

Jahresauswertung 2013

Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 78
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 17.147
Datensatzversion: DEK 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14384-L90802-P44072

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2013 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 78
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 17.147
Datensatzversion: DEK 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14384-L90802-P44072

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 1: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera							
1a: 2013/DEK/52008 Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)							
			0,6%	nicht definiert	-		5
1b: 2013/DEK/52009 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)							
			1,14	<= 2,16	innerhalb		7
2013/DEK/52010 QI2: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4							
			209,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig		9

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Aufgrund der erheblichen Änderungen hinsichtlich Erfassungszeitraum, Datensatz und Rechenregeln können keine Vorjahresergebnisse dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Berechnungsgrundlagen und Vorjahresergebnisse

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

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis der Risikostatistik für alle Patienten mit einem Alter von mindestens 20 Jahren, die im Jahr 2013 aufgenommen und bis zum 31.12.2013 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 im Jahr 2013 aufgenommen und bis zum 31.12.2013 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 1a (52008) und 1b (52009)

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

Bei den Qualitätsindikatoren 1a (52008) und 2 (52010) kann für Auswertungseinheiten (Krankenhäuser oder Betriebsstätten), 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.

Vorjahresergebnisse

Aufgrund der erheblichen Änderungen zum Erfassungsjahr 2013 hinsichtlich Erfassungszeitraum, Datensatz und Rechenregeln werden in dieser Auswertung keine Vorjahresergebnisse dargestellt.

Qualitätsindikatorengruppe 1: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera

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

Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)

Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patienten ab 33 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

Kennzahl-ID: (QI 1a): 2013/DEK/52008

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

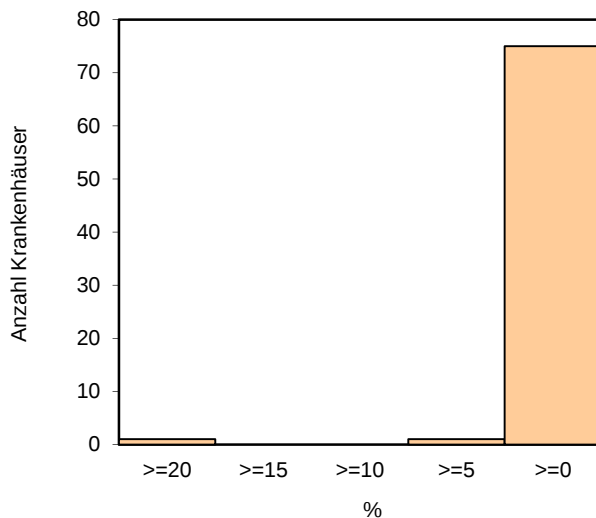
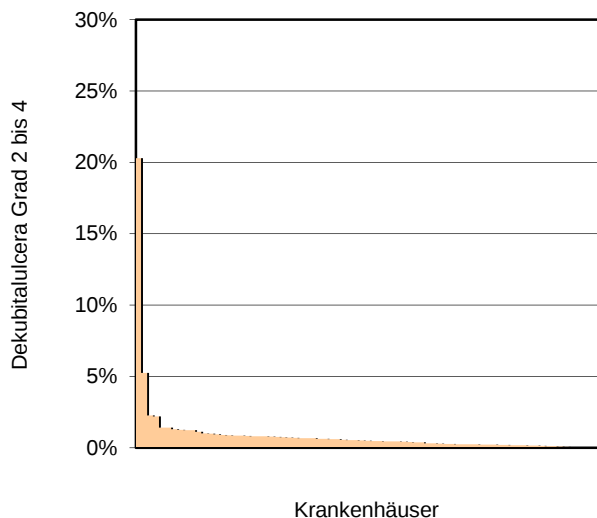
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand Referenzbereich		nicht definiert	5.003 / 811.500	0,6% nicht definiert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2013/DEK/52008]:

Anteil von Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näherbezeichnetem Grad, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationär behandelten Patienten ab 33 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

