

Jahresauswertung 2016 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 88
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 18.002
Datensatzversion: DEK 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17027-L105622-P50982

Jahresauswertung 2016
Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 88
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 18.002
Datensatzversion: DEK 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17027-L105622-P50982

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/DEK/52009							
QI 1:Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1)							
			1,22	<= 1,95	innerhalb	1,24	7
2016/DEK/52010							
QI2: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4							
			105,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	114,00 Fälle	13

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/DEK/850359							
Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)			1,01%	<= 4,30%	innerhalb	1,36%	15
2016/DEK/850361							
Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“			1,96%	<= 8,82%	innerhalb	1,92%	17
2016/DEK/850362							
Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung			34,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	50,00 Fälle	19

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Kennzahlen ohne Referenzbereich

Gemäß eines Beschlusses der Bundesauswertungsstelle müssen Qualitätsindikatoren grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Kennzahlen ohne Referenzbereich, die in der QIDB 2015 noch als Qualitätsindikatoren ausgewiesen wurden, werden in der QIDB 2016 nicht mehr angeführt, sofern ihnen nicht zwischenzeitlich ein Referenzbereich zugewiesen wurde. Einzelheiten sind aus dem in der QIDB 2016 hinterlegten Positionspapier „Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich“ des IQTIG vom 24. Januar 2017 ersichtlich.

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden die Ergebnisse dieser Kennzahlen ohne Referenzbereich dennoch zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die im Vorjahr noch gültige Indikator-ID ist dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Da die Rechenregeln in der QIDB 2016 nicht angegeben sind, wurden diese Kennzahlen auf Basis der QIDB 2015 bzw. mit den vom IQTIG zur Verfügung gestellten „Rechenregeln ergänzender Kennzahlen zur Übermittlung an die LQS“ (Stand: 13. März 2017) berechnet.

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Krankenhaus berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausausswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Weitere Informationen finden Sie im „Merkblatt zum Follow-up gemäß Anlage 3 der QSKH-RL“ des IQTIG vom 6. April 2017.

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 1 (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 2015, deren Entlassungsdatum zwischen dem 01.01.2016 und dem 31.12.2016 liegt.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis der Risikostatistik für alle Patienten, die in den Jahren 2015 oder 2016 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2016 und 31.12.2016 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 2015 oder 2016 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2016 und 31.12.2016 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 des Qualitätsindikators 1 (52009) und der Nebenkennzahlen (52008, 52326 und 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 dem Qualitätsindikator 2 (52010) und den Nebenkennzahlen (52008, 52326 und 52327) 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.

Qualitätsindikator 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an 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 bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik von Krankenhausstandorten, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

Indikator-ID: 2016/DEK/52009

Referenzbereich: <= 1,95 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand		
beobachtet (O)		5.332 / 908.723 0,59%
vorhergesagt (E) ¹		4.361,72 / 908.723 0,48%
O - E		0,11%

¹ Erwartete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/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 2016	Gesamt 2016
O / E ²		1,22
Referenzbereich	<= 1,95	<= 1,95

² Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/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 bezeichneten Grades/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 bezeichneten Grades/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 bezeichneten Grades/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.

