

Jahresauswertung 2003
Modul 17/3: Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 41
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2035
2003 - L10392-P11344

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation (1) Patienten mit klinischer Symptomatik			100,00%	Nicht definiert		1.1
Indikation (2) Patienten mit röntgenologischen Kriterien oder Entzündungszeichen			94,50%	Nicht definiert		1.3
Indikation (3) Patienten ohne klinische Symptomatik, ohne röntgenologische Kriterien und ohne Entzündungszeichen			0,61%	Sentinel event		1.5
Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht Patienten mit Gelenkpunktion bei Entzündungszeichen			52,00%	>= x% (kann nicht bestimmt werden)		1.7
Perioperative Antibiotikaphylaxe Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe			99,59%	>= 95%	4,6%	1.9
Postoperative Röntgenbilder Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			42,77%	= 100%	-57,2%	1.11
Gefähigkeit bei Entlassung Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist			96,41%	Nicht definiert		1.13
Selbstständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständige Versorgung in der Hygiene möglich ist			97,04%	Nicht definiert		1.16
Gefäßläsion Patienten mit Gefäßläsion			0,20%	Nicht definiert		1.18
Nervenschaden Patienten mit Nervenschaden			1,02%	Nicht definiert		1.20

*Abweichung vom Referenzbereich

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch						
Patienten mit mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch			0,81%	Nicht definiert		1.22
Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation						
Patienten mit Fraktur			2,65%	<= 10,2%	7,6%	1.24
Endoprothesenluxation						
Patienten mit Endoprothesenluxation			2,65%	<= 12,2%	9,6%	1.26
Postoperative Wundinfektion						
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3,87%	Nicht definiert		1.28
Pat. mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0			1,73%	<= 4,2%	2,4%	1.31
Wundhämatome / Nachblutungen						
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			8,15%	<= 51,7%	43,6%	1.34
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Patienten mit mindestens einer postop. Komplikation			12,22%	<= 20,7%	8,5%	1.37
Reinterventionen wegen Komplikation						
Pat. mit Reintervention wegen Komplikationen			5,09%	<= 10,2%	5,1%	1.39
Letalität						
Verstorbene Patienten			0,81%	Sentinel event		1.41

*Abweichung vom Referenzbereich

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Grafische Darstellung der 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. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

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

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

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

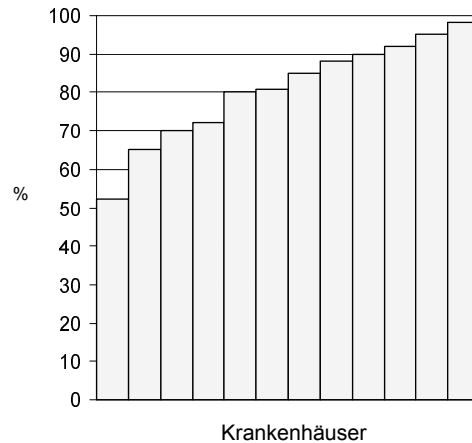
2.3.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:
Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



2.3.2 Histogramm

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

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

Beispiel:

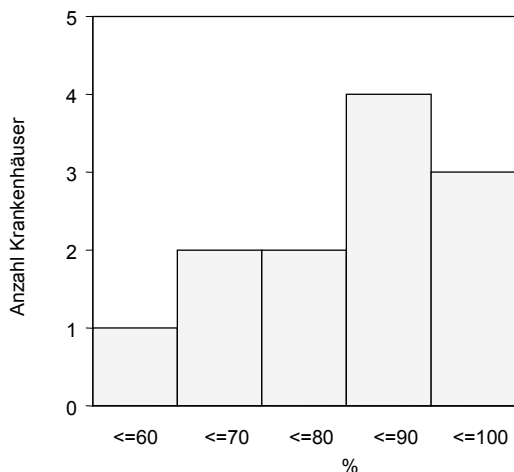
Qualitätsindikator:
Kennzahl zum Qualitätsindikator:
Mögliche Klasseneinteilung:

Postoperative Komplikationen
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

Qualitätsindikator: Indikation (1)

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Es ist derzeit kein Referenzbereich definiert.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Belastungsschmerz			474 / 491	96,54%
Patienten mit Schmerzen beim Treppensteigen			465 / 491	94,70%
Patienten mit Stauchungsschmerz			405 / 491	82,48%
Patienten mit Drehschmerz (Oberschenkel)			413 / 491	84,11%
Bewegungseinschränkung*				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			246 / 383	64,23%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			198 / 386	51,30%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang			284 / 369	76,97%
Patienten mit mindestens einem der o.g. Kriterien			365 / 365	100,00%
Vertrauensbereich				98,99% - 100,00%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

*Angaben eingeschränkt auf plausible Werte

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

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

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:

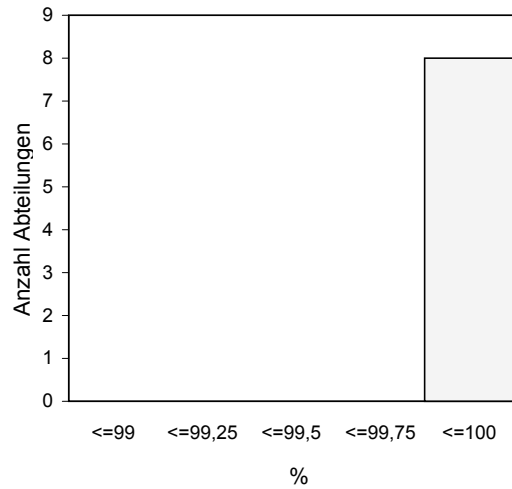
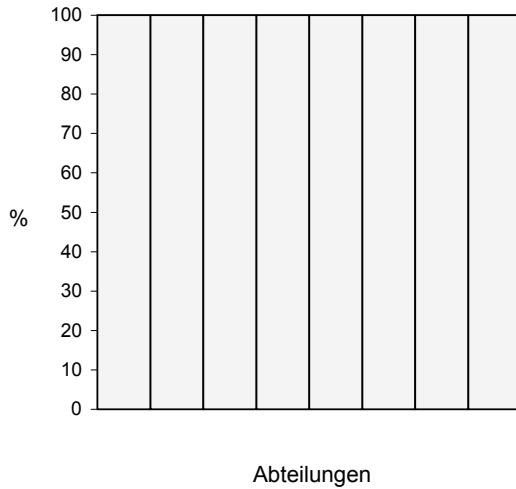
Anteil von Patienten mit mindestens einem der o.g. Kriterien an allen Patienten

11 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



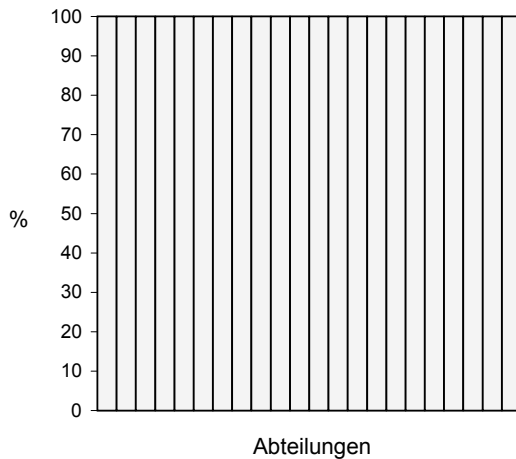
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



22 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 röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Es ist derzeit kein Referenzbereich definiert.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Zunahme der Lockerungszeichen			358 / 491	72,91%
Patienten mit Implantatwanderung			246 / 491	50,10%
Patienten mit Lockerung der Pfanne			341 / 491	69,45%
Patienten mit Lockerung des Schaftes			306 / 491	62,32%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			233 / 491	47,45%
Patienten mit Substanzverlust Femur			163 / 491	33,20%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			100 / 491	20,37%
Patienten mit Erregernachweis			30 / 491	6,11%
Patienten mit mindestens einem der o.g. Kriterien			464 / 491	94,50%
Vertrauensbereich				92,09% - 96,35%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Qualitätsindikator: Indikation (3)

Qualitätsziel: Selten Patienten ohne klinische Symptomatik, ohne röntgenologische Kriterien und ohne Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel event

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne klinische Symptomatik, ohne röntgenologische Kriterien und ohne Entzündungszeichen			3 / 491	0,61%
Vertrauensbereich				0,12% - 1,80%
Referenzbereich		Sentinel event		Sentinel event

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:

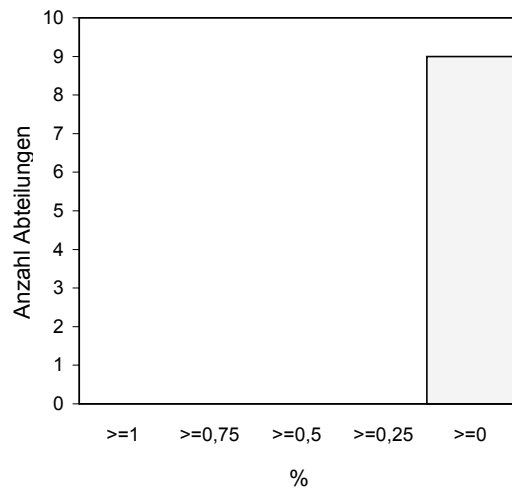
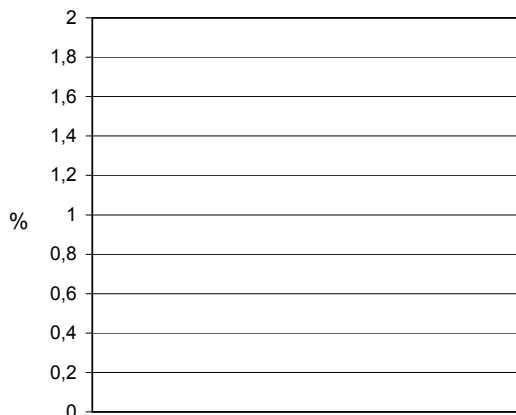
Anteil von Patienten ohne klinische Symptomatik, ohne röntgenologische Kriterien und ohne Entzündungszeichen an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