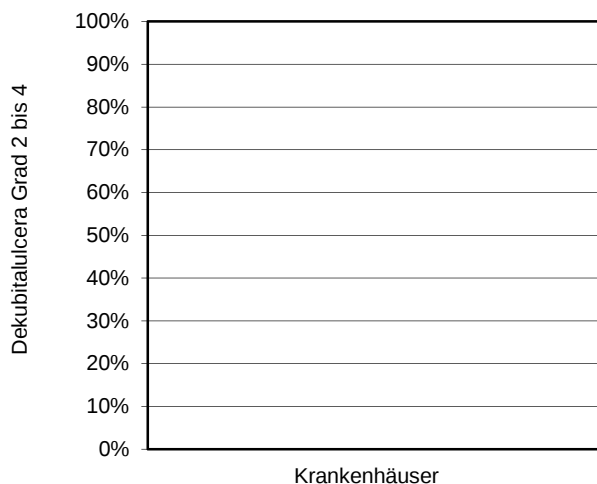
77 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	0,8	1,3	2,2	20,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalucera (ohne Dekubitalucera Grad 1)

Kennzahl-ID: (QI 1b): 2013/DEK/52009

Referenzbereich: $\leq 2,16$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand		
beobachtet (O)		5.003 / 811.500 0,62%
vorhergesagt (E) ¹		4.400,21 / 811.500 0,54%
O - E		0,07%

¹ Erwartete Rate an Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, 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 2013	Gesamt 2013
O / E ² Referenzbereich	 $\leq 2,16$	 $\leq 2,16$

² Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, 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 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, 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 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, ist 20% größer als erwartet.

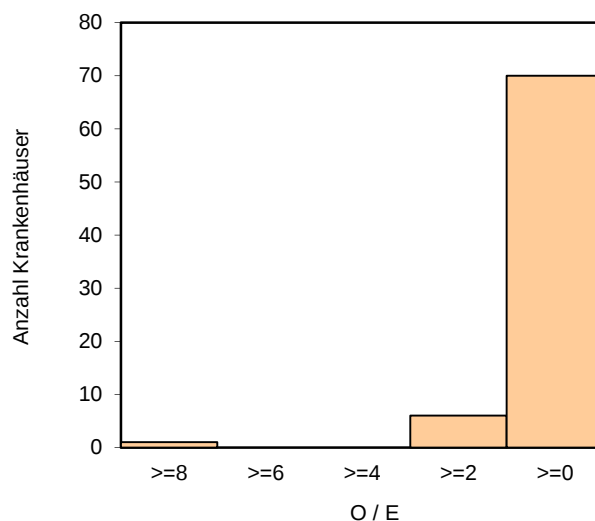
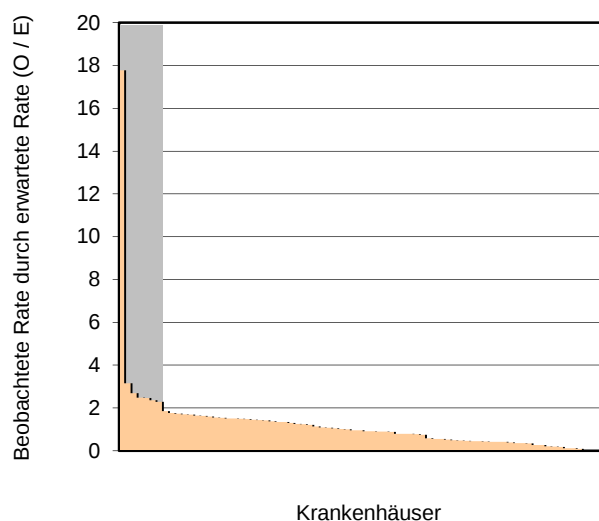
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2013/DEK/52009]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten ab 33 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näherbezeichnetem Grad, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand bei allen vollstationär behandelten Patienten ab 33 Jahren der Risikostatistik aus Krankenhäusern, die mehr als 20 Fälle in der Risikostatistik ausweisen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