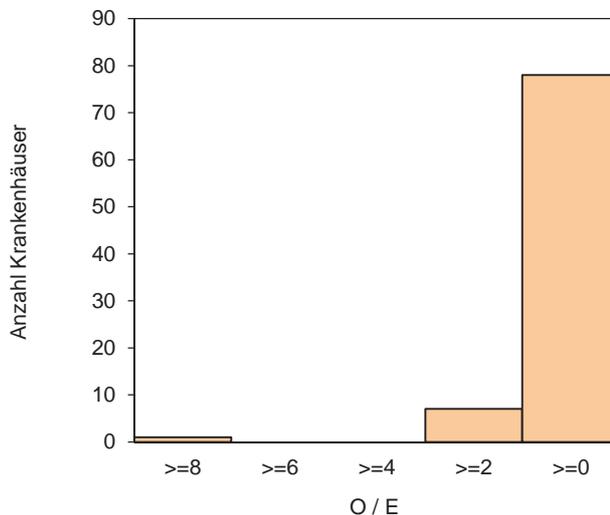
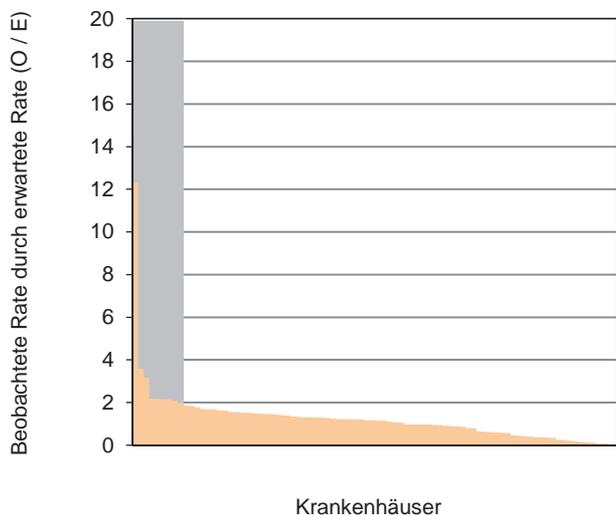
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand		
beobachtet (O)		5.141 / 907.061 0,57%
vorhergesagt (E) ¹		4.162,75 / 907.061 0,46%
O - E		0,11%
O / E	<div style="background-color: #e6f2ff; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1,24</div>

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/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 bezeichneten Grades/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 von Krankenhausstandorten, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

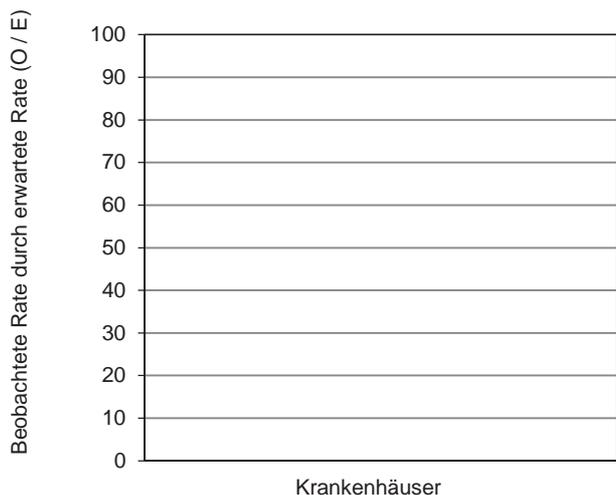
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,11	0,21	0,60	1,15	1,50	1,97	2,18	12,34

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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik von Krankenhausstandorten, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/ bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			5.332 / 908.723	0,59%

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

¹ im Jahr 2015 Indikator-ID 2015/DEK/52008

Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2¹

Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik von Krankenhausstandorten, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	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			4.099 / 908.723	0,45%

Vorjahresdaten	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			4.069 / 907.061	0,45%

¹ im Jahr 2015 Indikator-ID 2015/DEK/52326

Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet¹

Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patienten ab 20 Jahren der Risikostatistik von Krankenhausstandorten, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	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 ²			1.128 / 908.723	0,12%

Vorjahresdaten	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 ²			958 / 907.061	0,11%

¹ im Jahr 2015 Indikator-ID 2015/DEK/52327

² Dekubitus Grad/Kategorie 3 und Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet werden als gleichrangig betrachtet

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: 2016/DEK/52010

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	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 Referenzbereich			105 / 908.724	105,00 Fälle 0,01% Sentinel Event