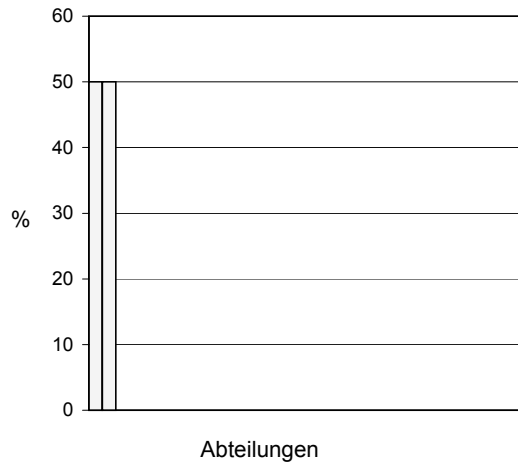
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

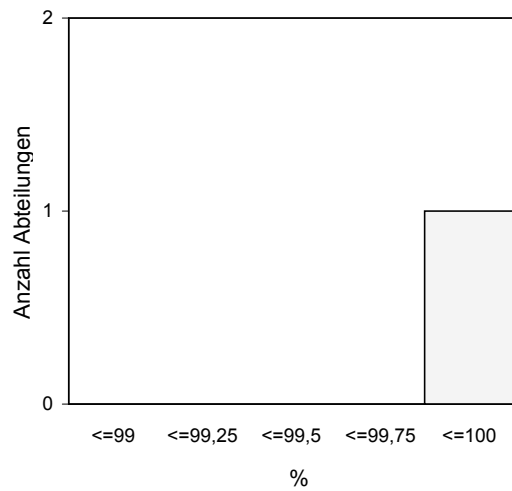
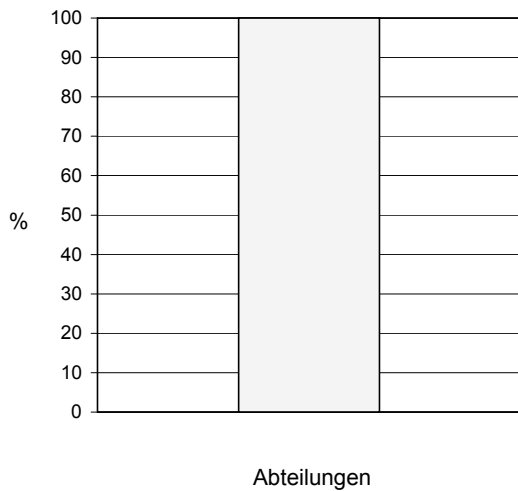
Qualitätsindikator: Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht

Qualitätsziel: Möglichst oft Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)
Referenzbereich: >= 100,0% (5%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gelenkpunktion			52 / 100	52,00%
Vertrauensbereich			41,76% - 62,12%	
Referenzbereich		>= 100,0%	>= 100,0%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:
Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion an allen Patienten mit Entzündungszeichen
 22 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

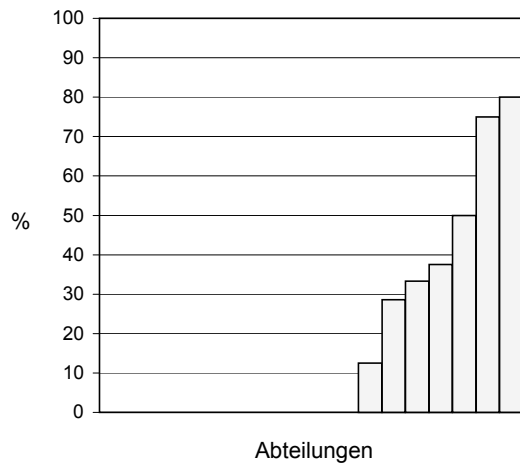


1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



18 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

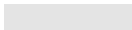
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

Referenzbereich: >= 95%

Abteilung 2003	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <=120 min	Gruppe 3 OP-Dauer >120 min
Patienten mit Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			
Gesamt 2003			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <=120 min	Gruppe 3 OP-Dauer >120 min
Patienten mit Antibiotikaprophylaxe	489 / 491 99,59%	218 / 220 99,09%	271 / 271 100,00%
Vertrauensbereich	98,5% - 100,0%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	269 / 489 55,01%	149 / 218 68,35%	120 / 271 44,28%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	220 / 489 44,99%	69 / 218 31,65%	151 / 271 55,72%

*Beschränkt auf gültige OP-Dauer

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 5]:

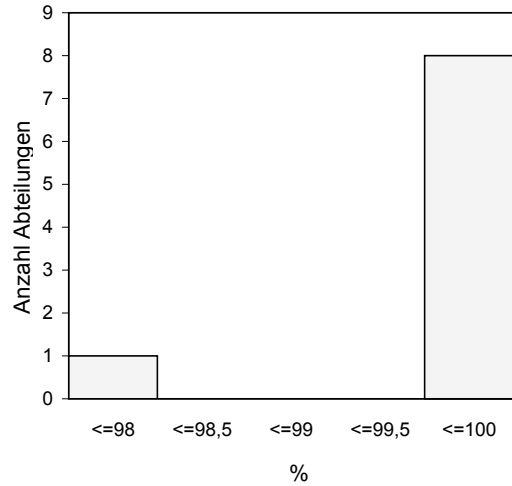
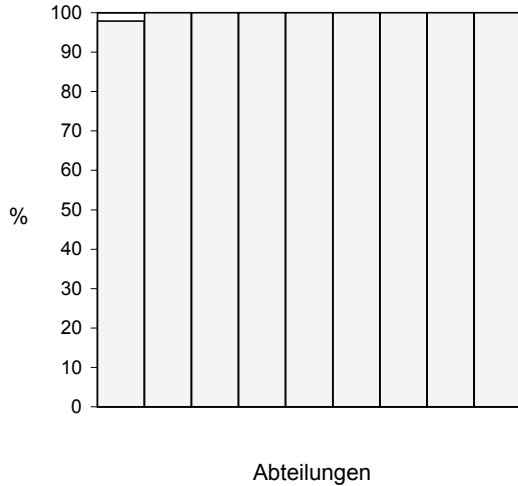
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 97,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



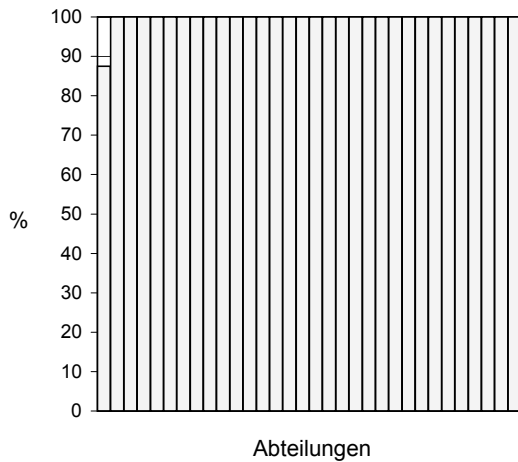
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 87,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

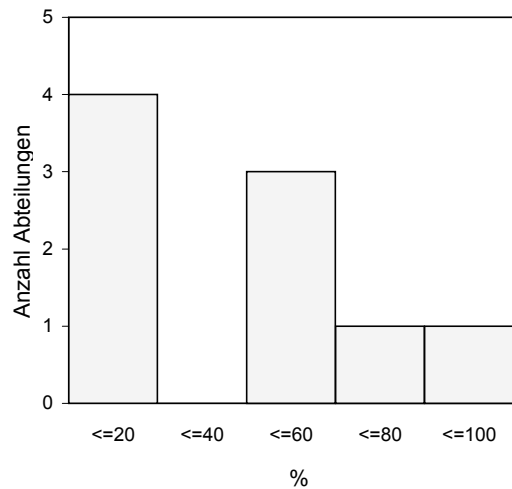
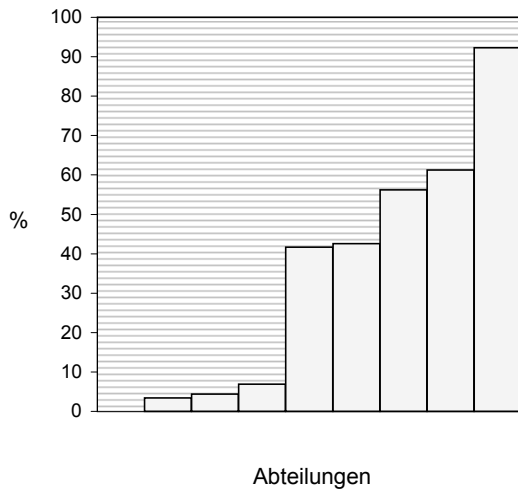
Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder

Qualitätsziel: Immer postoperatives Röntgen in 2 Ebenen
Grundgesamtheit: Alle Patienten (unter Ausschluß der Todesfälle)
Referenzbereich: = 100%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p			489 / 491	99,59%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild axial			211 / 491	42,97%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			210 / 491	42,77%
Vertrauensbereich				38,35% - 47,28%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial an allen Patienten unter Ausschluss der Todesfälle
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 92,3%
 Median der Abteilungswerte: 41,7%

