

# Jahresauswertung 2015

## Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 86  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 17.735  
Datensatzversion: DEK 2015  
Datenbankstand: 01. März 2016  
2015 - D16300-L101841-P49059

Jahresauswertung 2015  
Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 86  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 17.735  
Datensatzversion: DEK 2015  
Datenbankstand: 01. März 2016  
2015 - D16300-L101841-P49059

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 1: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>							
1a: 2015/DEK/52008							
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1)							
			0,57%	nicht definiert	-	0,53%	8
1b: 2015/DEK/52009							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1)							
			1,21	<= 2,11	innerhalb	1,18	10
1c: 2015/DEK/52326							
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2							
			0,45%	nicht definiert	-	0,43%	13
1d: 2015/DEK/52327							
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet							
			0,11%	nicht definiert	-	0,09%	15

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2015/DEK/52010							
<b>Q12: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>							
			114,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	131,00 Fälle	17

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2015/DEK/850357 <b>AK 1: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik</b>			17.735,00 Fälle	> 0,00 Fälle	innerhalb	16.776,00 Fälle	19
2015/DEK/850358 <b>AK 2: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik<sup>3</sup></b>			1	= 0	außerhalb	-	21
2015/DEK/850359 <b>AK 3: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>			1,36%	<= 5,43%	innerhalb	1,28%	23
2015/DEK/850360 <b>AK 4: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>			72,88%	< 100,00%	innerhalb	72,91%	25
2015/DEK/850361 <b>AK 5: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“</b>			1,92%	<= 10,38%	innerhalb	1,92%	27

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

<sup>3</sup> Wird die Bedingung des Zählers erfüllt, wird dieser auf Ebene der Auswertungseinheiten (Krankenhäuser oder Standorte) auf 1 gesetzt. Falls nicht, erfolgt die Zuordnung 0.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2015/DEK/850362							
<b>AK 6: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4</b>			50,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	47,00 Fälle	29

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Berechnungsgrundlagen und Vorjahresergebnisse

---

Ab 2013 wird die Dekubitusauswertung auf Basis von zwei voneinander unabhängigen Datentöpfen berechnet. Die Grundgesamtheit aller Qualitätsindikatoren sowie die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators 1b (52009) beruhen ausschließlich auf den Daten der Risikostatistik. Diese enthält Angaben von Krankenhäusern, die nicht notwendigerweise auch Daten der Qualitätssicherung (QS-Daten) geliefert haben. Auswertungseinheiten (Krankenhäuser oder Standorte), für die es QS-Daten, jedoch keine Daten aus der Risikostatistik gibt, werden in der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren mit 0 Fällen berücksichtigt.

Da im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe eine Datenannahme über den Datenannahmeschluss des Verfahrensjahres hinaus erfolgt, fließen in die Berechnung grundsätzlich auch die Fälle mit ein, die auf dem erweiterten Datenpool beruhen. Dieser berücksichtigt alle Datensätze aus 2014, deren Entlassungsdatum zwischen dem 01.01.2015 und dem 31.12.2015 liegt.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis der Risikostatistik für alle Patienten, die in den Jahren 2014 oder 2015 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2015 und 31.12.2015 entlassen wurden.

Die Berechnung der QS-Daten für die Merkmale der Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis von plausiblen Datensätzen, d. h. für alle Patienten mit einem Alter von mindestens 20 Jahren und einem Dekubitus ab Grad 2, die in den Jahren 2014 oder 2015 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2015 und 31.12.2015 entlassen wurden.

Im Basisteil werden ebenfalls ausschließlich plausible Datensätze aus den QS-Daten betrachtet.

Für alle Qualitätsindikatoren werden in den Benchmarkgrafiken aus methodischen Gründen nur die Krankenhäuser berücksichtigt, für die QS-Daten vorliegen.

Gesamtergebnisse der Qualitätsindikatoren 1a (52008), 1b (52009), 1c (52326) und 1d (52327):

Die Ergebnisse der Grundgesamtheit für "Gesamt" berechnen sich ausschließlich aus Datensätzen von Auswertungseinheiten (Krankenhäusern oder Standorte) mit mehr als 20 Fällen in der Risikostatistik.

Bei den Qualitätsindikatoren 1a (52008), 1c (52326), 1d (52327) und 2 (52010) kann für Auswertungseinheiten (Krankenhäuser oder Standorte), für die entweder keine Risikostatistik vorliegt oder bei denen es in der auf der Risikostatistik basierenden Grundgesamtheit keine Fälle gibt, nur der Zähler berechnet werden.

---

**Qualitätsindikatorengruppe 1: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**

**Qualitätsziel:** Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

**Indikator-ID:** (QI 1a): 2015/DEK/52008

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand Referenzbereich		nicht definiert	5.141 / 907.061	0,57% nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			4.862 / 910.645	0,53%

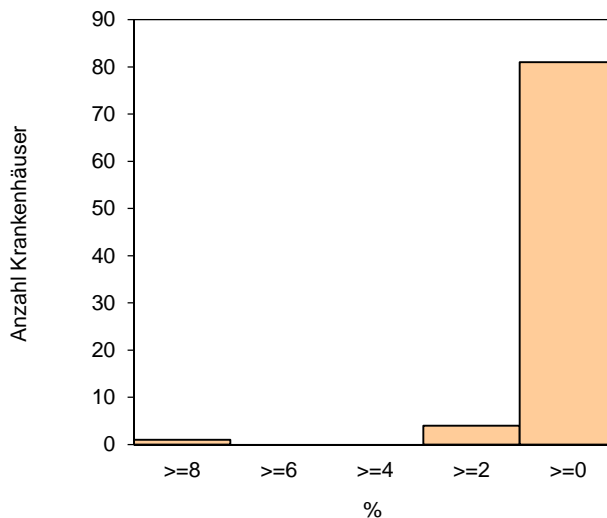
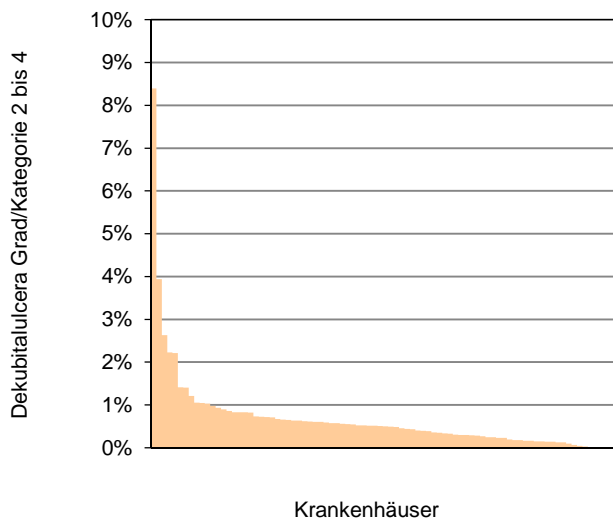