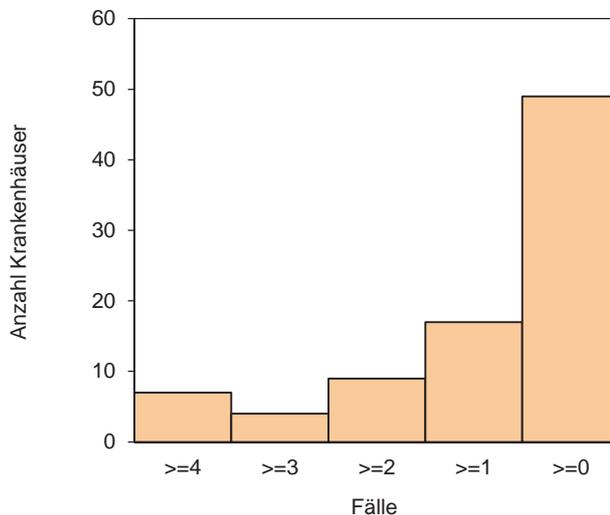
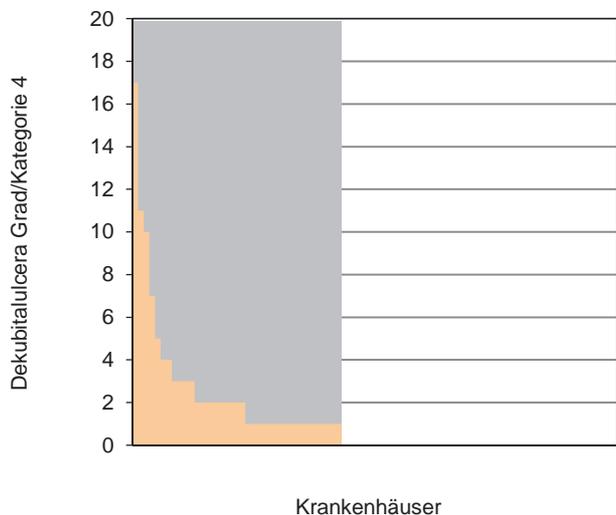
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			114 / 907.062	114,00 Fälle 0,01%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2016/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 ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

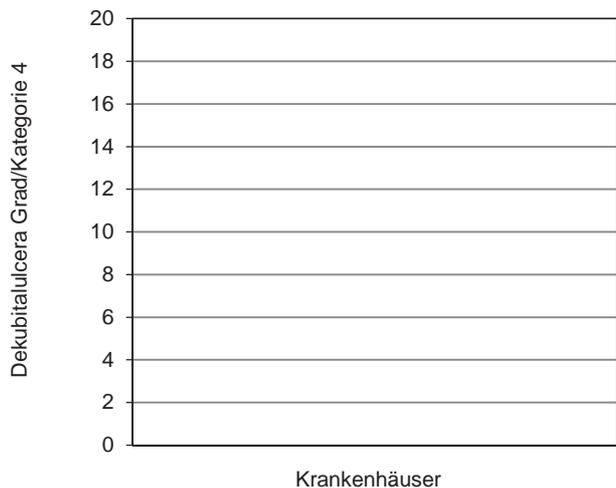
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	3,00	5,00	17,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 20 Jahren
Indikator-ID: 2016/DEK/850359
Referenzbereich: <= 4,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 52009, 52010

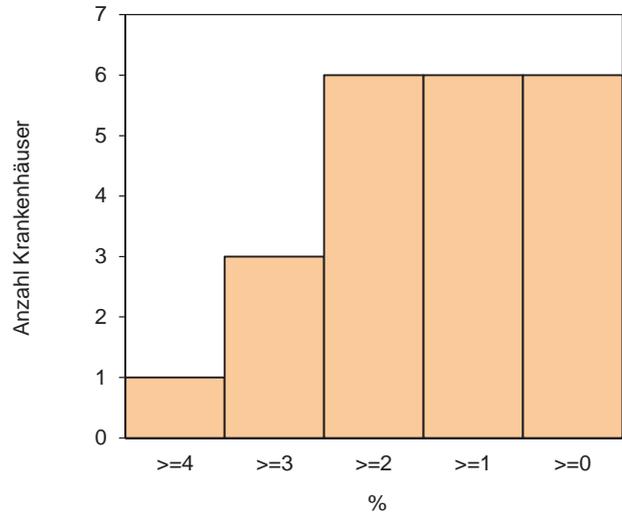
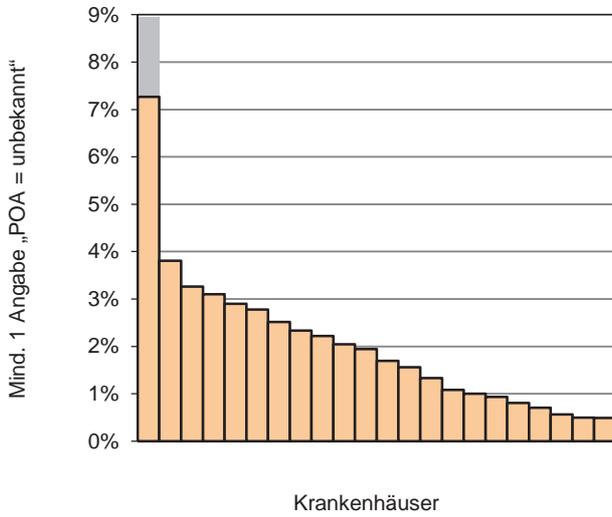
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation ¹ Vertrauensbereich			182 / 18.002	1,01%
Referenzbereich		<= 4,30%		0,87% - 1,17% <= 4,30%