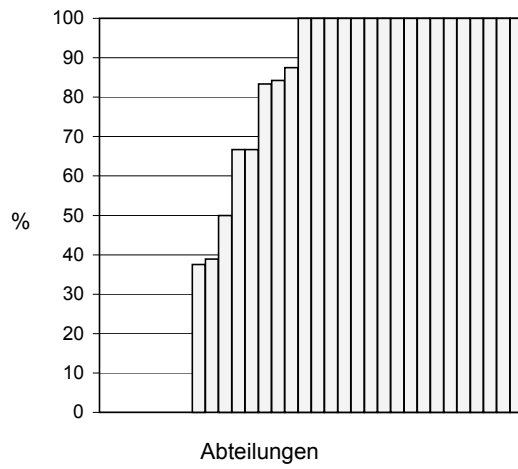


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit selbstständigem 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: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

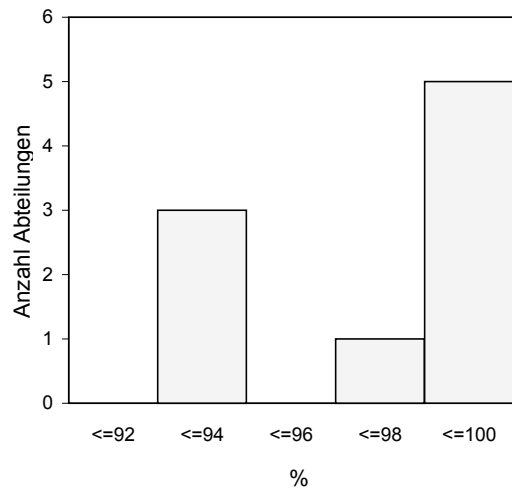
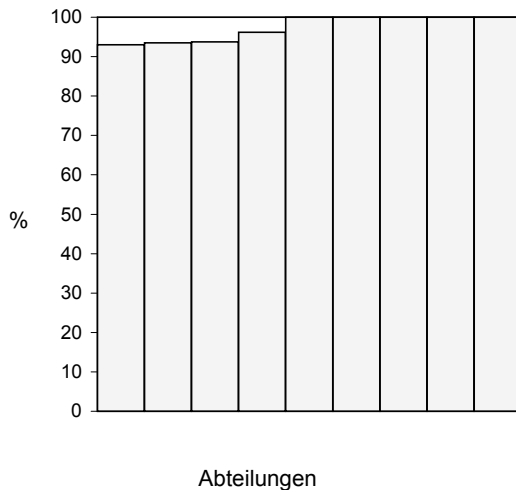
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			456 / 473	96,41%
Vertrauensbereich			94,30% - 97,90%	
Referenzbereich		>= x%		>= x%
nicht selbstständig gehfähige Patienten davon				
operationsbedingt			1 / 17	5,88%
nicht operationsbedingt			16 / 17	94,12%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7]:

Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

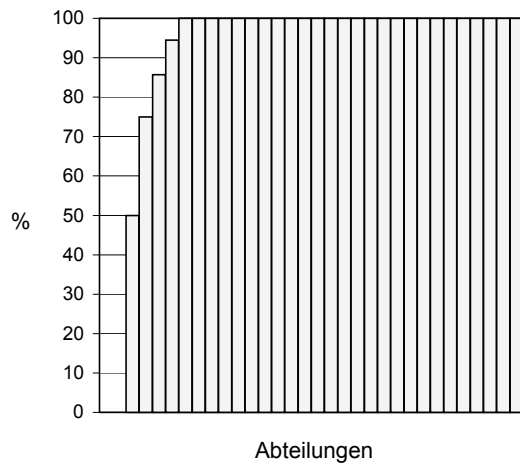


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Gruppe 1: Pat. mit Verweildauer <= 15 Tage

Gruppe 2: Pat. mit Verweildauer von 16 bis 20 Tagen

Gruppe 3: Pat. mit Verweildauer von 21 bis 25 Tagen

Gruppe 4: Pat. mit Verweildauer > 25 Tage

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

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1 VWD <=15 Tage	Gruppe 2 VWD 16-20 Tage	Gruppe 3 VWD 21-25 Tage	Gruppe 4 VWD >25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	121 / 123 98,37%	104 / 106 98,11%	114 / 117 97,44%	117 / 127 92,13%
nicht selbstständig gehfähige Patienten davon				
operationsbedingt	0 / 2 0,00%	0 / 2 0,00%	1 / 3 33,33%	0 / 10 0,00%
nicht operationsbedingt	2 / 2 100,00%	2 / 2 100,00%	2 / 3 66,67%	10 / 10 100,00%

Qualitätsindikator: selbstständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung

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

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

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

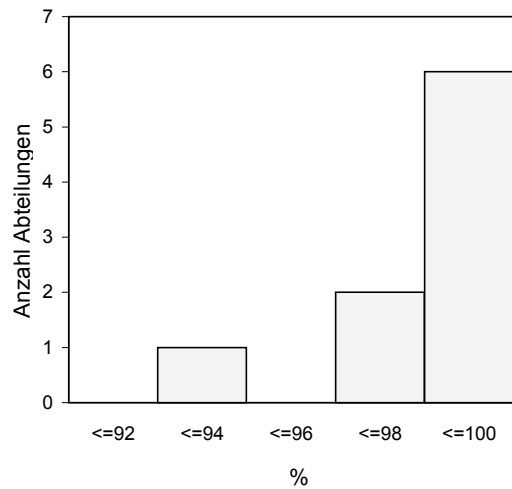
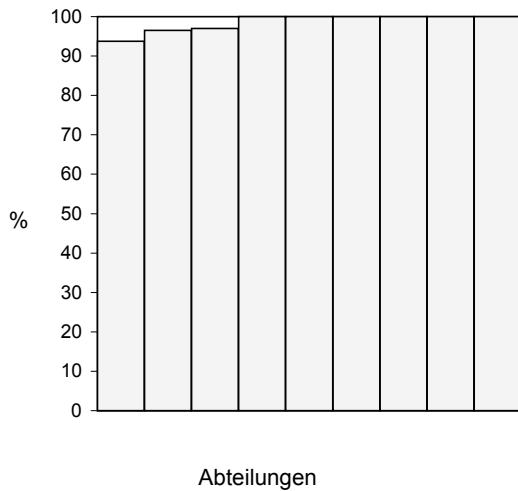
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbstständige Versorgung möglich ist			459 / 473	97,04%
Vertrauensbereich			95,07% - 98,38%	
Referenzbereich		>= x%	>= x%	

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:

Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbstständige Versorgung in der Hygiene möglich ist
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 93,8% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%

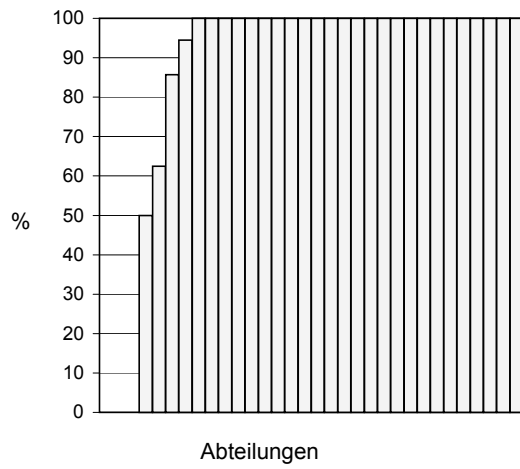


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



32 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 intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 491	0,20%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,16%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:

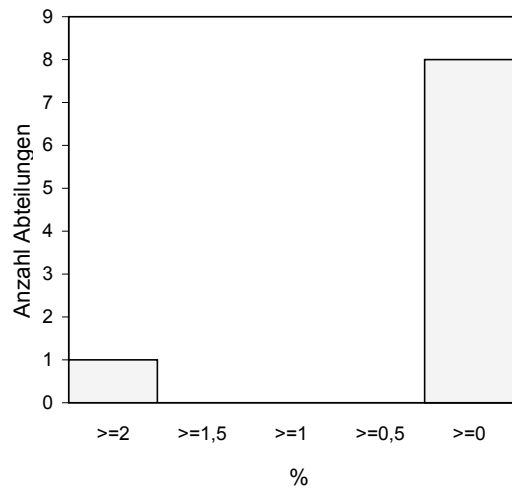
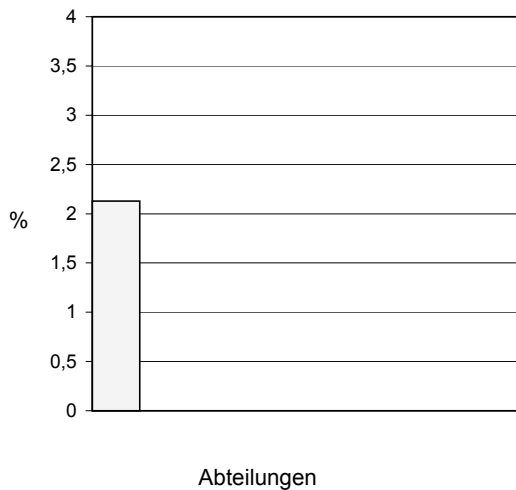
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



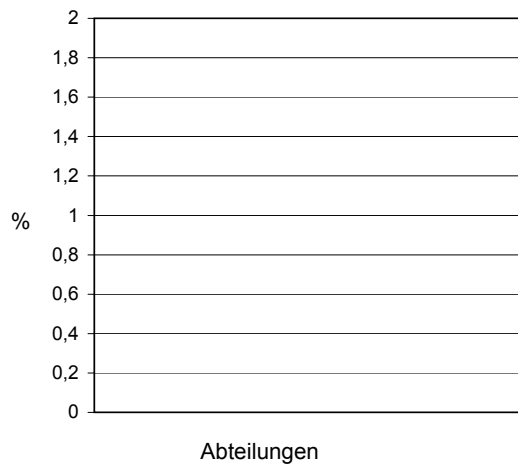
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 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 intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			5 / 491	1,02%
Vertrauensbereich				0,32% - 2,38%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:

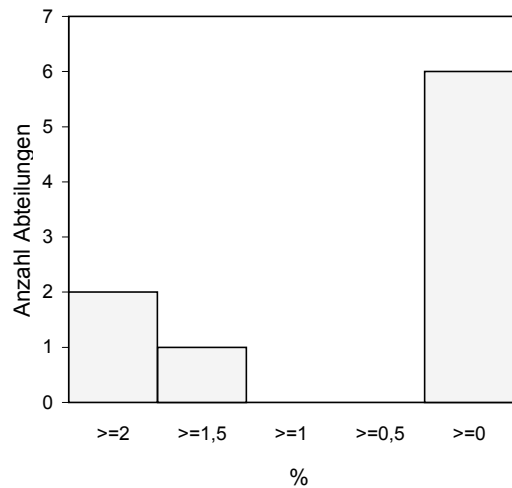
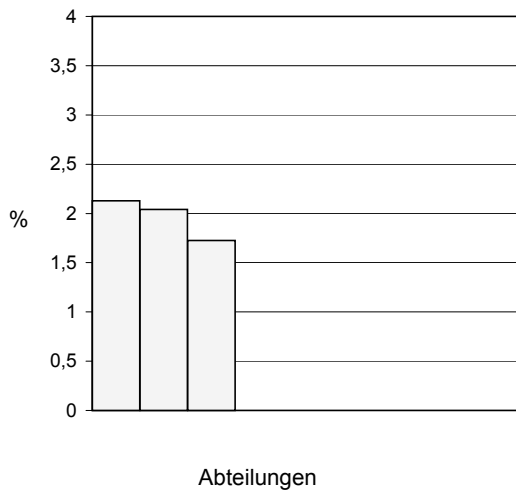
Anteil von Patienten mit Nervenschaden als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



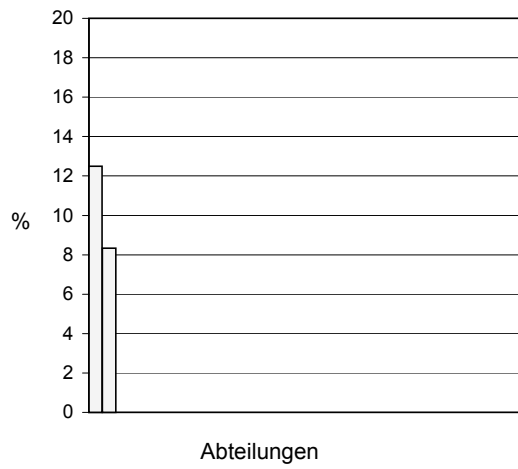
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 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: Alle Patienten
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Implantatfehlage			1 / 491	0,20%
Pat. mit Implantatdislokation			3 / 491	0,61%
Pat. mit Implantatbruch			0 / 491	0,00%
Patienten mit einer der o.g. Komplikationen			4 / 491	0,81%
Vertrauensbereich				0,21% - 2,09%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

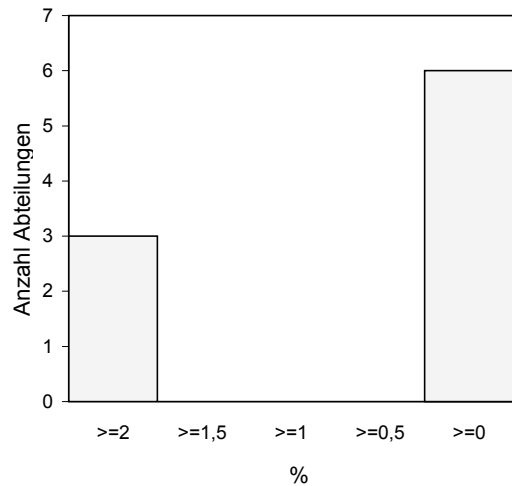
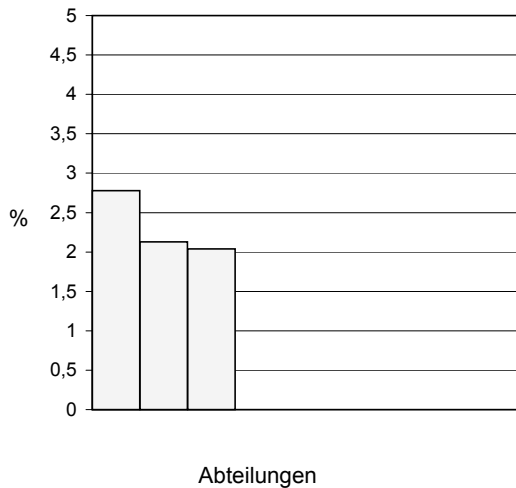
**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 11]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%

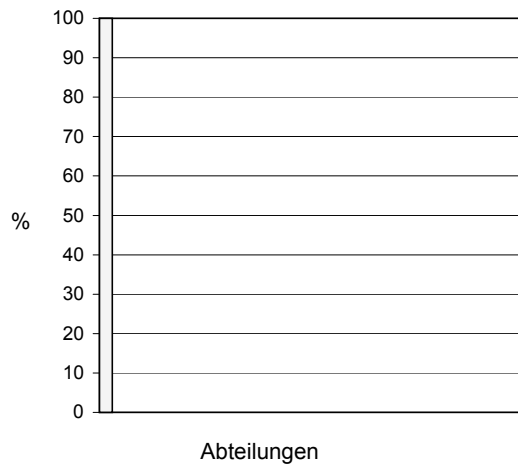


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation

Qualitätsziel: Selten Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 10,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			13 / 491	2,65%
Vertrauensbereich				1,41% - 4,50%
Referenzbereich		<= 10,2%		<= 10,2%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 12]:

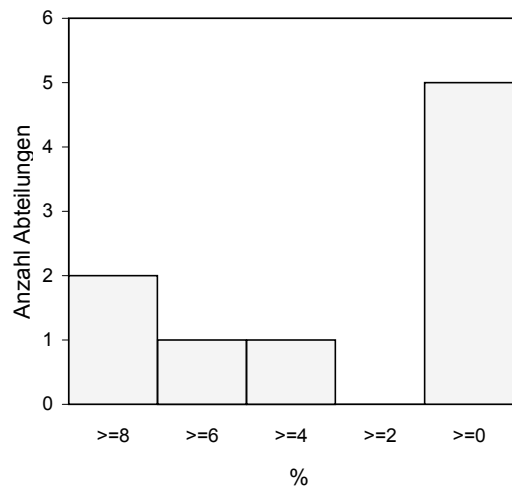
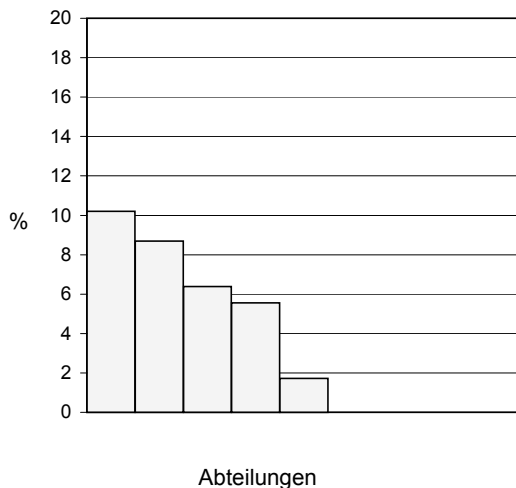
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,2%

Median der Abteilungswerte: 1,7%



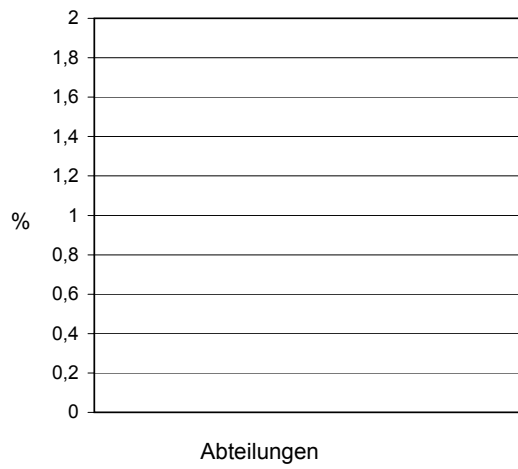
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 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: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 12,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			13 / 491	2,65%
Vertrauensbereich				1,41% - 4,50%
Referenzbereich		<= 12,2%		<= 12,2%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 13]:

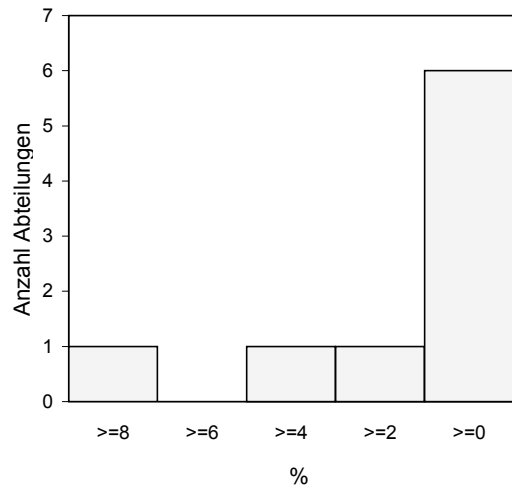
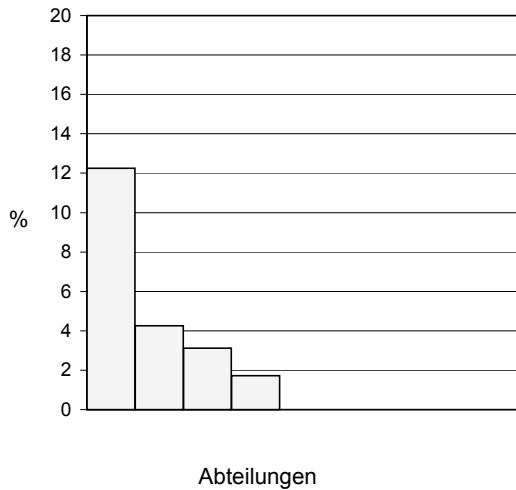
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,2%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