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2015/DEK/52008]:**

**Anteil von Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen**

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

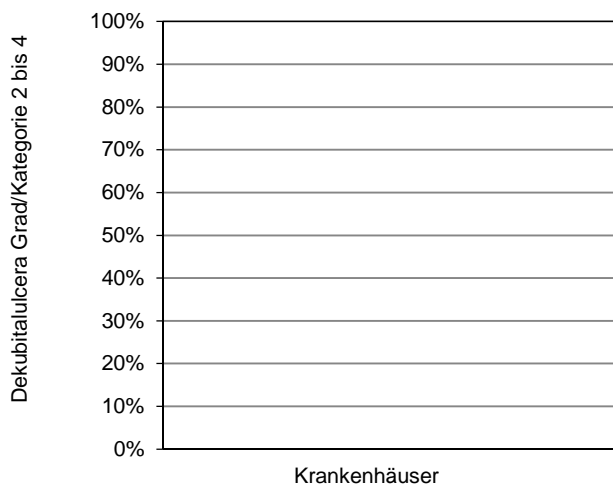
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,10	0,23	0,50	0,72	1,05	2,21	8,40

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

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

**Indikator-ID:** (QI 1b): 2015/DEK/52009

**Referenzbereich:** <= 2,11 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand		
beobachtet (O)		5.141 / 907.061 0,57%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		4.241,50 / 907.061 0,47%
O - E		0,10%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für QI-ID 52009.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E <sup>2</sup>		1,21
Referenzbereich	<= 2,11	<= 2,11

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, zur erwarteten Rate.  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, ist 10% kleiner als erwartet.

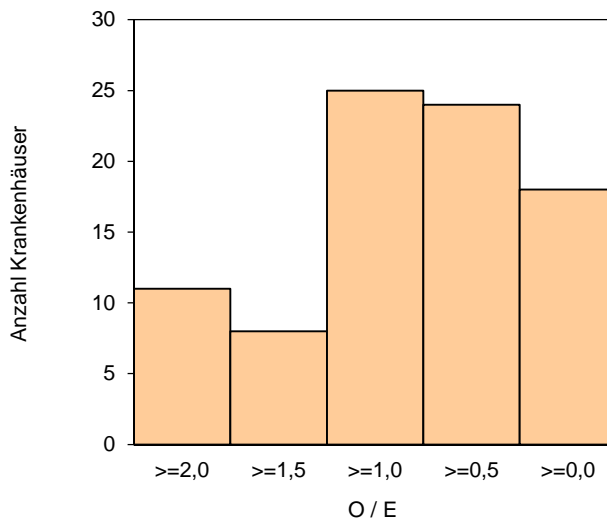
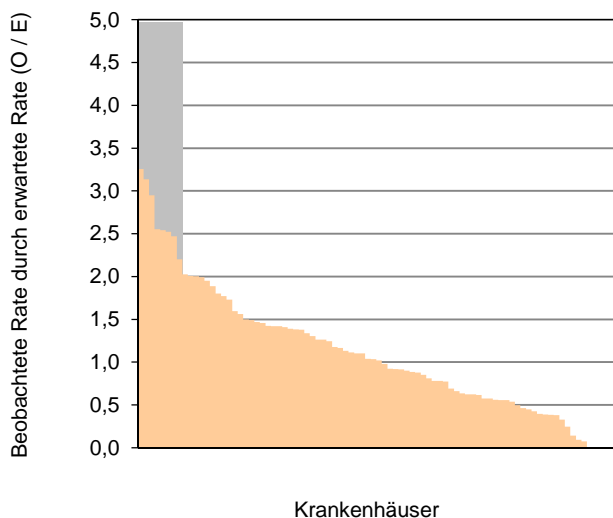
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand		
beobachtet (O)		4.862 / 910.645 0,53%
vorhergesagt (E)		4.111,01 / 910.645 0,45%
O - E		0,08%
O / E	<div style="background-color: #ffff00; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1,18</div>

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2015/DEK/52009]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand bei allen vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen**

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

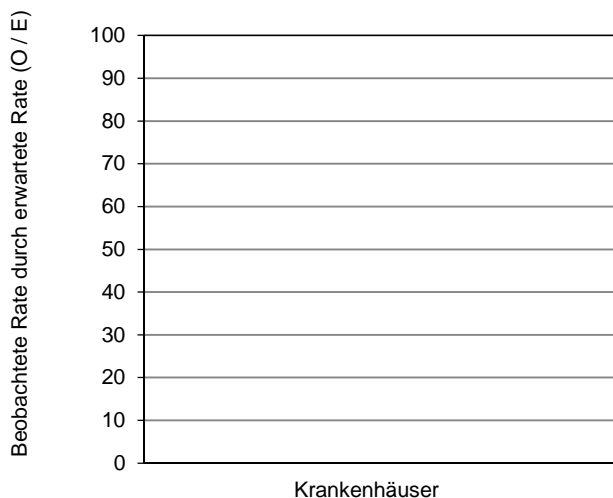
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,25	0,56	1,03	1,47	2,03	2,54	3,25

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

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2**

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

**Indikator-ID:** (QI 1c): 2015/DEK/52326

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen neu erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt Referenzbereich		nicht definiert	4.069 / 907.061	0,45% nicht definiert

