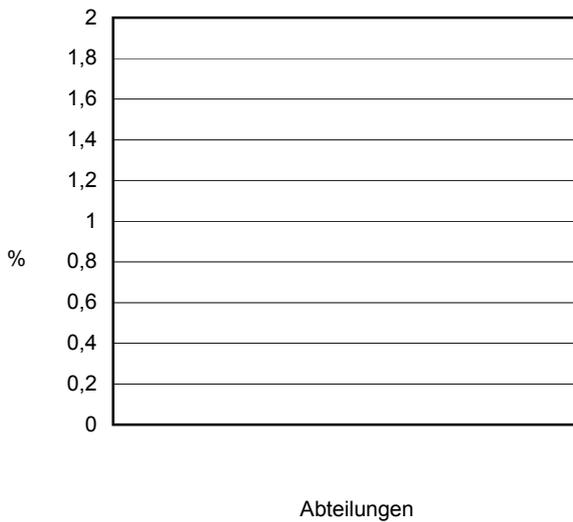
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

42 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:

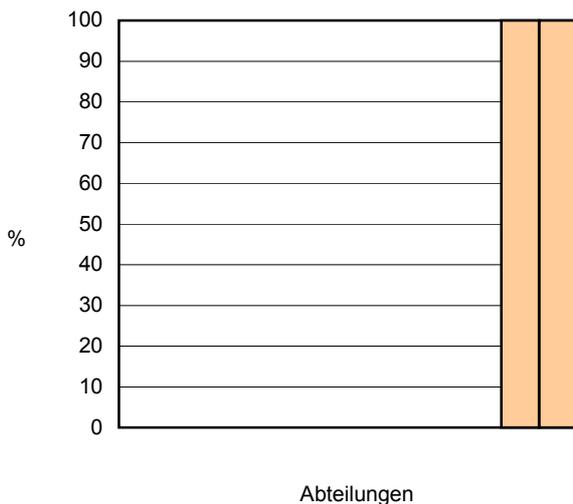


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

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.

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 54
Datensatzversion: 17/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2503
2004 - D3247-L19480-P13617

Basisdaten

	Abteilung 2004	Gesamt 2004	Gesamt 2003
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		8.297	6.028

Patienten

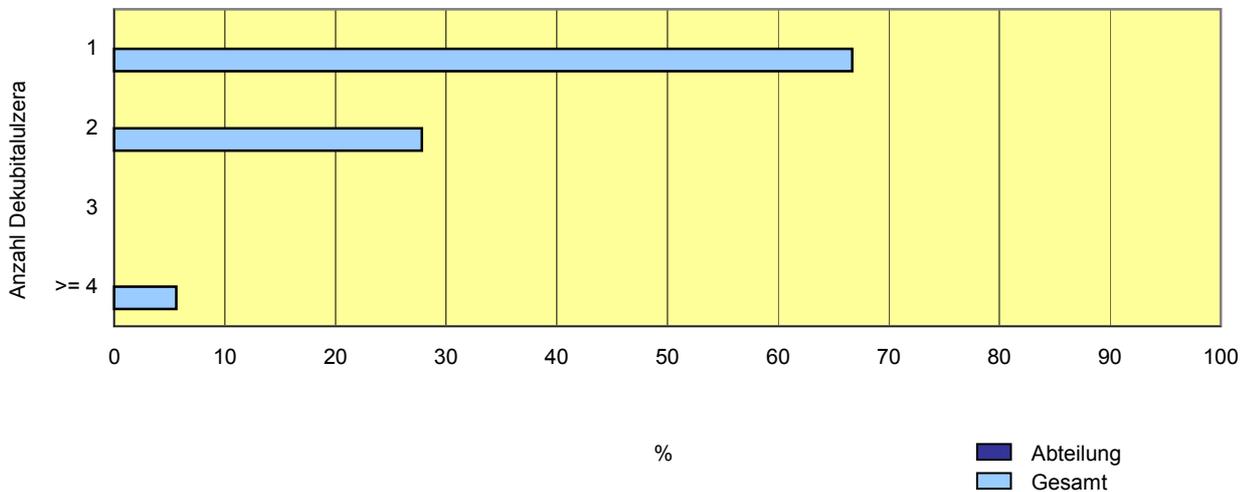
	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
gültige Altersangabe			8.293	100,0	6.026	100,0
< 20			2	0,0	2	0,0
20 - 39			106	1,3	92	1,5
40 - 59			1.470	17,7	1.173	19,5
60 - 69			2.828	34,1	2.088	34,6
70 - 79			3.018	36,4	2.103	34,9
80 - 89			832	10,0	550	9,1
>= 90			37	0,4	18	0,3
Alter (Jahre)						
Median			8.293	69,0	6.026	68,0
Mittelwert				67,5		66,8
Geschlecht						
männlich			3.156	38,0	2.343	38,9
weiblich			5.141	62,0	3.685	61,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			804	9,7	672	11,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.948	59,6	3.714	61,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.451	29,5	1.613	26,8
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			94	1,1	29	0,5
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Aufnahme

