

Jahresauswertung 2017

Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 86
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 18.373
Datensatzversion: DEK 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17438-L109431-P52636

Jahresauswertung 2017
Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 86
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 18.373
Datensatzversion: DEK 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17438-L109431-P52636

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/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)							
			1,29	<= 2,39	innerhalb	-	7
2017/DEK/52010							
QI2: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4							
			89,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	105,00 Fälle	10

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. 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 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/DEK/850359							
Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)			0,46%	<= 4,25%	innerhalb	1,01%	12
2017/DEK/850361							
Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“			3,62%	<= 8,53%	innerhalb	1,96%	14
2017/DEK/850362							
Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung			27,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	34,00 Fälle	16

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 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Indikatoren und Kennzahlen ohne Referenzbereich

Die Berechnung dieser Kennzahlen findet auf Grundlage der Rechenregeln der QIDB 2017 statt.

Nach dem Verständnis des IQTIG müssen Qualitätsindikatoren, sofern sie sich nicht in der Erprobung befinden, grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Anderenfalls werden sie als Kennzahlen bezeichnet (siehe in dem vom IQTIG hinterlegten QIDB-2016-Positionspapier "Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich"). Durch technische Umstellungen bei der Bundesauswertungsstelle sind in der QIDB 2017 sowohl Qualitätsindikatoren als auch Kennzahlen ohne Angabe eines Referenzbereiches abgebildet. Erläuterungen zu diesen Indikatoren und Kennzahlen finden Sie in der QIDB 2017 im Anhang "Historie der Qualitätsindikatoren".

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden in dieser Auswertung auch Kennzahlen ohne Referenzbereich berechnet und zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die in den Vorjahren noch gültigen Indikator-IDs sind dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

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 Einrichtung 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 Krankenhausauswertungen 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.

Planungsrelevante Indikatoren

Die QIDB 2017 beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende 11 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

Berechnungsgrundlagen und Vorjahresergebnisse

Ab 2013 wird die Dekubitusauswertung auf Basis von zwei voneinander unabhängigen Datentöpfen berechnet. Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators 2 (52010) 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 2016, deren Entlassungsdatum zwischen dem 01.01.2017 und dem 31.12.2017 liegt.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis der Risikostatistik für alle Patienten, die in den Jahren 2016 oder 2017 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2017 und 31.12.2017 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 2016 oder 2017 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2017 und 31.12.2017 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.

Bei dem Qualitätsindikator 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.

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 aus der Risikostatistik

Indikator-ID: 2017/DEK/52009

Referenzbereich: <= 2,39 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
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)		5.090 / 904.102 0,56%
vorhergesagt (E) ¹		3.932,71 / 904.102 0,43%
O - E		0,13%

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 2017	Gesamt 2017
O / E ²		1,29
Referenzbereich	<= 2,39	<= 2,39

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 ¹	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)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-

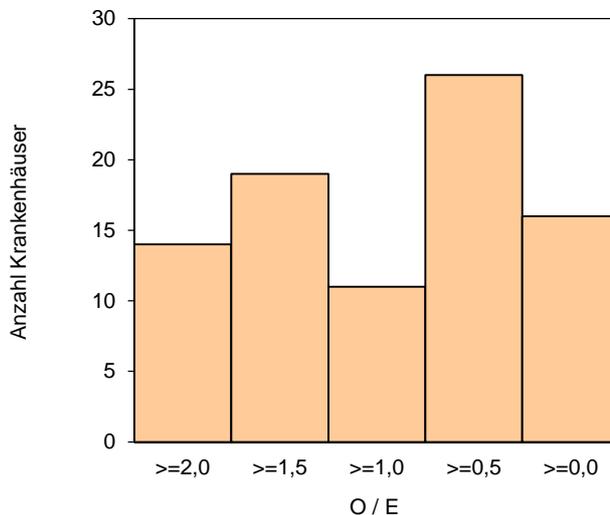
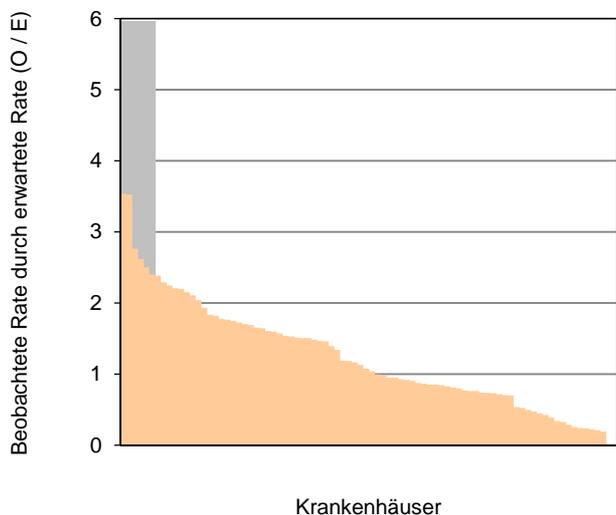
¹ Aufgrund geänderter Spezifikation in 2017 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2017/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 aus der Risikostatistik