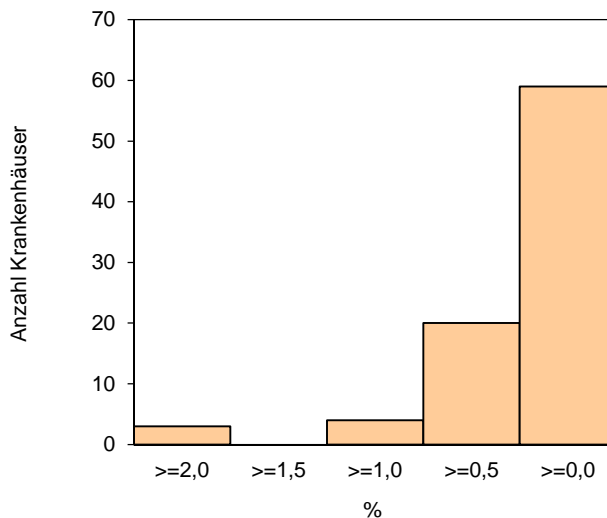
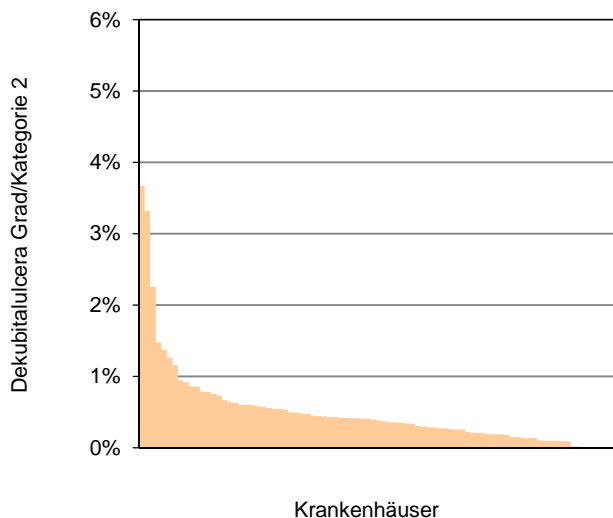
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen neu erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt			3.881 / 910.645	0,43%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2015/DEK/52326]:**

**Anteil von Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen neu erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt an allen vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen**

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

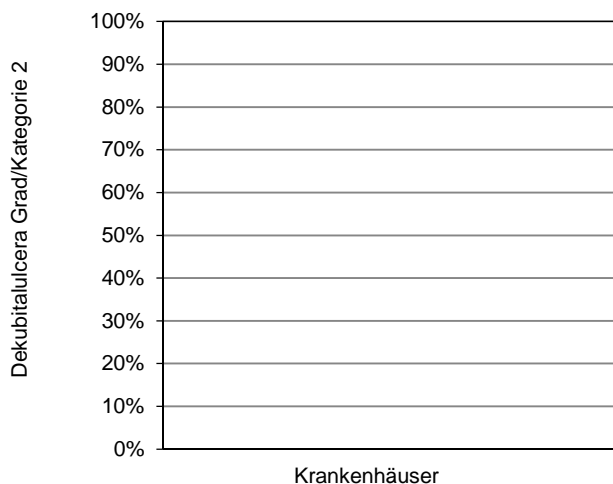
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,09	0,19	0,38	0,58	0,92	1,37	3,67

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

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet**

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

**Indikator-ID:** (QI 1d): 2015/DEK/52327

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen stationär erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt <sup>1</sup> Referenzbereich			958 / 907.061	0,11%
		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen stationär erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt <sup>1</sup>			850 / 910.645	0,09%

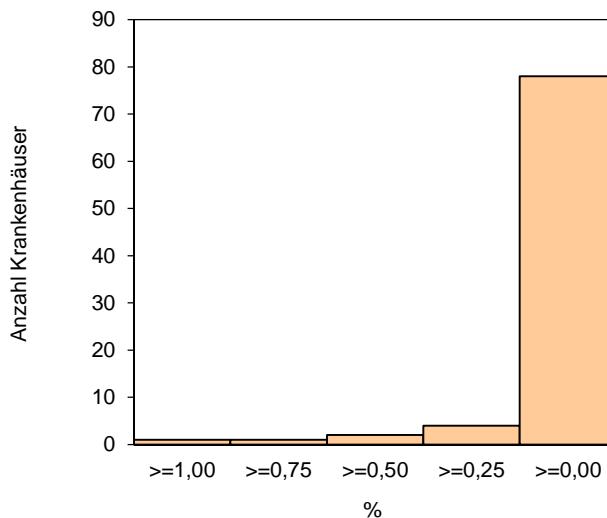
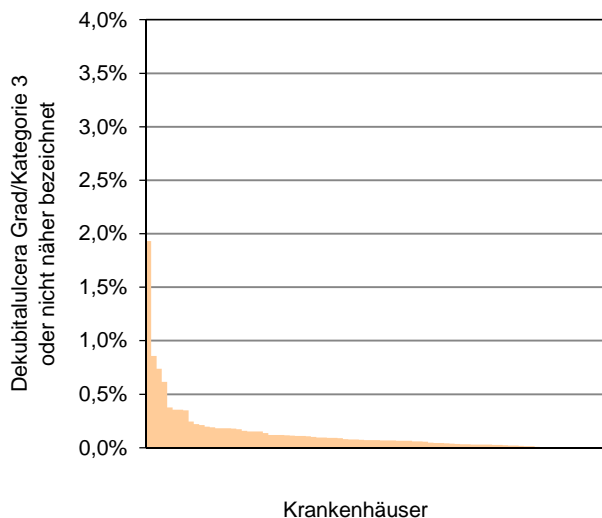
<sup>1</sup> Dekubitus Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1d, Indikator-ID 2015/DEK/52327]:**

**Anteil von Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet, der im Krankenhaus erworben oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand und der von allen stationär erworbenen Decubitalulcera des Patienten den höchsten Grad/die höchste Kategorie darstellt an allen vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen**

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

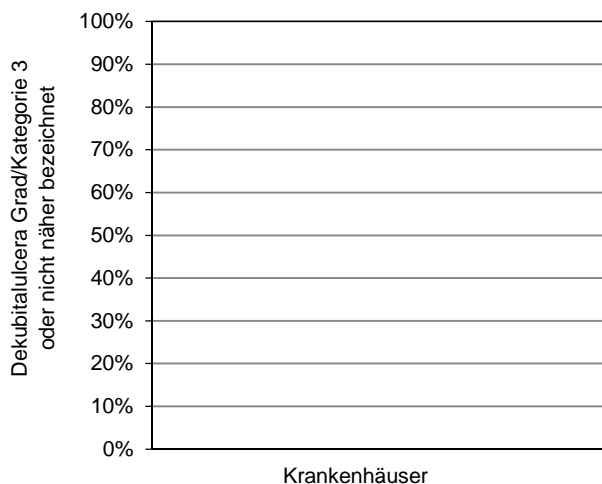
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,03	0,07	0,15	0,25	0,38	1,93

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

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Qualitätsindikator 2: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4**

**Qualitätsziel:** Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

**Indikator-ID:** 2015/DEK/52010

**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			114 / 907.062	114,00 Fälle 0,01%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