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

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850359, Indikator-ID 2016/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: 22



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,49	0,49	0,56	0,93	1,82	2,78	3,26	3,81	7,26

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 20 Jahren
Indikator-ID: 2016/DEK/850361
Referenzbereich: <= 8,82% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 52009

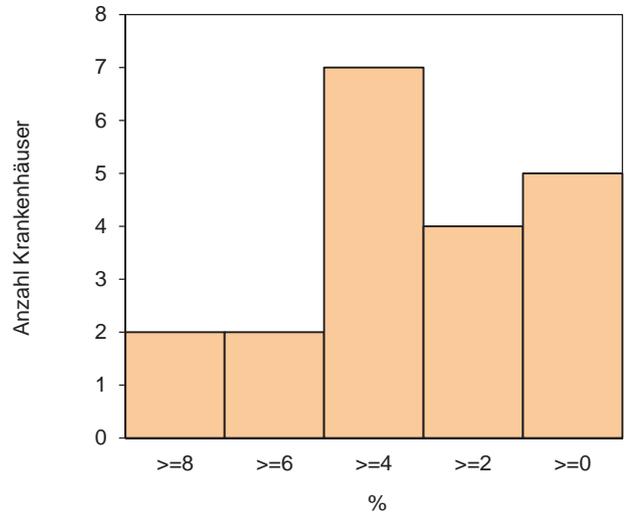
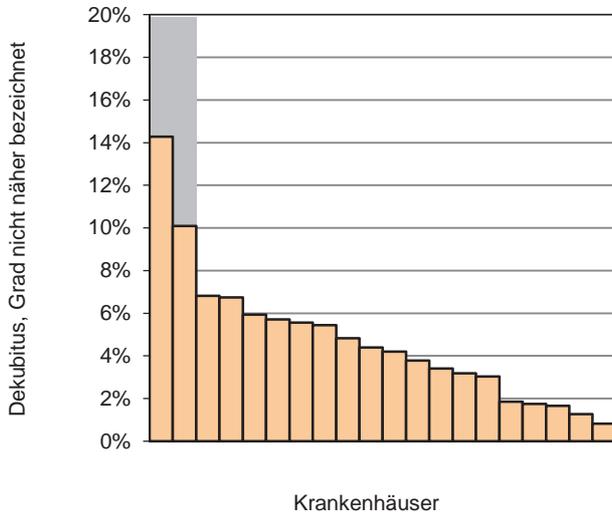
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation ¹			353 / 18.002	1,96%
Vertrauensbereich				1,77% - 2,17%
Referenzbereich		<= 8,82%		<= 8,82%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation			340 / 17.735	1,92%
Vertrauensbereich				1,73% - 2,13%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850361, Indikator-ID 2016/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: 20



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,83	1,04	1,46	2,44	4,30	5,83	8,45	12,18	14,29

Auffälligkeitskriterium: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung

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: 2016/DEK/850362

Referenzbereich: <= 4,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 52009, 52010

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Referenzbereich		34 / 167 34,00 Fälle <= 4,00 Fälle	34 / 167	34,00 Fälle <= 4,00 Fälle