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

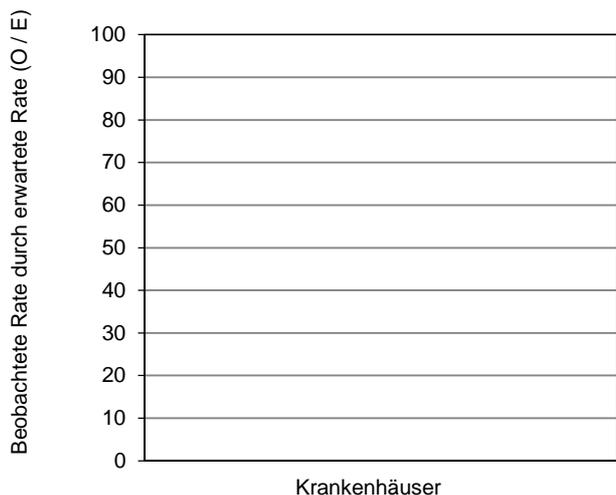
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,22	0,29	0,73	1,06	1,70	2,25	2,50	3,54

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.

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: 2017/DEK/52010

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	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			89 / 904.102	89,00 Fälle 0,01%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

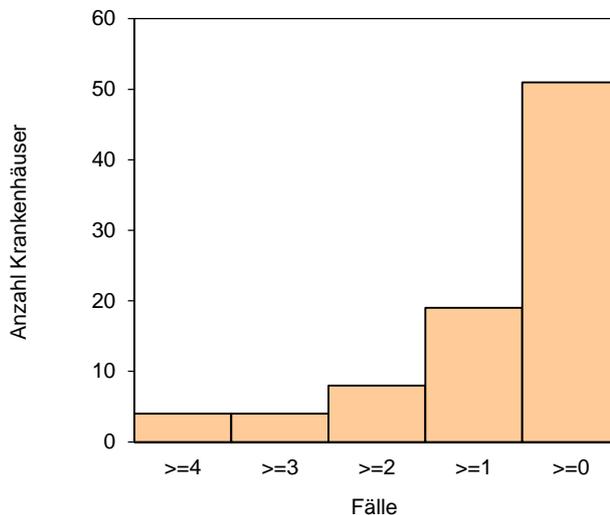
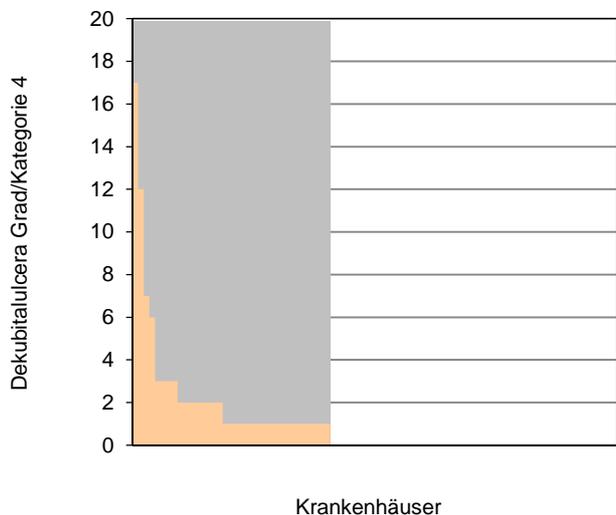
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			105 / 908.724	105,00 Fälle 0,01%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2017/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:

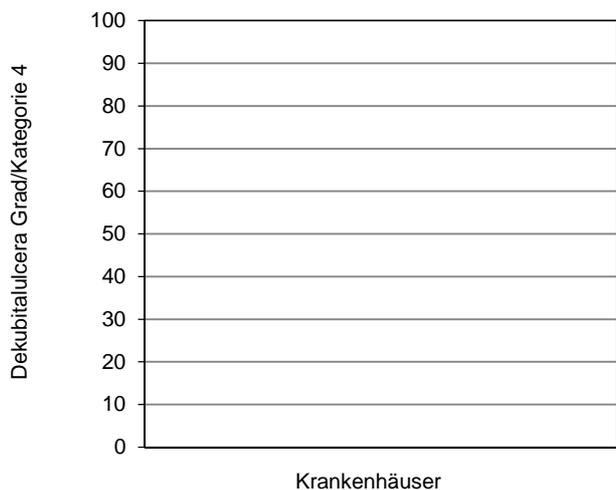
86 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,00	3,00	17,00

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 20 Jahren
Indikator-ID: 2017/DEK/850359
Referenzbereich: <= 4,25% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 52009, 52010

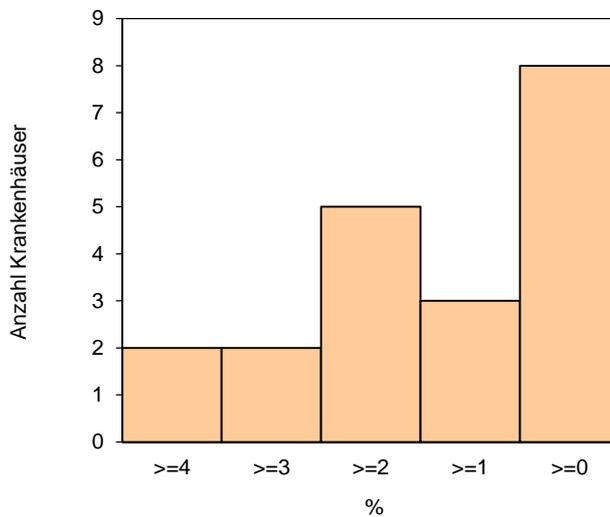
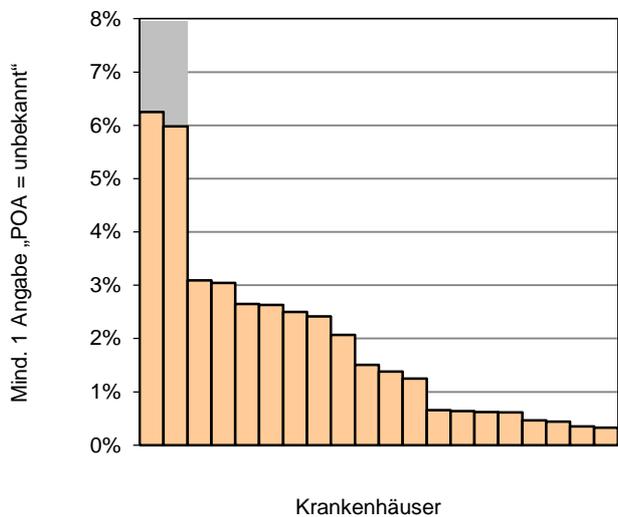
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation ¹ Vertrauensbereich			84 / 18.373	0,46%
Referenzbereich		<= 4,25%		0,37% - 0,57% <= 4,25%

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

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

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850359, Indikator-ID 2017/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: 20



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,33	0,34	0,40	0,62	1,44	2,64	4,54	6,12	6,25

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 20 Jahren
Indikator-ID: 2017/DEK/850361
Referenzbereich: <= 8,53% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 52009