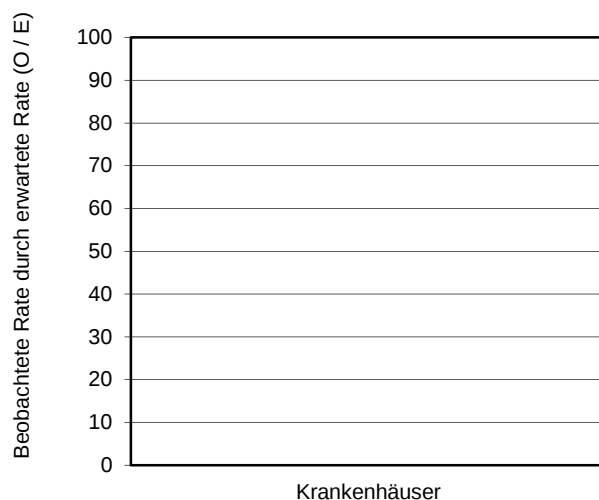
77 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,09	0,19	0,44	0,95	1,49	1,85	2,48	17,78

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4

Qualitätsziel:	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus Grad 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Grundgesamtheit:	Alle vollstationär behandelten Patienten der Risikostatistik
Kennzahl-ID:	2013/DEK/52010
Referenzbereich:	Sentinel Event

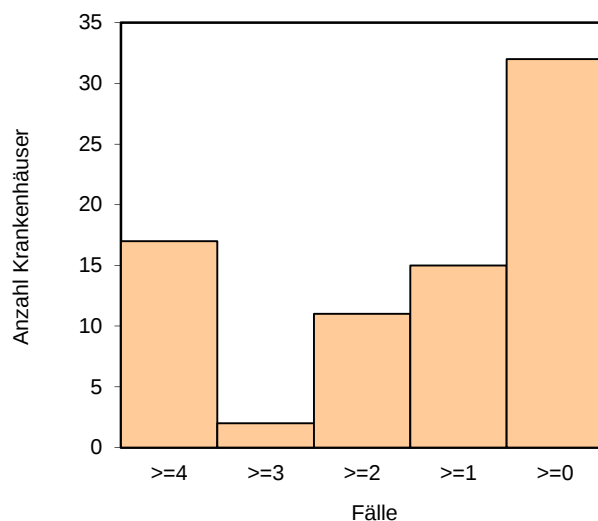
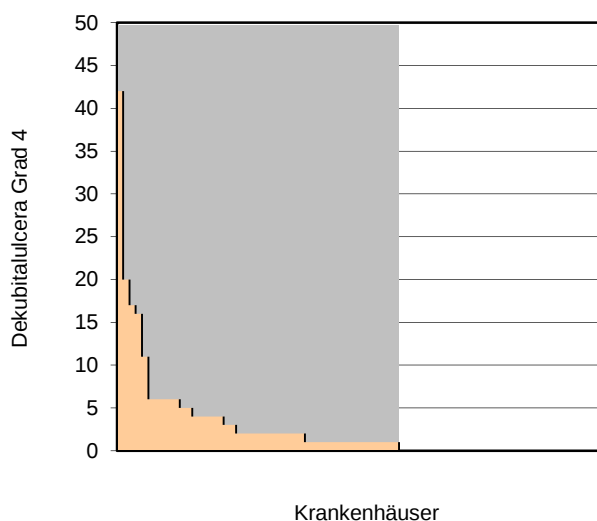
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand Referenzbereich			209 / 919.034	209,0 Fälle
		Sentinel Event		Sentinel Event

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2013/DEK/52010]:

Anteil von Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationär behandelten Patienten der Risikostatistik