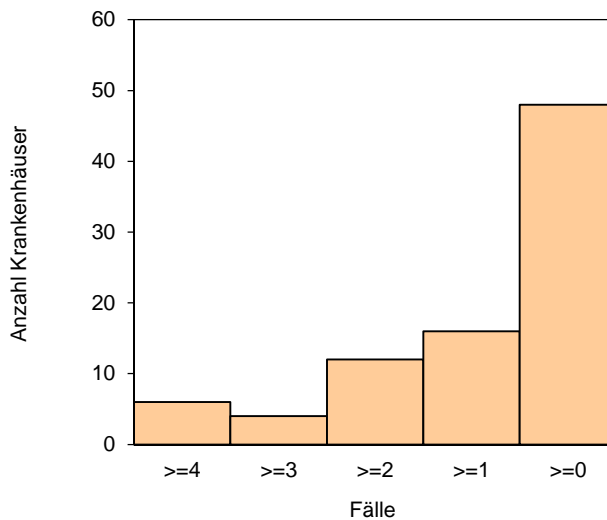
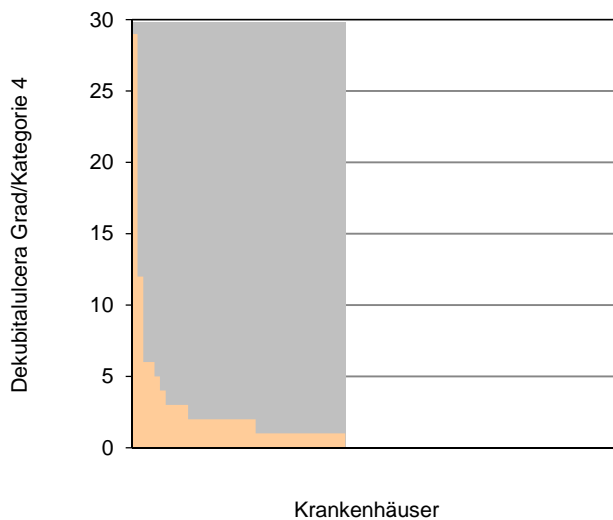
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			131 / 910.646	131,00 Fälle 0,01%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2015/DEK/52010]:**

**Anzahl Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand von allen vollstationär behandelten Patienten der Risikostatistik**

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

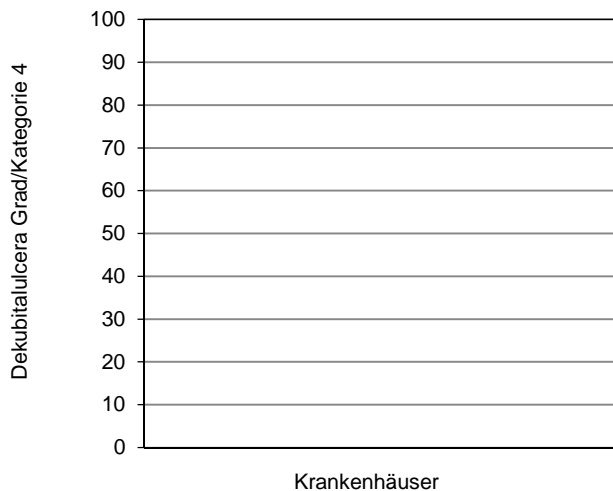
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	3,00	5,00	29,00

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

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium 1: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik**

**Grundgesamtheit:** Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik (mindestens 1 Fall)

**Indikator-ID:** 2015/DEK/850357

**Referenzbereich:** > 0,00 Fälle

**ID-Bezugsindikator(en):** 52008, 52009, 52326, 52327, 52010

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation Referenzbereich		> 0,00 Fälle	17.735 / 17.953	17.735,00 > 0,00 Fälle

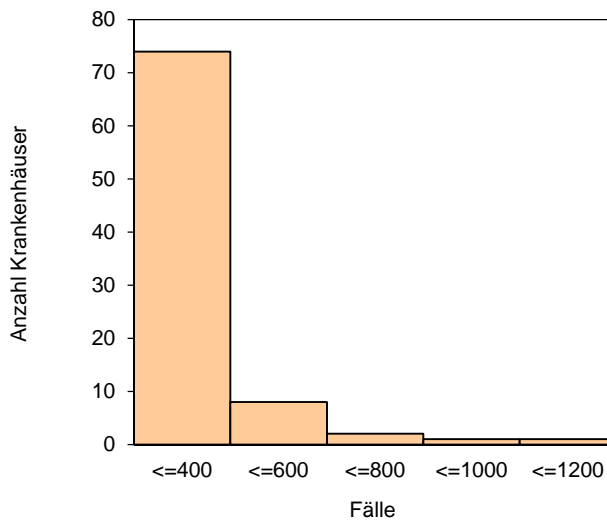
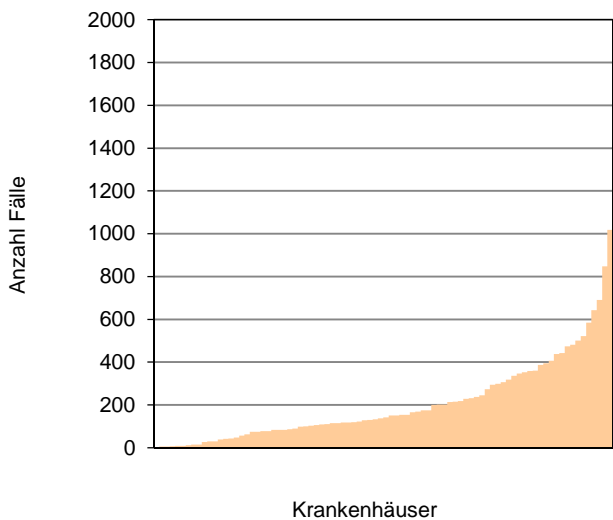
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation			16.776 / 17.400	16.776,00

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2015/DEK/850357]:**

**Anzahl Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation von Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik (mindestens 1 Fall)**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

86 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	8,00	15,00	77,00	139,50	299,00	474,00	585,00	1.018,00

**Auffälligkeitskriterium 2: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik**

**Grundgesamtheit:** Anzahl der Dekubitus-Fälle Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik oder in der QS-Dokumentation

**Indikator-ID:** 2015/DEK/850358

**Referenzbereich:** = 0

**ID-Bezugsindikator(en):** 52008, 52009, 52326, 52327, 52010

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015	
	Grundgesamtheit <sup>1</sup>	Grundgesamtheit <sup>1</sup>	
Angabe, ob QS-Dokumentation und Risikostatistik in mehr als 10 Fällen in mindestens einer Kategorie der Dekubitus-gradeinteilung voneinander abweichen <sup>2</sup> Referenzbereich	= 0	1 = 0	1