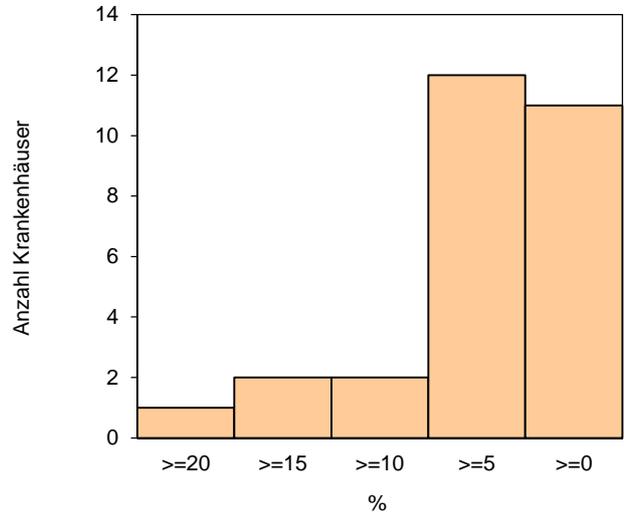
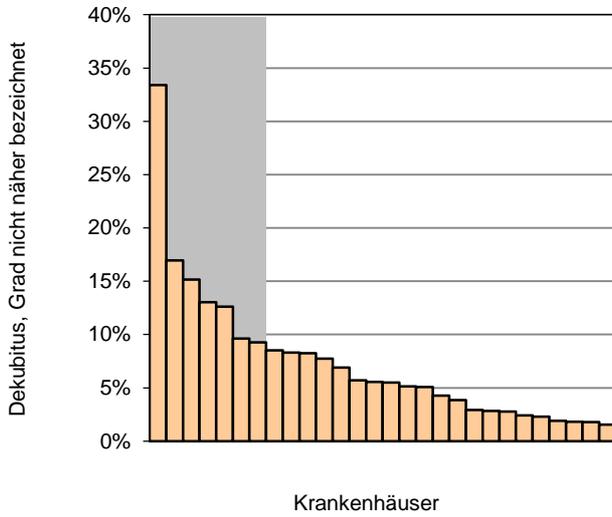
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation ¹			666 / 18.373	3,62%
Vertrauensbereich				3,36% - 3,90%
Referenzbereich		<= 8,53%		<= 8,53%

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

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850361, Indikator-ID 2017/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: 28



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,54	1,78	1,82	2,80	5,53	8,89	15,15	16,96	33,40

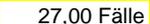
Auffälligkeitskriterium: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung

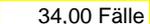
Grundgesamtheit: Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag

Indikator-ID: 2017/DEK/850362

Referenzbereich: <= 4,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 52009, 52010

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	27 / 162	 <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen			34 / 167	 34,00 Fälle

Jahresauswertung 2017 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 86
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 18.373
Datensatzversion: DEK 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17438-L109431-P52636

Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)¹			18.373		18.002	
davon						
Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen²			18.373 / 18.373	100,00	18.002 / 18.002	100,00
Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)¹			23.446		22.887	
davon						
Anzahl plausibler Datensätze²			23.446 / 23.446	100,00	22.887 / 22.887	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 2017	Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		18.373		18.001	
Median			13,00		13,00
Mittelwert			19,04		19,24

Patienten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			18.373 / 18.373		18.002 / 18.002	
20 - 24 Jahre			16 / 18.373	0,09	14 / 18.002	0,08
25 - 29 Jahre			38 / 18.373	0,21	34 / 18.002	0,19
30 - 34 Jahre			65 / 18.373	0,35	59 / 18.002	0,33
35 - 39 Jahre			86 / 18.373	0,47	77 / 18.002	0,43
40 - 44 Jahre			89 / 18.373	0,48	113 / 18.002	0,63
45 - 49 Jahre			241 / 18.373	1,31	220 / 18.002	1,22
50 - 54 Jahre			525 / 18.373	2,86	508 / 18.002	2,82
55 - 59 Jahre			782 / 18.373	4,26	767 / 18.002	4,26
60 - 64 Jahre			1.333 / 18.373	7,26	1.386 / 18.002	7,70
65 - 69 Jahre			1.547 / 18.373	8,42	1.376 / 18.002	7,64
70 - 74 Jahre			1.819 / 18.373	9,90	1.979 / 18.002	10,99
75 - 79 Jahre			3.300 / 18.373	17,96	3.226 / 18.002	17,92
80 - 84 Jahre			3.541 / 18.373	19,27	3.422 / 18.002	19,01
85 - 89 Jahre			3.043 / 18.373	16,56	2.957 / 18.002	16,43
90 - 94 Jahre			1.509 / 18.373	8,21	1.513 / 18.002	8,40
>= 95 Jahre			439 / 18.373	2,39	351 / 18.002	1,95
Alter (Jahre)						
Patienten mit gültiger Altersangabe			18.373		18.002	
Median				79,00		78,00
Mittelwert				76,27		76,16
Geschlecht						
männlich			9.645 / 18.373	52,50	9.211 / 18.002	51,17
weiblich			8.728 / 18.373	47,50	8.791 / 18.002	48,83
unbestimmt ¹			0 / 18.373	0,00	-	-
unbekannt			0 / 18.373	0,00	0 / 18.002	0,00