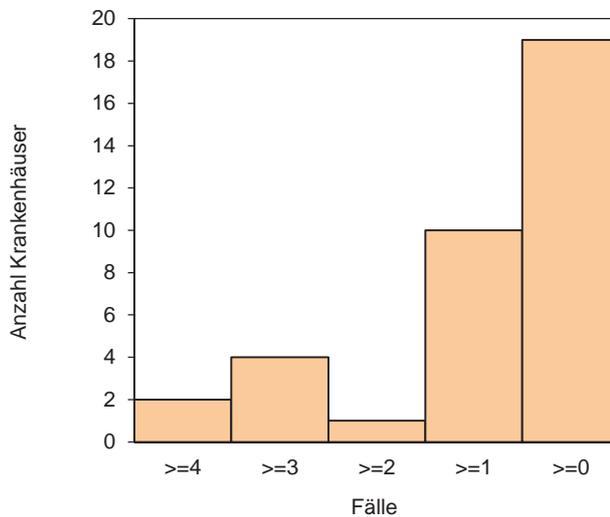
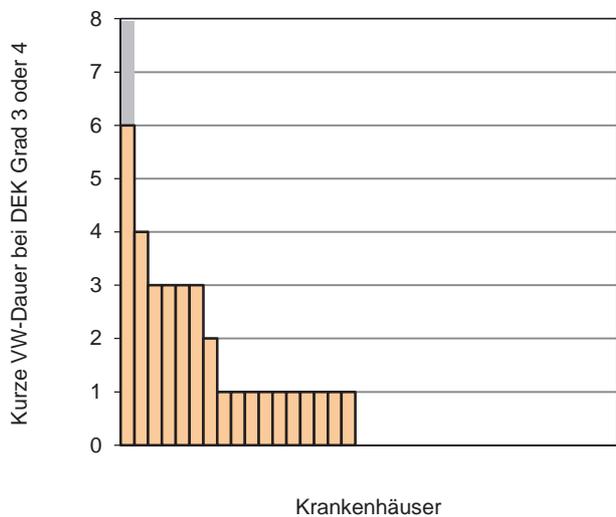
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen		50 / 118 50,00 Fälle	50 / 118	50,00 Fälle

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850362, Indikator-ID 2016/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:

36 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	0,00	1,00	3,00	4,00	6,00

Jahresauswertung 2016 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 88
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 18.002
Datensatzversion: DEK 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17027-L105622-P50982

Basisdaten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)¹			18.002		17.735	
davon						
Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen²			18.002 / 18.002	100,00	17.735 / 17.735	100,00
Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)¹			22.887		22.514	
davon						
Anzahl plausibler Datensätze²			22.887 / 22.887	100,00	22.514 / 22.514	100,00

¹ Alle importierten Datensätze aus den QS-Daten

² 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 2016	Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		18.001		17.735	
Median			13,00		13,00
Mittelwert			19,24		18,88

Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			18.002 / 18.002		17.735 / 17.735	
20 - 24 Jahre			14 / 18.002	0,08	18 / 17.735	0,10
25 - 29 Jahre			34 / 18.002	0,19	41 / 17.735	0,23
30 - 34 Jahre			59 / 18.002	0,33	74 / 17.735	0,42
35 - 39 Jahre			77 / 18.002	0,43	63 / 17.735	0,36
40 - 44 Jahre			113 / 18.002	0,63	127 / 17.735	0,72
45 - 49 Jahre			220 / 18.002	1,22	261 / 17.735	1,47
50 - 54 Jahre			508 / 18.002	2,82	463 / 17.735	2,61
55 - 59 Jahre			767 / 18.002	4,26	786 / 17.735	4,43
60 - 64 Jahre			1.386 / 18.002	7,70	1.276 / 17.735	7,19
65 - 69 Jahre			1.376 / 18.002	7,64	1.200 / 17.735	6,77
70 - 74 Jahre			1.979 / 18.002	10,99	2.143 / 17.735	12,08
75 - 79 Jahre			3.226 / 18.002	17,92	3.213 / 17.735	18,12
80 - 84 Jahre			3.422 / 18.002	19,01	3.264 / 17.735	18,40
85 - 89 Jahre			2.957 / 18.002	16,43	2.940 / 17.735	16,58
90 - 94 Jahre			1.513 / 18.002	8,40	1.555 / 17.735	8,77
>= 95 Jahre			351 / 18.002	1,95	311 / 17.735	1,75
Alter (Jahre)						
Patienten mit gültiger Altersangabe			18.002		17.735	
Median				78,00		78,00
Mittelwert				76,16		76,14
Geschlecht						
männlich			9.211 / 18.002	51,17	8.967 / 17.735	50,56
weiblich			8.791 / 18.002	48,83	8.768 / 17.735	49,44
unbekannt			0 / 18.002	0,00	0 / 17.735	0,00