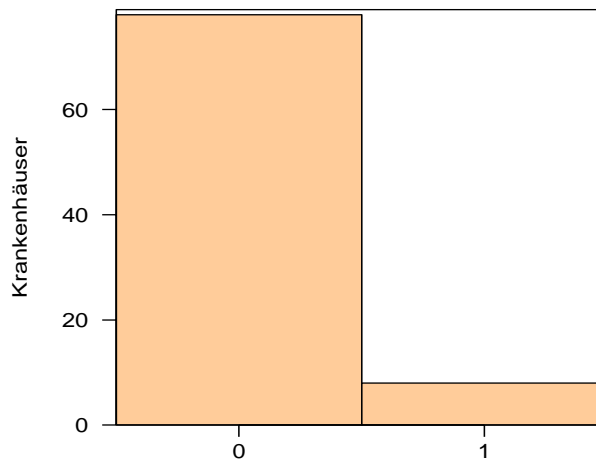
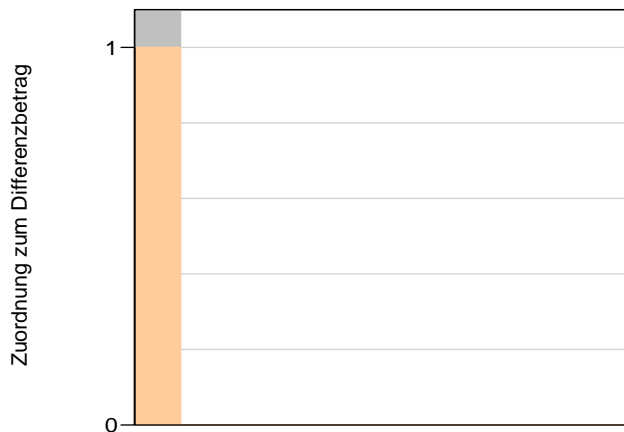
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014	
	Grundgesamtheit <sup>1</sup>	Grundgesamtheit <sup>1</sup>	
Angabe, ob QS-Dokumentation und Risikostatistik in mehr als 10 Fällen in mindestens einer Kategorie der Dekubitus-gradeinteilung voneinander abweichen <sup>2</sup>		1	1

<sup>1</sup> Die Betrachtung des Nenners ist für die Auswertung des AK nicht relevant. Der Nenner wird daher auf 1 gesetzt.

<sup>2</sup> Wird die Bedingung des Zählers erfüllt, wird dieser auf Ebene der Auswertungseinheiten (Krankenhäuser oder Standorte) auf 1 gesetzt. Falls nicht, erfolgt die Zuordnung 0.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2015/DEK/850358]:**  
**Differenzbetrag von mehr als 10 Fällen in mindestens einer Kategorie der Dekubitusgradeinteilung zwischen der QS-**  
**Dokumentation und der Risikostatistik von Dekubitus-Fällen Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik oder**  
**in der QS-Dokumentation**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**  
 86 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Zuordnung zum Differenzbetrag

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0	0	0	0	0	0	0	1	1

**Auffälligkeitskriterium 3: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahren  
**Indikator-ID:** 2015/DEK/850359  
**Referenzbereich:** <= 5,43% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**ID-Bezugsindikator(en):** 52008, 52009, 52326, 52327, 52010

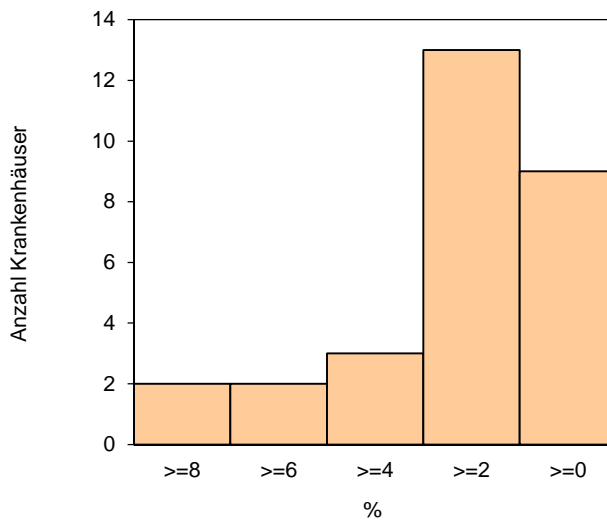
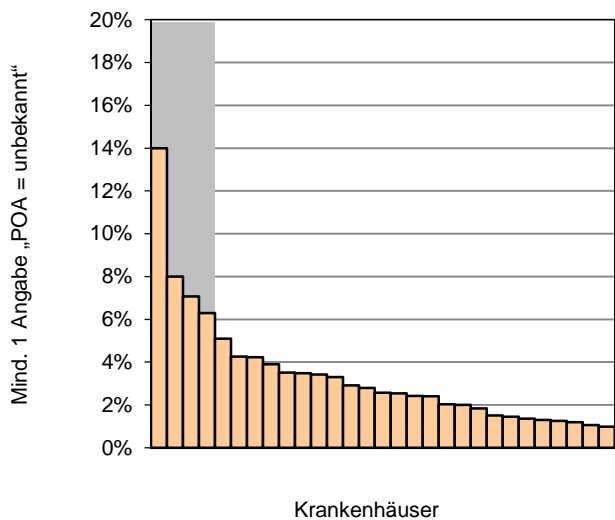
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation <sup>1</sup> Vertrauensbereich			242 / 17.735	1,36%
Referenzbereich		<= 5,43%		1,20% - 1,55% <= 5,43%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation Vertrauensbereich			215 / 16.776	1,28%
				1,12% - 1,46%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2015/DEK/850359]:  
 Anteil von Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-  
 Dokumentation an allen Patienten ab 20 Jahren**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 29



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,98	1,06	1,20	1,50	2,56	3,90	7,07	8,00	14,00



**Auffälligkeitskriterium 4: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahren  
**Indikator-ID:** 2015/DEK/850360  
**Referenzbereich:** < 100,00%  
**ID-Bezugsindikator(en):** 52008, 52009, 52326, 52327, 52010

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit der Angabe "POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden" bei allen dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie in der QS-Dokumentation <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			12.926 / 17.735	72,88%
		< 100,00%		72,22% - 73,53%
				< 100,00%