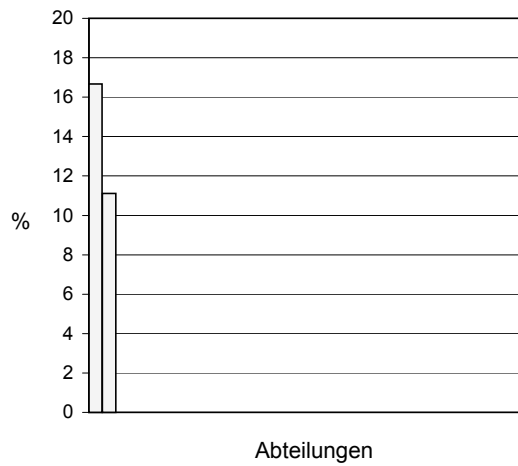
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit post-operativer Wundinfektion			19 / 491	3,87%
Vertrauensbereich				2,34% - 5,99%
Referenzbereich		<= x%		<= x%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			12 / 491	2,44%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)			7 / 491	1,43%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 14]:

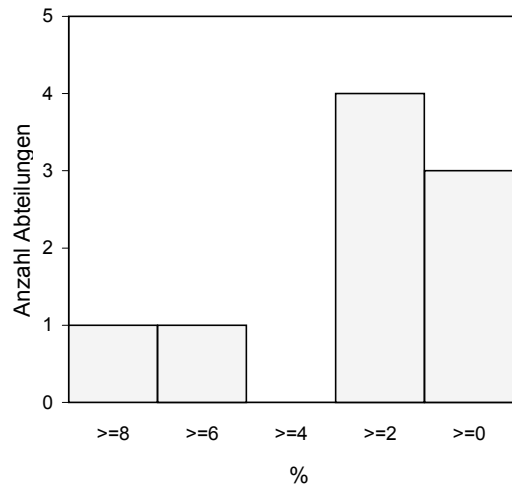
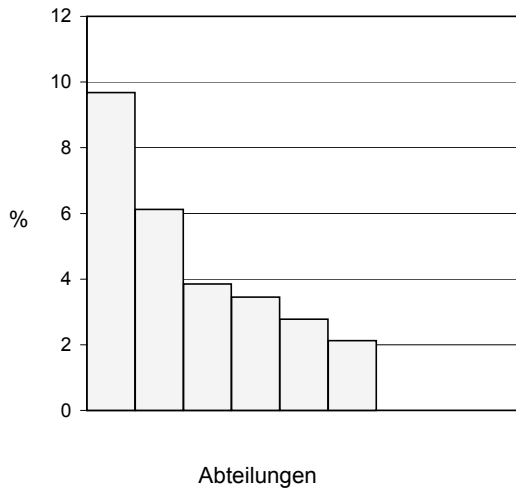
Anteil von Patienten mit Wundinfektion an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,7%

Median der Abteilungswerte: 2,8%



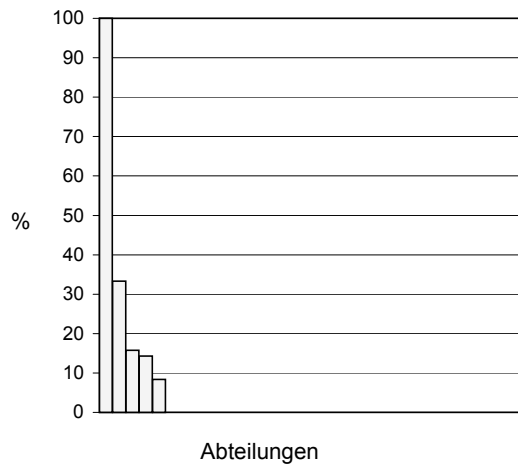
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Risikoklassen gemäß NNIS*

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
Op- Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit	1
Präoperative Wundkontaminationsklassifikation	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Risikoklassen	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			231 / 491	47,05%
Risikoklasse 1			196 / 491	39,92%
Risikoklasse 2			60 / 491	12,22%
Risikoklasse 3			4 / 491	0,81%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0

Referenzbereich: <= 4,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			4 / 231	1,73%
Vertrauensbereich				0,45% - 4,42%
Referenzbereich		<= 4,2%		<= 4,2%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 231	1,30%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)			1 / 231	0,43%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 15]:

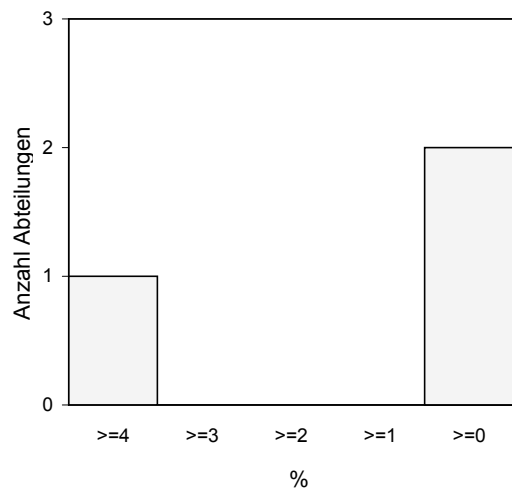
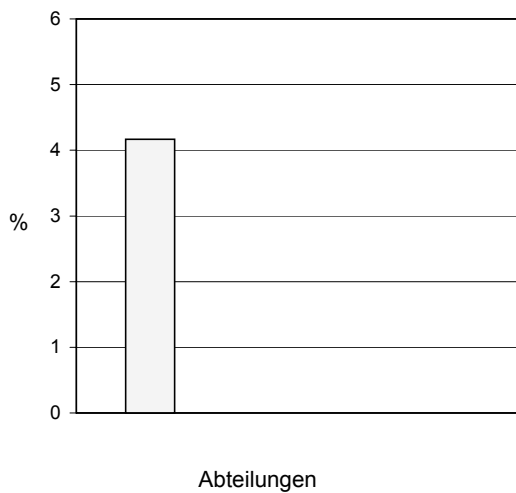
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



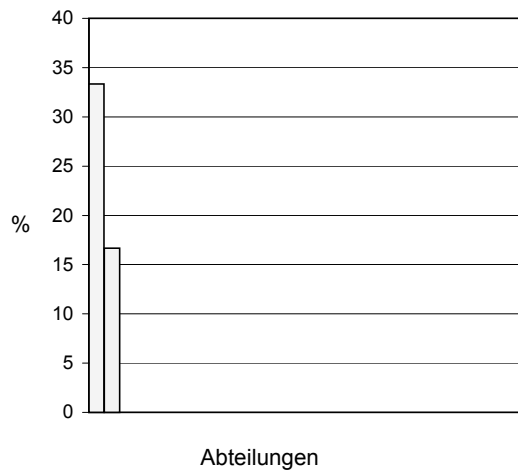
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



28 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 1

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			11 / 196	5,61%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			6 / 196	3,06%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)			5 / 196	2,55%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 2

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 60	5,00%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 60	3,33%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)			1 / 60	1,67%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 3

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 4	25,00%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 4	25,00%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)			0 / 4	0,00%

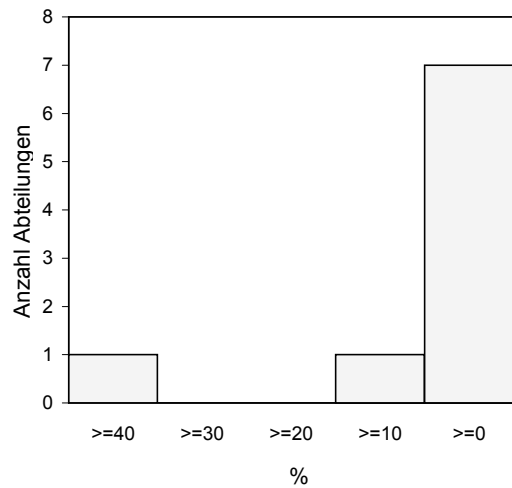
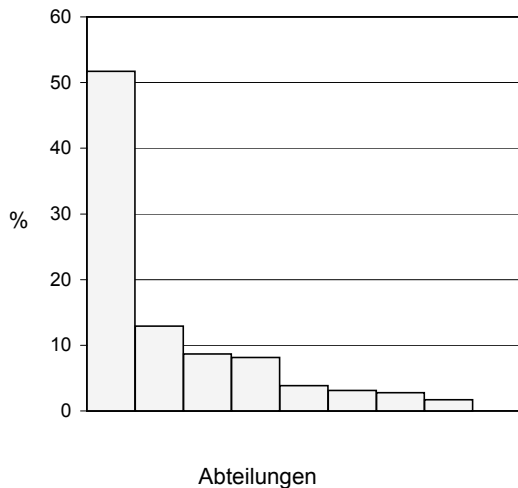
Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutung
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Referenzbereich: <= 51,7% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			40 / 491	8,15%
Vertrauensbereich				5,88% - 10,94%
Referenzbereich		<= 51,7%		<= 51,7%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 16]:
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% - 51,7%
 Median der Abteilungswerte: 3,8%