Aufnahme

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grund der Aufnahme						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			17.597	97,75	17.304	97,57
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			399	2,22	431	2,43
stationäre Entbindung			1	0,01	0	0,00
Geburt			2	0,01	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			2	0,01	0	0,00
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			1	0,01	0	0,00

Dekubitus

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Dekubitalulzera			22.887	100,00	22.514	100,00
Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus						
2. Grades			13.762	60,13	13.926	61,85
3. Grades			6.097	26,64	5.652	25,10
4. Grades			2.634	11,51	2.570	11,42
Grad nicht näher bezeichnet			394	1,72	366	1,63
Lokalisation						
0 Kopf			531	2,32	468	2,08
1 obere Extremität			352	1,54	391	1,74
2 Dornfortsätze			108	0,47	100	0,44
3 Beckenkamm			90	0,39	117	0,52
4 Kreuzbein			8.835	38,60	8.521	37,85
5 Sitzbein			2.512	10,98	2.554	11,34
6 Trochanter			1.053	4,60	1.012	4,49
7 Ferse			5.696	24,89	5.719	25,40
8 sonstige Lokalisation der unteren Extremität			2.716	11,87	2.673	11,87
9 sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen			994	4,34	959	4,26
Seitenlokalisierung						
beide Seiten			1.831	8,00	1.996	8,87
keine Seitenlokalisierung angegeben			14.711	64,28	14.301	63,52
linke Seite			3.188	13,93	3.110	13,81
rechte Seite			3.157	13,79	3.107	13,80
Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)¹						
ja			16.649	72,74	16.492	73,25
nein			6.032	26,36	5.741	25,50
unbekannt			206	0,90	281	1,25
Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)¹						
ja			19.242	84,07	19.141	85,02
nein			3.156	13,79	2.810	12,48
unbekannt			489	2,14	563	2,50

¹ bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad

Risikofaktoren

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2						
ja			8.334	46,29	8.059	45,44
nein			9.668	53,71	9.676	54,56
nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus						
ja			309	1,72	311	1,75
nein			17.693	98,28	17.424	98,25
Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie						
ja			1.388	7,71	1.322	7,45
nein			16.614	92,29	16.413	92,55
hochaufwendige Pflege von Erwachsenen						
ja			2.827	15,70	2.447	13,80
nein			15.175	84,30	15.288	86,20
Beatmungsstunden ≥ 1 Stunde						
ja			2.817	15,65	2.742	15,46
nein			15.185	84,35	14.993	84,54
wenn ja:						
Dauer der Beatmung (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.817		2.742	
Median				222,00		216,50
Mittelwert				367,90		365,92