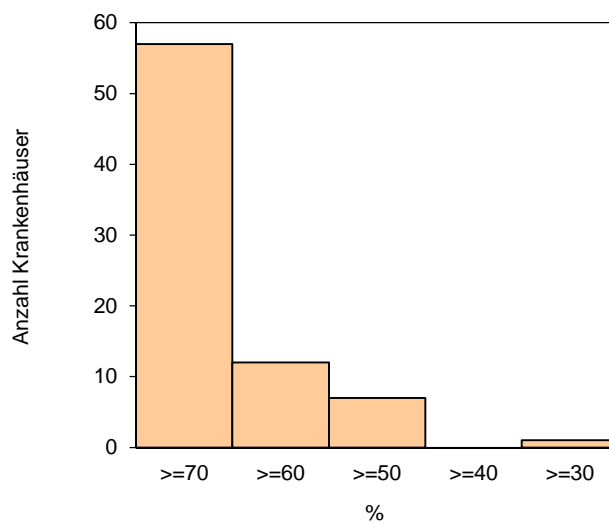
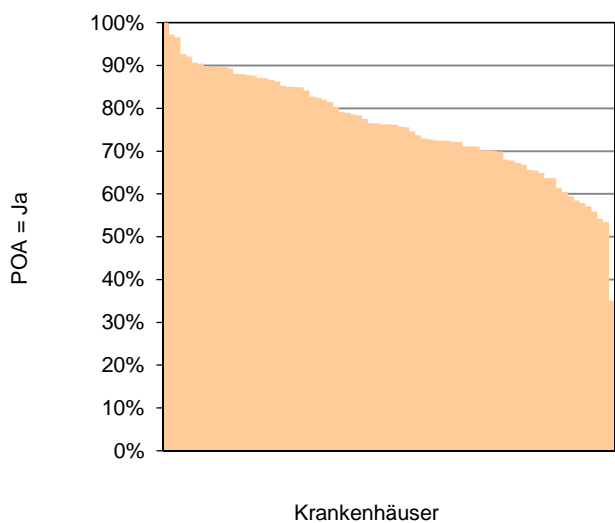
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit der Angabe "POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden" bei allen dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie in der QS-Dokumentation Vertrauensbereich			12.232 / 16.776	72,91%
				72,24% - 73,58%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2015/DEK/850360]:**

**Anteil an Patienten mit der Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ bei allen dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie in der QS-Dokumentation von allen Patienten ab 20 Jahren**

**Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen im Merkmal: 77**



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,09	55,90	59,41	69,90	76,25	86,28	89,84	92,68	100,00

**Auffälligkeitskriterium 5: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahren  
**Indikator-ID:** 2015/DEK/850361  
**Referenzbereich:** <= 10,38% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**ID-Bezugsindikator(en):** 52008, 52009, 52327

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation <sup>1</sup>			340 / 17.735	1,92%
Vertrauensbereich				1,73% - 2,13%
Referenzbereich		<= 10,38%		<= 10,38%

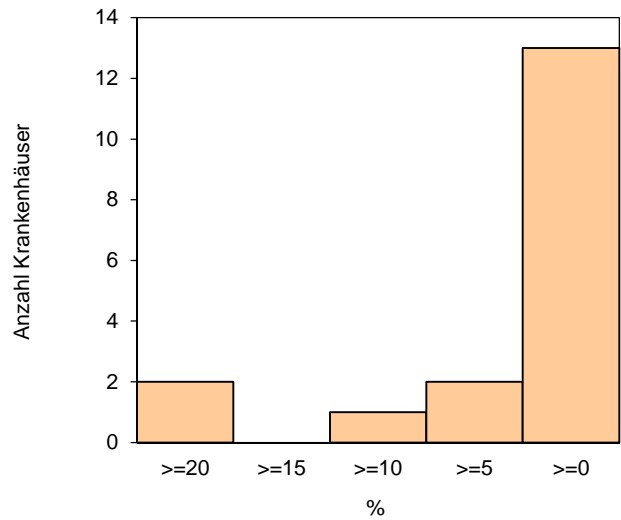
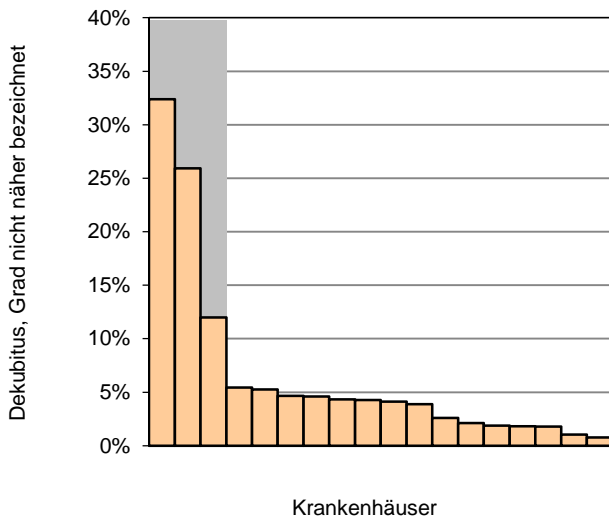
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation			322 / 16.776	1,92%
Vertrauensbereich				1,72% - 2,14%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK5, Indikator-ID 2015/DEK/850361]:**

**Anteil an Patienten mit mindestens einer Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation von allen Patienten ab 20 Jahren**

**Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen im Merkmal: 18**



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,78		1,04	1,89	4,20	5,26	25,93		32,39

**Auffälligkeitskriterium 6: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag

**Indikator-ID:** 2015/DEK/850362

**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle

**ID-Bezugsindikator(en):** 52008, 52009, 52327, 52010

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Referenzbereich		50 / 118 <= 4,00 Fälle	50 / 118	50,00 Fälle <= 4,00 Fälle