¹ neuer Schlüsselwert in 2017

Aufnahme

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grund der Aufnahme						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			17.987	97,90	17.597	97,75
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			382	2,08	399	2,22
stationäre Entbindung			1	0,01	1	0,01
Geburt			0	0,00	2	0,01
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			2	0,01	2	0,01
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			1	0,01	1	0,01

Dekubitus

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Dekubitalulzera			23.446	100,00	22.887	100,00
Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus						
2. Grades			13.781	58,78	13.762	60,13
3. Grades			6.337	27,03	6.097	26,64
4. Grades			2.575	10,98	2.634	11,51
Grad nicht näher bezeichnet			753	3,21	394	1,72
Lokalisation						
0 Kopf			559	2,38	531	2,32
1 obere Extremität			364	1,55	352	1,54
2 Dornfortsätze			109	0,46	108	0,47
3 Beckenkamm			99	0,42	90	0,39
4 Kreuzbein			8.710	37,15	8.835	38,60
5 Sitzbein			2.708	11,55	2.512	10,98
6 Trochanter			1.164	4,96	1.053	4,60
7 Ferse			5.821	24,83	5.696	24,89
8 sonstige Lokalisation der unteren Extremität			2.923	12,47	2.716	11,87
9 sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen			989	4,22	994	4,34
Seitenlokalisierung						
beidseitig			2.082	8,88	1.831	8,00
keine Seitenlokalisierung angegeben			14.307	61,02	14.711	64,28
links			3.618	15,43	3.188	13,93
rechts			3.439	14,67	3.157	13,79
Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)¹						
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad						
ja			17.510	74,68	16.649	72,74
nein			5.838	24,90	6.032	26,36
unbekannt			98	0,42	206	0,90
Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)¹						
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad						
ja			19.784	84,38	19.242	84,07
nein			3.293	14,05	3.156	13,79
unbekannt			369	1,57	489	2,14

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

Risikofaktoren

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2 (gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-)						
ja			8.364	45,52	8.334	46,29
nein			10.009	54,48	9.668	53,71
nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus (gemeint ist "sonstiger näher bezeichneter Diabetes Mellitus" gemäß ICD-10-GM: E13.-)						
ja			135	0,73	309	1,72
nein			18.238	99,27	17.693	98,28
eingeschränkte Mobilität¹ (gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3)						
ja			8.047	43,80	-	-
nein			9.503	51,72	-	-
Infektion¹ (gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-)						
ja			5.310	28,90	-	-
nein			12.240	66,62	-	-
Demenz und Vigilanzstörung¹ (gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-)						
ja			3.729	20,30	-	-
nein			13.821	75,22	-	-

¹ neues Datenfeld in 2017

Risikofaktoren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Inkontinenz¹ (gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.-)						
ja			9.274	50,48	-	-
nein			8.276	45,04	-	-
Untergewicht oder Mangelernährung¹ (gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-)						
ja			2.290	12,46	-	-
nein			15.260	83,06	-	-
Adipositas¹ (gemäß ICD-10-GM: E66.X2)						
ja			553	3,01	-	-
nein			16.997	92,51	-	-
weitere schwere Erkrankungen¹ (gemäß ICD-10-GM: B37.1, B37.7, D50.-, D51.-, D52.-, D53.-, D61.-, D62.-, D63.-, D64.-, D72.8, G63,2, K70.-, K72.-, K74.-, N17.-, N18.4, N18.5, N99.0, R18.-, R34.-, R60.-, R77.0, U69.00, Z99.2)						
ja			9.426	51,30	-	-
nein			8.124	44,22	-	-
Dauer der Beatmung (Stunden)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			18.373		18.002	
Median				0,00		0,00
Mittelwert				60,87		57,61