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

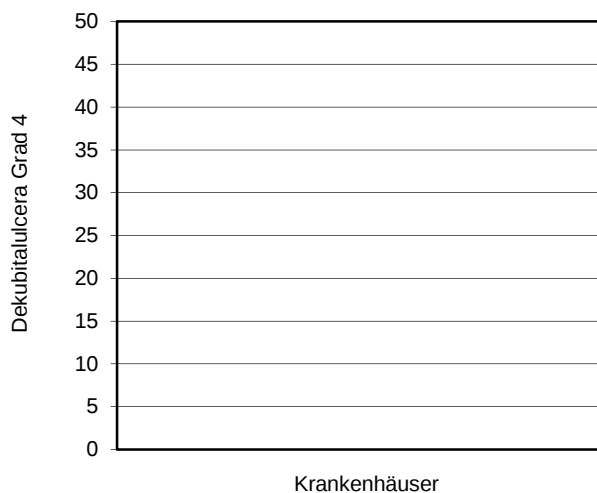
77 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	6,0	16,0	42,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013

Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Sachsen): 78
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 17.147
Datensatzversion: DEK 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14384-L90802-P44072

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)¹			17.158			
davon Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen²			17.147 / 17.158	99,9		
Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)¹			21.138			
davon Anzahl plausibler Datensätze²			21.093 / 21.138	99,8		

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			17.147			
Median				12,0		
Mittelwert				18,0		

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			17.147 / 17.147			
20 - 24 Jahre			27 / 17.147	0,2		
25 - 29 Jahre			35 / 17.147	0,2		
30 - 34 Jahre			67 / 17.147	0,4		
35 - 39 Jahre			62 / 17.147	0,4		
40 - 44 Jahre			123 / 17.147	0,7		
45 - 49 Jahre			214 / 17.147	1,2		
50 - 54 Jahre			479 / 17.147	2,8		
55 - 59 Jahre			671 / 17.147	3,9		
60 - 64 Jahre			1.048 / 17.147	6,1		
65 - 69 Jahre			1.044 / 17.147	6,1		
70 - 74 Jahre			2.162 / 17.147	12,6		
75 - 79 Jahre			3.098 / 17.147	18,1		
80 - 84 Jahre			3.196 / 17.147	18,6		
85 - 89 Jahre			2.964 / 17.147	17,3		
90 - 94 Jahre			1.669 / 17.147	9,7		
>= 95 Jahre			288 / 17.147	1,7		
Alter (Jahre)						
Patienten mit gültiger Altersangabe			17.147			
Median				79,0		
Mittelwert				76,8		
Geschlecht						
männlich			8.338 / 17.147	48,6		
weiblich			8.808 / 17.147	51,4		
unbekannt			1 / 17.147	0,0		

Aufnahme

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grund der Aufnahme						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			16.719	97,5		
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			419	2,4		
Krankenhausbehandlung, teilstationär			0	0,0		
vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung			0	0,0		
stationäre Entbindung			0	0,0		
Geburt			1	0,0		
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			8	0,0		
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,0		

Dekubitus

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Dekubitalulzera			21.093	100,0		
Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitus (mit Lokalisation)						
2. Grades			13.240	62,8		
3. Grades			4.881	23,1		
4. Grades			2.369	11,2		
Grad nicht näher bezeichnet			603	2,9		
Lokalisation						
0 Kopf			346	1,6		
1 Obere Extremität			320	1,5		
2 Dornfortsätze			103	0,5		
3 Beckenkamm			96	0,5		
4 Kreuzbein			8.260	39,2		
5 Sitzbein			2.453	11,6		
6 Trochanter			841	4,0		
7 Ferse			5.265	25,0		
8 Sonstige Lokalisation der unteren Extremität			2.356	11,2		
9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen			1.053	5,0		
Seitenlokalisierung						
Beide Seiten			1.491	7,1		
Keine Seitenlokalisierung angegeben			15.161	71,9		
Linke Seite			2.272	10,8		
Rechte Seite			2.169	10,3		
Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)						
ja			15.341	72,7		
nein			5.416	25,7		
unbekannt			336	1,6		
Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)						
ja			17.891	84,8		
nein			2.795	13,3		
unbekannt			407	1,9		