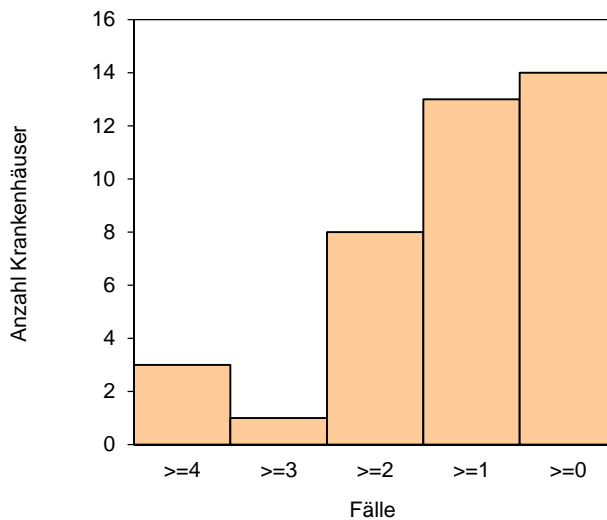
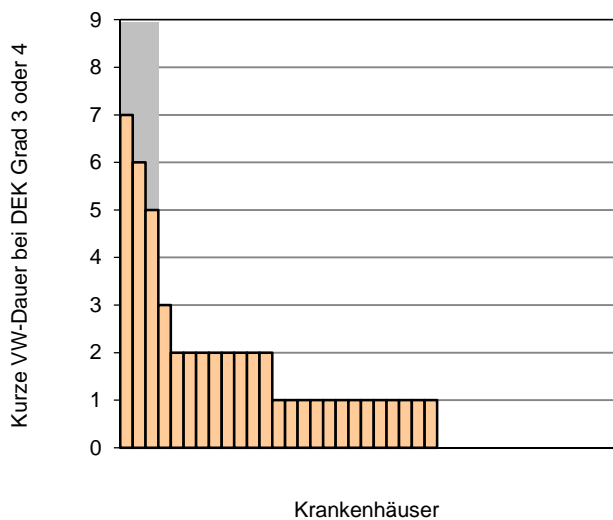
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen		47 / 151	47 / 151	47,00 Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2015/DEK/850362]:**

**Anzahl Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen an allen Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

39 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	3,00	6,00	7,00

# Jahresauswertung 2015 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

## Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 86  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 17.735  
Datensatzversion: DEK 2015  
Datenbankstand: 01. März 2016  
2015 - D16300-L101841-P49059

### Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)<sup>1</sup></b>			17.735		17.593	
davon						
<b>Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen<sup>2</sup></b>			17.735 / 17.735	100,00	16.776 / 17.593	95,36
<b>Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)<sup>1</sup></b>			22.514		21.144	
davon						
<b>Anzahl plausibler Datensätze<sup>2</sup></b>			22.514 / 22.514	100,00	21.118 / 21.144	99,88

<sup>1</sup> Alle importierten Datensätze aus den QS-Daten

<sup>2</sup> Der Dekubitus-Datensatz ist plausibel, wenn das Entlassungsjahr im Erfassungsjahr liegt, das Alter >= 20 Jahre ist (Differenz aus aktuellem Jahr und Geburtsjahr) und die Angaben im Bogenfeld HOECHSTGRADDEK den ICDKodes L89.1\*, L89.2\*, L89.3\* oder L89.9\* entsprechen.

### Behandlungszeit

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			17.735		16.776	
Median				13,00		12,00
Mittelwert				18,88		18,12



## Patienten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			17.735 / 17.735		16.776 / 16.776	
20 - 24 Jahre			18 / 17.735	0,10	21 / 16.776	0,13
25 - 29 Jahre			41 / 17.735	0,23	42 / 16.776	0,25
30 - 34 Jahre			74 / 17.735	0,42	62 / 16.776	0,37
35 - 39 Jahre			63 / 17.735	0,36	41 / 16.776	0,24
40 - 44 Jahre			127 / 17.735	0,72	121 / 16.776	0,72
45 - 49 Jahre			261 / 17.735	1,47	216 / 16.776	1,29
50 - 54 Jahre			463 / 17.735	2,61	477 / 16.776	2,84
55 - 59 Jahre			786 / 17.735	4,43	778 / 16.776	4,64
60 - 64 Jahre			1.276 / 17.735	7,19	1.061 / 16.776	6,32
65 - 69 Jahre			1.200 / 17.735	6,77	1.049 / 16.776	6,25
70 - 74 Jahre			2.143 / 17.735	12,08	2.221 / 16.776	13,24
75 - 79 Jahre			3.213 / 17.735	18,12	3.158 / 16.776	18,82
80 - 84 Jahre			3.264 / 17.735	18,40	3.031 / 16.776	18,07
85 - 89 Jahre			2.940 / 17.735	16,58	2.716 / 16.776	16,19
90 - 94 Jahre			1.555 / 17.735	8,77	1.551 / 16.776	9,25
>= 95 Jahre			311 / 17.735	1,75	231 / 16.776	1,38
<b>Alter (Jahre)</b>						
Patienten mit gültiger Altersangabe			17.735		16.776	
Median				78,00		78,00
Mittelwert				76,14		76,28
<b>Geschlecht</b>						
männlich			8.967 / 17.735	50,56	8.231 / 16.776	49,06
weiblich			8.768 / 17.735	49,44	8.545 / 16.776	50,94
unbekannt			0 / 17.735	0,00	0 / 16.776	0,00

## Aufnahme

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grund der Aufnahme</b>						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			17.304	97,57	16.428	97,93
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			431	2,43	343	2,04
Krankenhausbehandlung, teilstationär			0	0,00	0	0,00
vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung			0	0,00	0	0,00
stationäre Entbindung			0	0,00	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			0	0,00	5	0,03
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00

## Dekubitus

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Dekubitalulzera</b>			22.514	100,00	21.118	100,00
<b>Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus</b>						
2. Grades			13.926	61,85	13.252	62,75
3. Grades			5.652	25,10	5.262	24,92
4. Grades			2.570	11,42	2.254	10,67
Grad nicht näher bezeichnet			366	1,63	350	1,66
<b>Lokalisation</b>						
0 Kopf			468	2,08	380	1,80
1 Obere Extremität			391	1,74	375	1,78
2 Dornfortsätze			100	0,44	95	0,45
3 Beckenkamm			117	0,52	102	0,48
4 Kreuzbein			8.521	37,85	8.114	38,42
5 Sitzbein			2.554	11,34	2.293	10,86
6 Trochanter			1.012	4,49	1.004	4,75
7 Ferse			5.719	25,40	5.303	25,11
8 Sonstige Lokalisation der unteren Extremität			2.673	11,87	2.419	11,45
9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen			959	4,26	1.033	4,89
<b>Seitenlokalisierung</b>						
Beide Seiten			1.996	8,87	1.887	8,94
Keine Seitenlokalisierung angegeben			14.301	63,52	13.631	64,55
Linke Seite			3.110	13,81	2.810	13,31
Rechte Seite			3.107	13,80	2.790	13,21
<b>Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)</b>						
ja			16.492	73,25	15.508	73,43
nein			5.741	25,50	5.361	25,39
unbekannt			281	1,25	249	1,18
<b>Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)</b>						
ja			19.141	85,02	17.876	84,65
nein			2.810	12,48	2.773	13,13
unbekannt			563	2,50	469	2,22