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja			18	0,2	218	3,6
nein			8.279	99,8	1.375	22,8
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme* (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			26 / 18	1,44		
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			5	27,8	2	0,9
Grad 2:			10	55,6	4	1,8
Grad 3:			3	16,7	0	0,0
Grad 4:			0	0,0	1	0,5

* Hier werden keine Vorjahresergebnisse angegeben, da die Information über die Anzahl im Datensatz 6.0 fehlt.

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

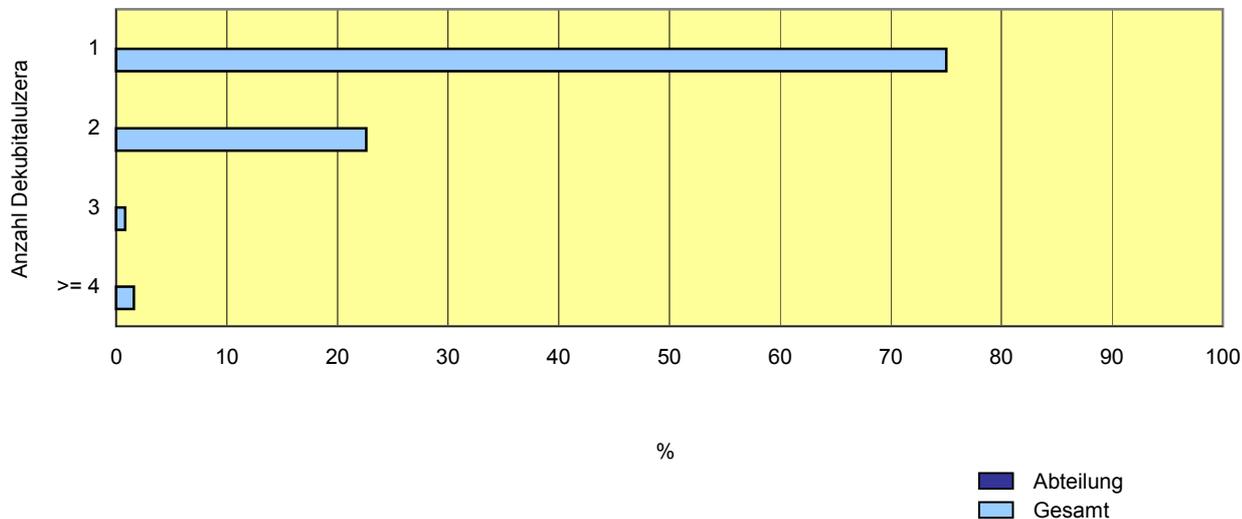


Entlassung

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja			124	1,5	25	0,4
nein			8.173	98,5	1.568	26,0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung* (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			162 / 124	1,31		
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			45	36,3	8	32,0
Grad 2:			72	58,1	10	40,0
Grad 3:			7	5,6	2	8,0
Grad 4:			0	0,0	4	16,0

* Hier werden keine Vorjahresergebnisse angegeben, da die Information über die Anzahl im Datensatz 6.0 fehlt.

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			18	0,2		
davon: Patienten mit						
höherer Anzahl			2 / 18	11,1		
unveränderter Anzahl			12 / 18	66,7		
reduzierter Anzahl			4 / 18	22,2		
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)			-1 / 26	-0,04		

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			18	0,2		
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			137 / 8.279	16,55		
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			8.171 / 8.279	98,7		
1			82 / 8.279	1,0		
2			24 / 8.279	0,3		
3			1 / 8.279	0,0		
4 oder mehr			1 / 8.279	0,0		
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus			108 / 8.279	1,3		
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient			137 / 108	1,27		

* Hier werden keine Vorjahresergebnisse angegeben, da die Information über die Anzahl im Datensatz 6.0 fehlt.