¹ neues Datenfeld in 2017

² Aufgrund von geänderten Berechnungsgrundlagen können die Werte von der Auswertung 2016 abweichen.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			9.617	52,34	9.490	52,72
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			291	1,58	284	1,58
03: aus sonstigen Gründen			8	0,04	13	0,07
04: gegen ärztlichen Rat			89	0,48	77	0,43
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1.366	7,43	1.261	7,00
07: Tod			3.257	17,73	3.248	18,04
08: Verlegung nach § 14			27	0,15	25	0,14
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.348	7,34	1.372	7,62
10: in Pflegeeinrichtung			2.150	11,70	2.041	11,34
11: in Hospiz			87	0,47	75	0,42
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			19	0,10	14	0,08
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			7	0,04	9	0,05
15: gegen ärztlichen Rat			6	0,03	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			97	0,53	89	0,49
22: Fallabschluss			4	0,02	3	0,02
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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			9.617		9.490	
			8.041 / 9.617	83,61	7.833 / 9.490	82,54
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			291		284	
			201 / 291	69,07	203 / 284	71,48
06: Verlegung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.366		1.261	
			1.175 / 1.366	86,02	1.066 / 1.261	84,54
07: Tod davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			3.257		3.248	
			3.045 / 3.257	93,49	3.021 / 3.248	93,01
09: in Rehabilitationseinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.348		1.372	
			1.034 / 1.348	76,71	1.058 / 1.372	77,11
10: in Pflegeeinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			2.150		2.041	
			1.868 / 2.150	86,88	1.774 / 2.041	86,92
11: in Hospiz davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			87		75	
			79 / 87	90,80	61 / 75	81,33

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 2017 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 2017.

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 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 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 © 2018. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2016 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2017 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.

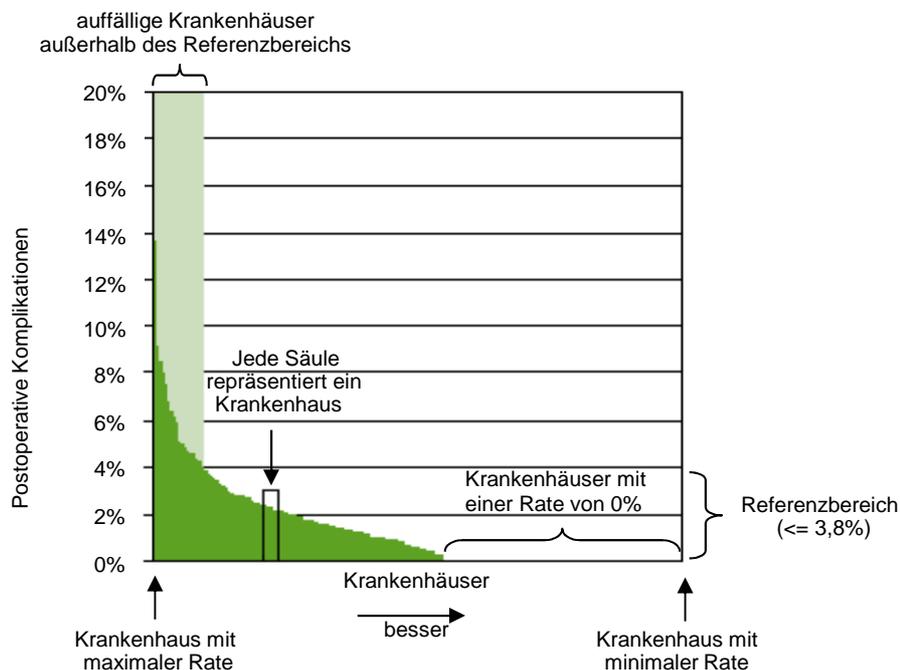
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

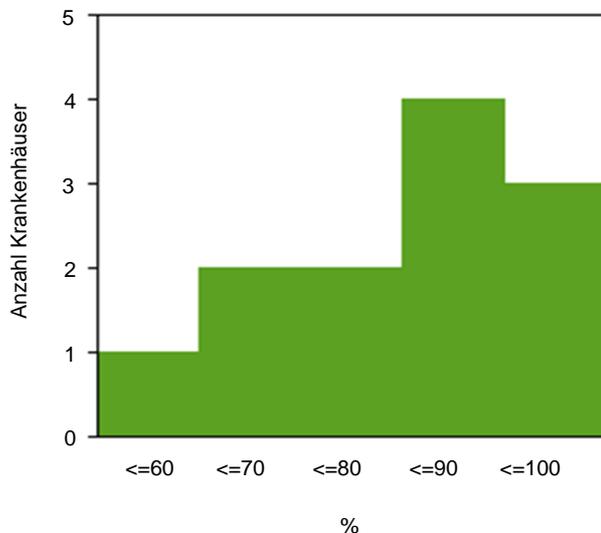
Beispiel:

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 2017/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2017.

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.