## Risikofaktoren

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2</b>						
ja			8.059	45,44	7.368	43,92
nein			9.676	54,56	9.408	56,08
<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus</b>						
ja			311	1,75	278	1,66
nein			17.424	98,25	16.498	98,34
<b>Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie</b>						
ja			1.322	7,45	1.238	7,38
nein			16.413	92,55	15.538	92,62
<b>Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen</b>						
ja			2.447	13,80	2.393	14,26
nein			15.288	86,20	14.383	85,74
<b>Beatmungsstunden ≥ 1 Stunde</b>						
ja			2.742	15,46	2.385	14,22
nein			14.993	84,54	14.391	85,78
wenn ja:						
<b>Dauer der Beatmung (Stunden)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.742		2.385	
Median				216,50		213,00
Mittelwert				365,92		368,60

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			9.279	52,32	8.731	52,04
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			267	1,51	211	1,26
03: aus sonstigen Gründen			39	0,22	46	0,27
04: gegen ärztlichen Rat			68	0,38	71	0,42
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			2	0,01	0	0,00
06: Verlegung			1.237	6,97	1.068	6,37
07: Tod			3.296	18,58	3.017	17,98
08: Verlegung nach §14			32	0,18	19	0,11
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.363	7,69	1.473	8,78
10: in Pflegeeinrichtung			1.970	11,11	1.968	11,73
11: in Hospiz			73	0,41	83	0,49
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			13	0,07	14	0,08
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			11	0,06	5	0,03
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,02	2	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			81	0,46	64	0,38
22: Fallabschluss			0	0,00	4	0,02
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- |  |  |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)</p> |
|--|--|

### Entlassungsgrund und Dekubitusstatus

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			9.279		8.731	
			7.763 / 9.279	83,66	7.285 / 8.731	83,44
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			267		211	
			205 / 267	76,78	155 / 211	73,46
06: Verlegung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.237		1.068	
			1.046 / 1.237	84,56	897 / 1.068	83,99
07: Tod davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			3.296		3.017	
			3.037 / 3.296	92,14	2.794 / 3.017	92,61
09: in Rehabilitationseinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.363		1.473	
			1.061 / 1.363	77,84	1.140 / 1.473	77,39
10: in Pflegeeinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.970		1.968	
			1.728 / 1.970	87,72	1.676 / 1.968	85,16
11: in Hospiz davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			73		83	
			67 / 73	91,78	74 / 83	89,16

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

01 Behandlung regulär beendet

02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung  
vorgesehen

06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus

09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

11 Entlassung in ein Hospiz

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2015 erhalten Sie beim IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)).

#### 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.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

#### **Zielbereich:**

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

#### **Toleranzbereich:**

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

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

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

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

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

#### **Beispiel:**

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15,00\%$  definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15,00\%$  gelten als auffällig.

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

#### **Beispiel:**

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2015.

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

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

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



### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

**Beispiele:**

Referenzbereich:  $\leq 2,50\%$   
5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)  
10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (auffällig)

**Hinweis:**

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

Bei einem Referenzbereich von  $\leq 2,50\%$   
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).  
Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$   
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).  
Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  und damit unauffällig.

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

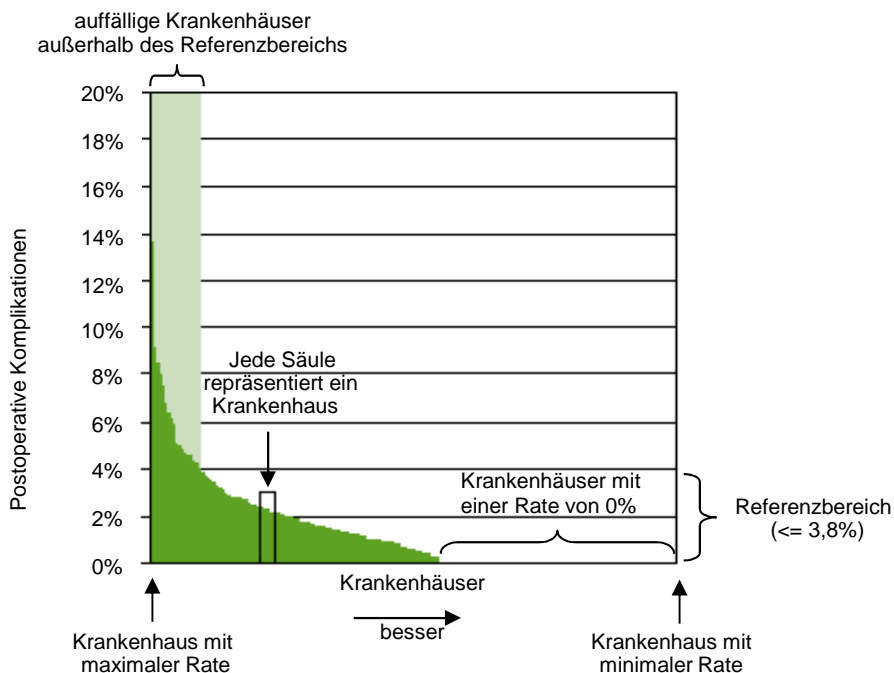
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 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.

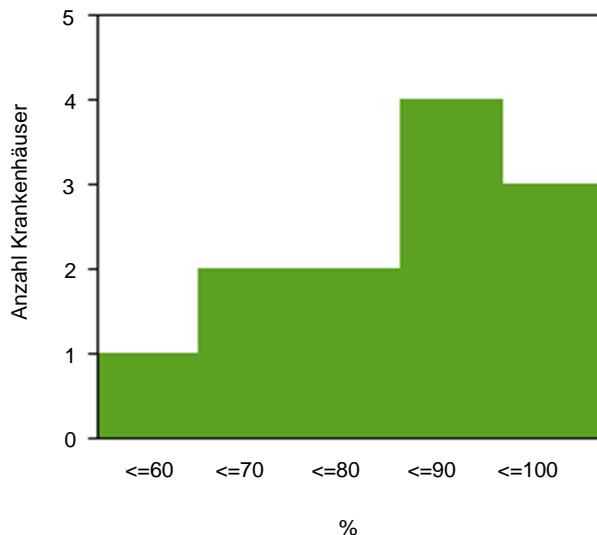
**Beispiel:**

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 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 einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

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

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

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

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

### **5. Darstellung Median/Mittelwert**

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

### **6. 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.

### **7. Interpretation der Ergebnisse**

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

## 8. Glossar

### **Anteil**

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

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältniszahl

### **Indikator-ID**

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Median der Krankhausergebnisse**

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

### **Perzentil der Krankhausergebnisse Bund**

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

### **Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe**

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Spannweite der Krankhausergebnisse**

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

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.