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			9.490	52,72	9.279	52,32
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			284	1,58	267	1,51
03: aus sonstigen Gründen			13	0,07	39	0,22
04: gegen ärztlichen Rat			77	0,43	68	0,38
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	2	0,01
06: Verlegung			1.261	7,00	1.237	6,97
07: Tod			3.248	18,04	3.296	18,58
08: Verlegung nach §14			25	0,14	32	0,18
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.372	7,62	1.363	7,69
10: in Pflegeeinrichtung			2.041	11,34	1.970	11,11
11: in Hospiz			75	0,42	73	0,41
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			14	0,08	13	0,07
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			9	0,05	11	0,06
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,01	4	0,02
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			89	0,49	81	0,46
22: Fallabschluss			3	0,02	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ 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 ¹	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			9.490		9.279	
			7.833 / 9.490	82,54	7.763 / 9.279	83,66
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			284		267	
			203 / 284	71,48	205 / 267	76,78
06: Verlegung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.261		1.237	
			1.066 / 1.261	84,54	1.046 / 1.237	84,56
07: Tod davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			3.248		3.296	
			3.021 / 3.248	93,01	3.037 / 3.296	92,14
09: in Rehabilitationseinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.372		1.363	
			1.058 / 1.372	77,11	1.061 / 1.363	77,84
10: in Pflegeeinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			2.041		1.970	
			1.774 / 2.041	86,92	1.728 / 1.970	87,72
11: in Hospiz davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			75		73	
			61 / 75	81,33	67 / 73	91,78

¹ 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 2016 erhalten Sie beim IQTIG (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 2016.

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 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 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 © 2017. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2015 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2016 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.

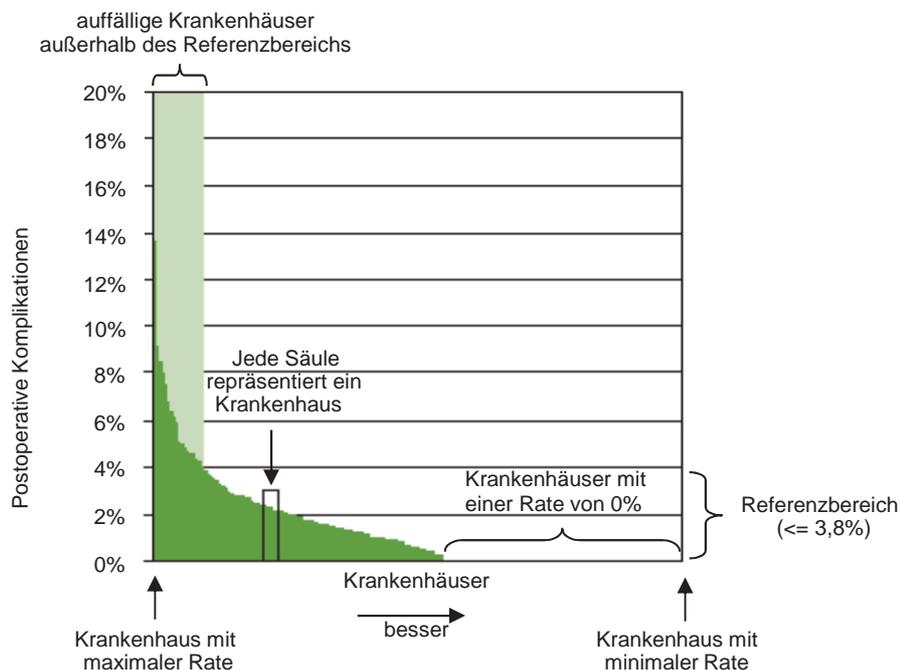
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

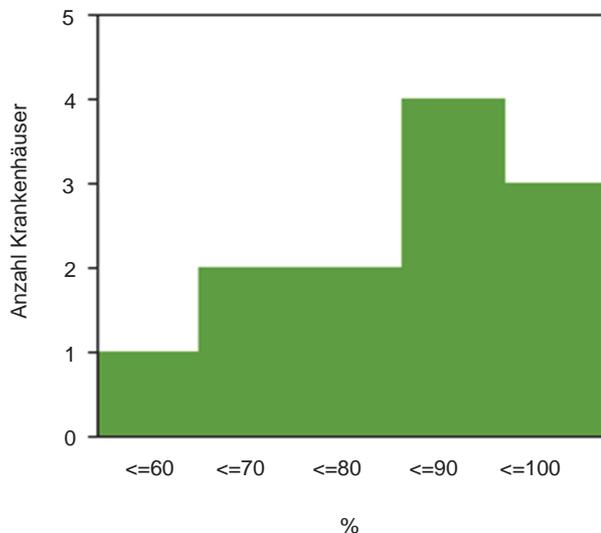
Beispiel:

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 2016/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2016.

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.