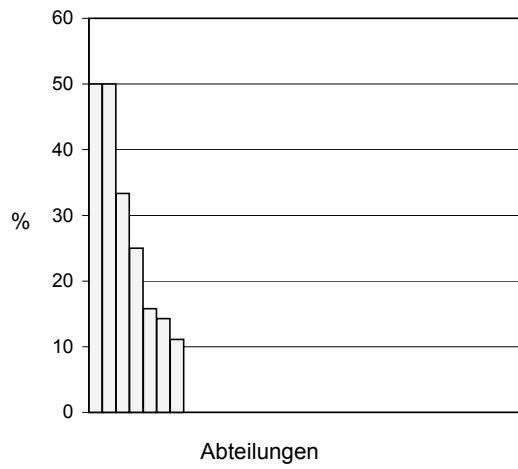


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



32 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 1-120 min
 - Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121-180 min
 - Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181-240 min
 - Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer >240 min

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1-120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121-180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181-240 min	Gruppe 4 OP-Dauer >240 min
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung				
	Gesamt 2003			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1-120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121-180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181-240 min	Gruppe 4 OP-Dauer >240 min
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung	19 / 220 8,64%	14 / 162 8,64%	2 / 80 2,50%	5 / 29 17,24%

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: <= 20,7% (95%-Perzentile)

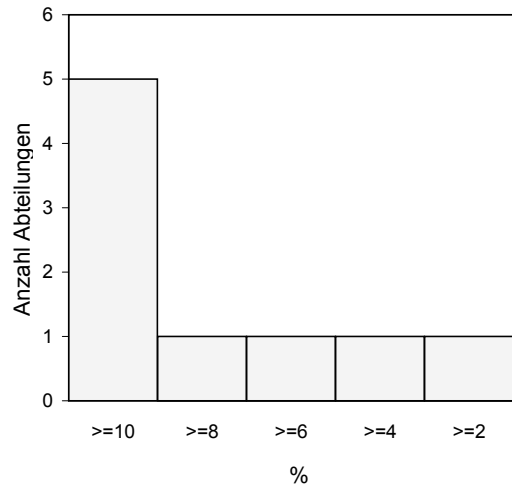
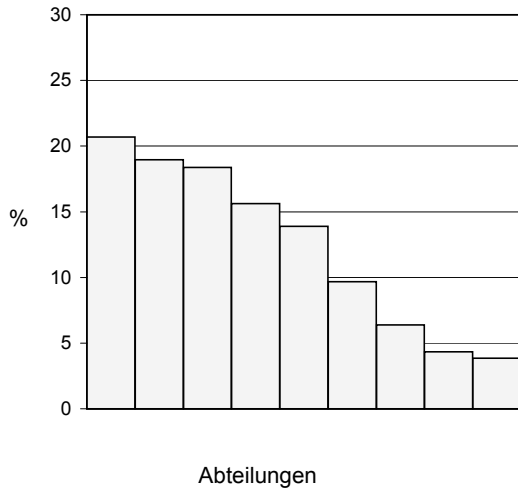
	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3-4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3-4
Pat. mit Pneumonie				6 / 491 1,22%	3 / 288 1,04%	3 / 203 1,48%
Pat. mit kardiovaskulären Komplikationen				11 / 491 2,24%	3 / 288 1,04%	8 / 203 3,94%
Pat. mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose				2 / 491 0,41%	0 / 288 0,00%	2 / 203 0,98%
Patienten mit Lungenembolie				3 / 491 0,61%	1 / 288 0,35%	2 / 203 0,98%
Patienten mit sonstiger Komplikation				39 / 491 7,94%	17 / 288 5,90%	22 / 203 10,84%
Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen				60 / 491 12,22%	23 / 288 7,99%	37 / 203 18,23%
Vertrauensbereich				9,45% - 15,45%		
Referenzbereich				<= 20,7%		

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 17]:

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:

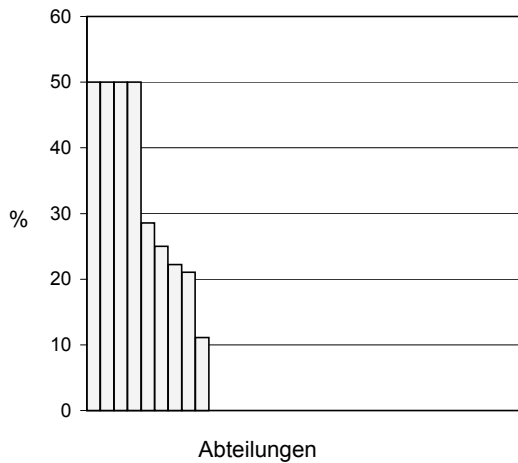
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 3,8% - 20,7%
 Median der Abteilungswerte: 13,9%



9 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%



32 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: <= 10,2% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			25 / 491	5,09%
Vertrauensbereich				3,32% - 7,43%
Referenzbereich		<= 10,2%		<= 10,2%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 18]:

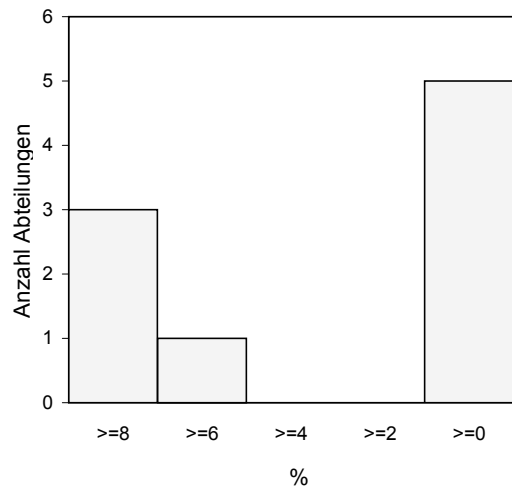
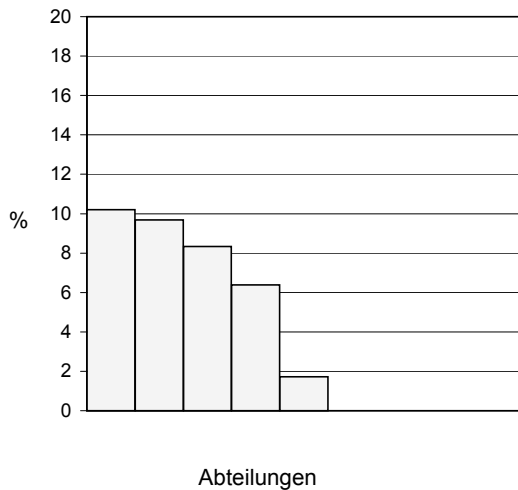
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,2%

Median der Abteilungswerte: 1,7%



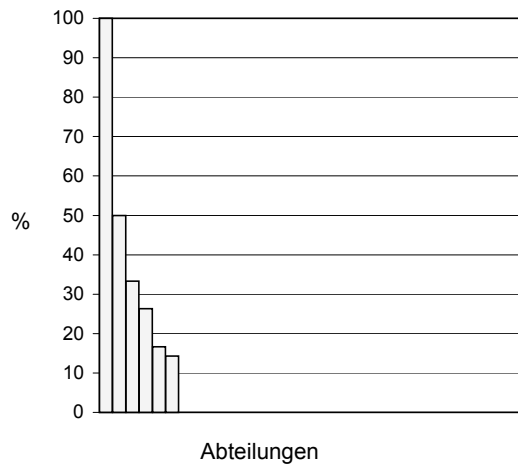
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel event

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			4 / 491	0,81%
Vertrauensbereich				0,21% - 2,09%
Referenzbereich		Sentinel event		Sentinel event

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 19]:

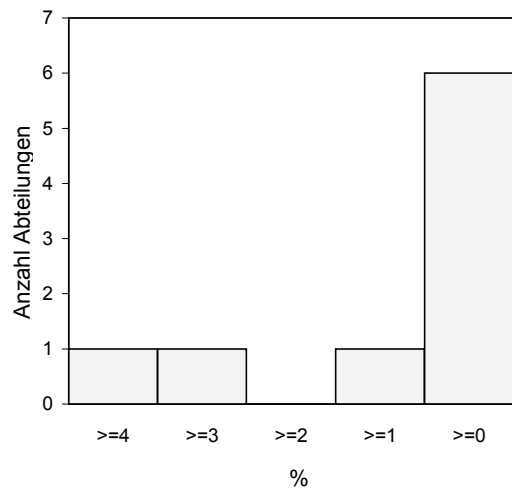
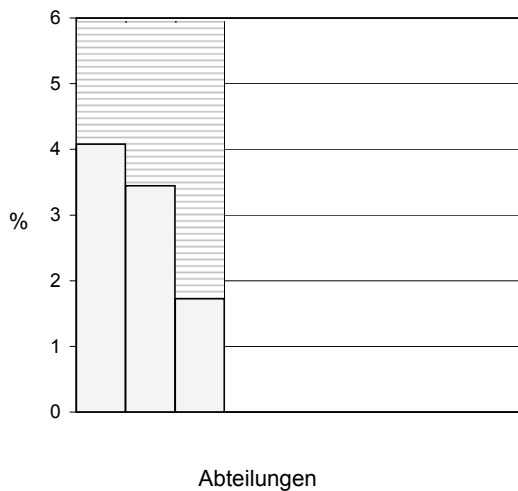
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



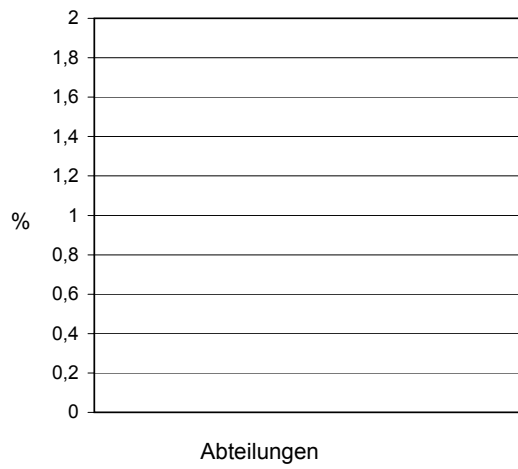
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



32 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten				

	Gesamt 2003			
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1-2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 288 0,69%	2 / 193 1,04%	0 / 10 0,00%	0 / 0

Jahresauswertung 2003
Modul 17/3: Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 41
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 19. Juli 2004
Nr. Gesamt-2035
2003 - L10392-P11344

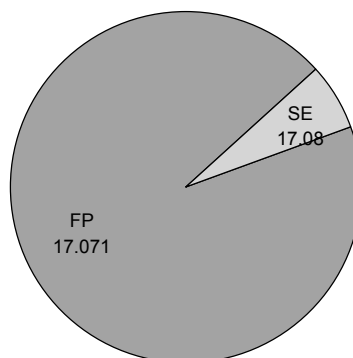
Basisdaten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze				
1. Quartal			64	13,03
2. Quartal			110	22,40
3. Quartal			153	31,16
4. Quartal			164	33,40
Gesamt			491	100,00

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Fallpauschalen-Nummer FP 17.071 Lockerung der Hüftgelenks- endoprothese: Ersatz einer Endopro- these durch eine Hüftgelenks-Totalendo- prothese, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mind. jedoch bis Abschluss der Behandlung indikations- spezifischer Komplikationen			471	95,93
Sonderentgelt-Nummer SE 17.08 Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks- Totalendoprothese			31	6,31

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

Verteilung der Fallpauschalen/Sonderentgelte
 Gesamt 2003



Behandlungszeiten

	Abteilung 2003	Gesamt 2003
	Anzahl	Anzahl
Postoperative Verweildauer (in Tagen)		
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben		491
Median		18,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen)		
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben		491
Median		21,0

Diagnosen I

Bezug: Alle Fallpauschalen -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
Entlassungsdiagnose bei Fallpauschalen-Fällen						
Liste der 8 häufigsten Diagnosen Bezug der Texte: Gesamt						
Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese				T84.0	408	86,44
Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten				Z96.6	53	11,23
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	51	10,80
Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese				T84.5	45	9,53
Akute Blutungsanämie				D62	23	4,87
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr				E66.0	13	2,75
Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet				I83.9	12	2,54
				E11.90	11	2,33

*Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Entlassungsdiagnosen

Diagnosen II

Bezug: Alle Sonderentgelt -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
Entlassungsdiagnose bei Sonderentgelt-Fällen						
Liste der 8 häufigsten Diagnosen Bezug der Texte: Gesamt						
Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese				T84.0	31	93,94
Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten				Z96.6	5	15,15
Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese				T84.5	2	6,06
Fraktur des Femurschaftes				S72.3	2	6,06
Essentielle (primäre) Hypertonie Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet				I10	2	6,06
				E11.90	2	6,06
Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat				Z48.8	1	3,03
				T84.9	1	3,03

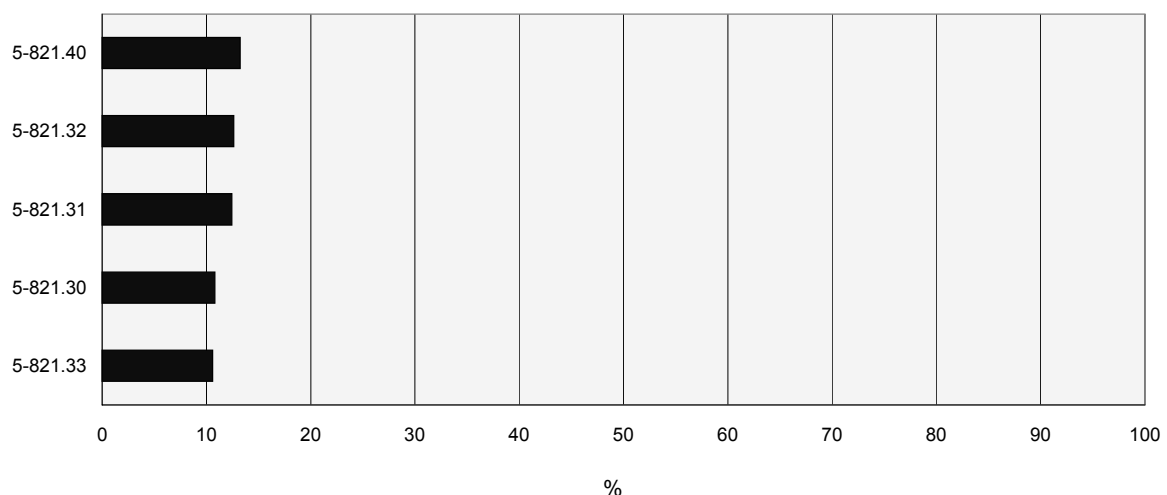
*Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Entlassungsdiagnosen

Verteilung der Operationstechniken

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
Liste der 5 häufigsten Angaben						
Bezug der Texte: Gesamt						
Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert				5-821.40	65	13,24
Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)				5-821.32	62	12,63
Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.				5-821.31	61	12,42
Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert				5-821.30	53	10,79
Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese				5-821.33	52	10,59

* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

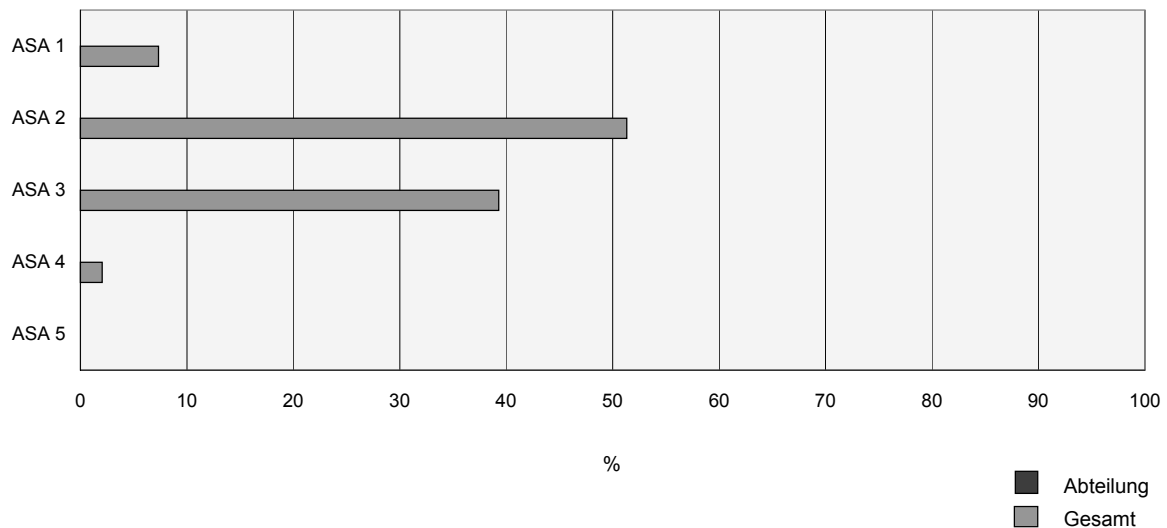
Verteilung der Operationstechniken (Gesamt)



Patienten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe				
< 40			491	
40 - 59			3 / 491	0,61
60 - 79			56 / 491	11,40
80 - 89			337 / 491	68,64
>= 90			88 / 491	17,92
			7 / 491	1,43
Alter (Jahre)				
Anzahl der Patienten				
Median			491	
			71	
Geschlecht				
männlich				
			178	36,25
weiblich				
			313	63,75
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Pat.				
			36	7,33
2: mit leichter Allgemeinerkrankung				
			252	51,32
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung				
			193	39,31
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung				
			10	2,04
5: moribunder Patient				
			0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Belastungsschmerz			474	96,54
Schmerzen beim Treppensteigen			465	94,70
Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			405	82,48
Drehschmerz (Oberschenkel)			413	84,11
Schmerz länger als 6 Monate			379	77,19

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt				
Anzahl der Patienten			387	78,8
Extension/Flexion				
Winkel Extension (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			383	
Median			0,0	
Mittelwert			0,1	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			383	
Median			0,0	
Mittelwert			2,3	
Winkel Flexion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			383	
Median			80,0	
Mittelwert			80,0	
Ab-/Adduktion				
Winkel Abduktion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			386	
Median			20,0	
Mittelwert			18,5	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			386	
Median			0,0	
Mittelwert			0,1	
Winkel Adduktion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			386	
Median			10,0	
Mittelwert			12,2	
Außen-/Innenrotation				
Winkel Außenrotation (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			369	
Median			15,0	
Mittelwert			16,7	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			369	
Median			0,0	
Mittelwert			0,9	
Winkel Innenrotation (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			369	
Median			5,0	
Mittelwert			1,0	

Labor

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			100	20,37
Gelenkpunktion			130	26,48
Erregernachweis			30	6,11

Röntgendiagnostik

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			246	50,10
Lockerung Pfannen-Komponente			341	69,45
Lockerung Schaft-Komponente			306	62,32
Substanzverluste Pfanne			233	47,45
Substanzverluste Femur			163	33,20
Zunahme der Lockerungszeichen			358	72,9

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Präoperative Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)				
aseptische Eingriffe			403	82,08
bedingt aseptische Eingriffe			67	13,65
kontaminierte Eingriffe			6	1,22
septische Eingriffe			15	3,06

Operation I

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs				
Schnitt-Nahtzeit (in Minuten)				
Anzahl der Patienten			491	
Median			130,0	
Mittelwert			142,5	
Operationsdauer-Verteilung				
(in Minuten)				
< 90			79	16,09
90 - 239			378	76,99
>= 240			34	6,92

Operation II

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantierte Pfannen-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			1	0,20
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			13	2,65
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			3	0,61
7 Biomet-Merck			0	0,00
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			16	3,26
10 Endoplus GmbH			21	4,28
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			7	1,43
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			33	6,72
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			2	0,41
17 Mathys-Synthes			3	0,61
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			1	0,20
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			12	2,44
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			5	1,02
26 Sulzer Orthopedics GmbH			23	4,68
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			0	0,00
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			0	0,00
99 Sonstige			34	6,92
Angabe einer Artikel-Nummer			9	1,83

Operation III

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantierte Inlay-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			0	0,00
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			11	2,24
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			3	0,61
7 Biomet-Merck			0	0,00
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			16	3,26
10 Endoplus GmbH			16	3,26
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			8	1,63
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			18	3,67
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			0	0,00
17 Mathys-Synthes			3	0,61
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			12	2,44
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			4	0,81
26 Sulzer Orthopedics GmbH			11	2,24
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			0	0,00
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			0	0,00
99 Sonstige			29	5,91
Angabe einer Artikel-Nummer			8	1,63

Operation IV

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantierte Schaft-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			0	0,00
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			9	1,83
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			1	0,20
7 Biomet-Merck			0	0,00
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			15	3,06
10 Endoplus GmbH			15	3,06
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			11	2,24
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			21	4,28
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			2	0,41
17 Mathys-Synthes			1	0,20
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			11	2,24
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			5	1,02
26 Sulzer Orthopedics GmbH			9	1,83
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			1	0,20
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			1	0,20
99 Sonstige			36	7,33
Angabe einer Artikel-Nummer			9	1,83

Operation V

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantierte Kopf-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			0	0,00
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			9	1,83
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			2	0,41
7 Biomet-Merck			4	0,81
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			15	3,06
10 Endoplus GmbH			9	1,83
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			9	1,83
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			25	5,09
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			2	0,41
17 Mathys-Synthes			3	0,61
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			8	1,63
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			5	1,02
26 Sulzer Orthopedics GmbH			5	1,02
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			1	0,20
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			1	0,20
99 Sonstige			42	8,55
Angabe einer Artikel-Nummer			10	2,04

Operation VI

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Pfannen-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			1	0,20
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			18	3,67
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			1	0,20
7 Biomet-Merck			3	0,61
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			40	8,15
10 Endoplus GmbH			86	17,52
11 Endo Pro Medical GmbH			1	0,20
12 ESSKA Implants GmbH			78	15,89
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			39	7,94
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			10	2,04
17 Mathys-Synthes			17	3,46
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			1	0,20
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			4	0,81
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			9	1,83
26 Sulzer Orthopedics GmbH			91	18,53
27 Tornier GmbH			1	0,20
28 Waldemar Link GmbH			4	0,81
29 Wright Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			4	0,81
99 Sonstige			31	6,31
Angabe einer Artikel-Nummer			97	19,76

Operation VII

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Inlay-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			0	0,00
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			1	0,20
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			1	0,20
7 Biomet-Merck			1	0,20
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			33	6,72
10 Endoplus GmbH			64	13,03
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			76	15,48
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			6	1,22
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			4	0,81
17 Mathys-Synthes			1	0,20
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			1	0,20
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			4	0,81
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			1	0,20
26 Sulzer Orthopedics GmbH			37	7,54
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			2	0,41
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			3	0,61
99 Sonstige			13	2,65
Angabe einer Artikel-Nummer			59	12,02

Operation VIII

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Schaft-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			0	0,00
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			4	0,81
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			1	0,20
7 Biomet-Merck			3	0,61
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			23	4,68
10 Endoplus GmbH			88	17,92
11 Endo Pro Medical GmbH			1	0,20
12 ESSKA Implants GmbH			37	7,54
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			12	2,44
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			3	0,61
17 Mathys-Synthes			15	3,06
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			5	1,02
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			8	1,63
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			2	0,41
26 Sulzer Orthopedics GmbH			37	7,54
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			4	0,81
29 Wright Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			10	2,04
99 Sonstige			16	3,26
Angabe einer Artikel-Nummer			73	14,87
Schaft wurde zementiert				
Anzahl der Patienten			173	35,23
davon				
Vakuummischtechnik			56 / 173	32,37
Druckreinigung des Markraums			50 / 173	28,90
Verwendung eines Markraumsperrers			72 / 173	41,62

Operation IX

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantierte Kopf-Komponente				
Hersteller-ID				
1 Aap-Implantate AG			1	0,20
2 Advanced Medical Technologies AG			0	0,00
3 Aesculap AG			6	1,22
4 ALPANORM Medizintechnik GmbH			0	0,00
5 ATI Implants			0	0,00
6 Implant GmbH			1	0,20
7 Biomet-Merck			6	1,22
8 Ceraver Deutschland			0	0,00
9 DePuy Orthopädie			27	5,50
10 Endoplus GmbH			49	9,98
11 Endo Pro Medical GmbH			0	0,00
12 ESSKA Implants GmbH			41	8,35
13 Implant Cast GmbH			0	0,00
14 Keramed Medizintechnik GmbH			31	6,31
15 Lima-LTO SPA			0	0,00
16 Link			1	0,20
17 Mathys-Synthes			41	8,35
18 Orthotech GmbH			0	0,00
19 Pentamedical GmbH			0	0,00
20 Peter Brehm GmbH			0	0,00
21 Saint-Gobain			0	0,00
22 Desmarquest			0	0,00
23 Smith & Nephew GmbH			0	0,00
24 Stemcup Medical Products GmbH			0	0,00
25 Stryker Howmedica GmbH			2	0,41
26 Sulzer Orthopedics GmbH			13	2,65
27 Tornier GmbH			0	0,00
28 Waldemar Link GmbH			3	0,61
29 Wrigth Cremascoli Ortho GmbH			0	0,00
30 Zimmer Chirurgie GmbH			4	0,81
99 Sonstige			35	7,13
Angabe einer Artikel-Nummer			91	18,53

Operation X

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Knochen transplantation Anzahl der Patienten			171	34,83
Osteosynthese Anzahl der Patienten			82	16,70
Perioperative Antibiotikaprophylaxe Anzahl der Patienten			489	99,59
davon				
single shot			269 / 489	55,01
24 Std.			43 / 489	8,79
länger			177 / 489	36,20
Medikament. Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten			478	97,35
Bluttransfusion Behandlungsfälle mit Bluttransfusion			373	75,97
davon				
Eigenblut			110 / 373	29,49
Fremdblut			310 / 373	83,11
Eigenblut: Pat. mit erhaltenen Transfusionseinheiten				
Median			105	
Mittelwert			2,0	
Fremdblut: Pat. mit erhaltenen Transfusionseinheiten				
Median			292	
Mittelwert			2,0	
Verwendung eines Cell-Savers Anzahl der Patienten			251 / 491	51,12

Verlauf

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			489	99,59
Postoperatives Röntgenbild axial Anzahl der Patienten			211	42,97
Behandlungsbedürftige intra-/ postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplikation			75	15,28
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
Implantatfehlage			1	0,20
Implantatdislokation			3	0,61
Implantatbruch			0	0,00
Endoprothesenluxation			13	2,65
Wundhämatom / Nachblutung			40	8,15
Gefäßläsion			1	0,20
Nervenschaden			5	1,02
Fraktur			13	2,65
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich Anzahl der Patienten			25	5,09
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten davon			19	3,87
A1 oberflächliche Infektion			12 / 19	63,16
A2 tiefe Infektion			7 / 19	36,84
A3 Räume / Organe			0 / 19	0,00
Allgemeine postoperative Komplikationen Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplikation			60	12,22
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
Pneumonie			6	1,22
kardiovaskuläre Komplikation(en)			11	2,24
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			2	0,41
Lungenembolie			3	0,61
Sonstige			39	7,94

Entlassung I

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung				
Bewegungsausmass passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt				
Anzahl der Patienten			408	83,10
davon				
Extension/Flexion				
Winkel Extension (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			407	
Median			0,0	
Mittelwert			0,2	
Neutral-Null-Wert (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			408	
Median			0,0	
Mittelwert			0,5	
Winkel Flexion (Grad)				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			408	
Median			85,0	
Mittelwert			81,4	
Treppensteigen möglich (mit Gehstützen)			421	85,74
Treppensteigen nicht möglich			70	14,26
davon operationsbedingt nicht möglich			8 / 70	11,43
Selbst. Gehen möglich (mit Gehstützen)			467	95,11
Selbstständiges Gehen nicht möglich			24	4,89
davon operationsbedingt nicht möglich			3 / 24	12,50
Selbstständige Versorgung in der tgl. Hygiene möglich			469	95,52
Selbstständige Versorgung in der tgl. Hygiene nicht möglich			22	4,48
davon operationsbedingt nicht möglich			1	4,54

Entlassung II

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund				
1: Behandlung regulär beendet			327	66,60
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	0,61
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet			7	1,43
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			1	0,20
5: Zuständigkeitswechsel d. Leistungsträger			0	0,00
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			14	2,85
7: Tod			4	0,81
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV'95)			19	3,87
9: Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			110	22,40
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			3	0,61
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,00
12: Interne Verlegung			3	0,61
13: externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung			0	0,00
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG			0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0
Tod im Zusammenhang mit d. FP/SE oder der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			3 / 4	75,00
Sektion erfolgt (bez.auf verstorbene Pat.)			0 / 4	0,00

Verteilung der Entlassungsgründe