Risikofaktoren

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2						
ja			7.600	44,3		
nein			9.547	55,7		
Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus						
ja			388	2,3		
nein			16.759	97,7		
Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie						
ja			1.110	6,5		
nein			16.037	93,5		
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen						
ja			2.521	14,7		
nein			14.626	85,3		
Beatmungsstunden ≥ 1 Stunde						
ja			2.343	13,7		
nein			14.804	86,3		
wenn ja: Dauer der Beatmung (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.342			
Median				226,5		
Mittelwert				359,3		

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8.983	52,4		
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			250	1,5		
03: aus sonstigen Gründen			42	0,2		
04: gegen ärztlichen Rat			55	0,3		
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0		
06: Verlegung			975	5,7		
07: Tod			3.213	18,7		
08: Verlegung nach § 14			26	0,2		
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.405	8,2		
10: in Pflegeeinrichtung			2.031	11,8		
11: in Hospiz			59	0,3		
12: interne Verlegung			0	0,0		
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			22	0,1		
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			4	0,0		
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0		
16: externe Verlegung			0	0,0		
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			71	0,4		
18: Rückverlegung			0	0,0		
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			5	0,0		
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			2	0,0		
21: Wiederaufnahme			0	0,0		
22: Fallabschluss			2	0,0		

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>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</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>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

Entlassungsgrund und Dekubitusstatus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			8.983			
			7.465	83,1		
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			250			
			178	71,2		
06: Verlegung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			975			
			826	84,7		
07: Tod davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			3.213			
			2.956	92,0		
09: in Rehabilitationseinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.405			
			1.106	78,7		
10: in Pflegeeinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			2.031			
			1.762	86,8		
11: in Hospiz davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			59			
			52	88,1		

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

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Risikoadjustierung mit dem logistischen Dekubitus-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter www.sqg.de.

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 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sgg.de).

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:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% 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% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ 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 2013.

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: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (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 $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% 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 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 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.

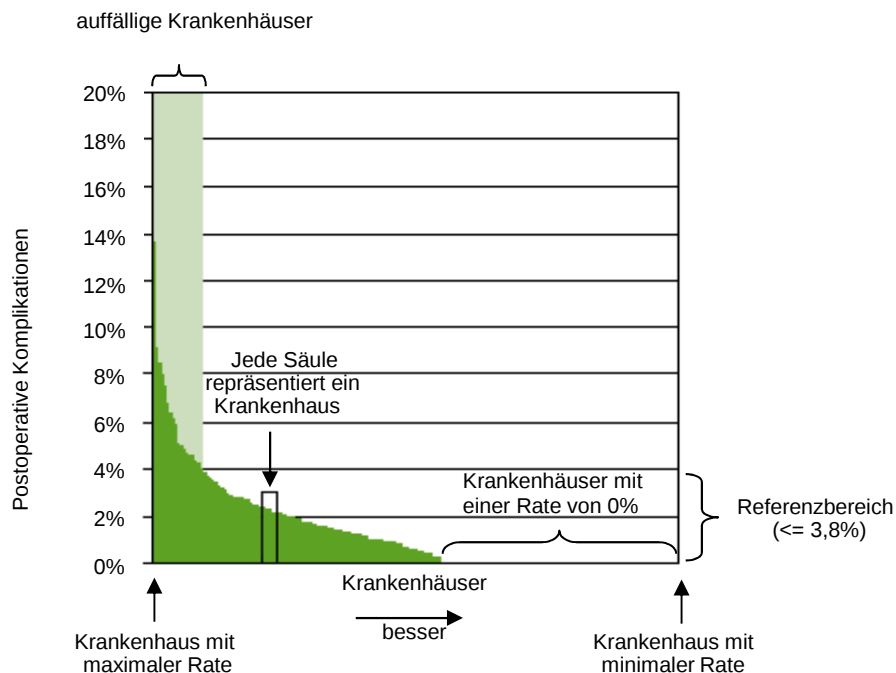
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

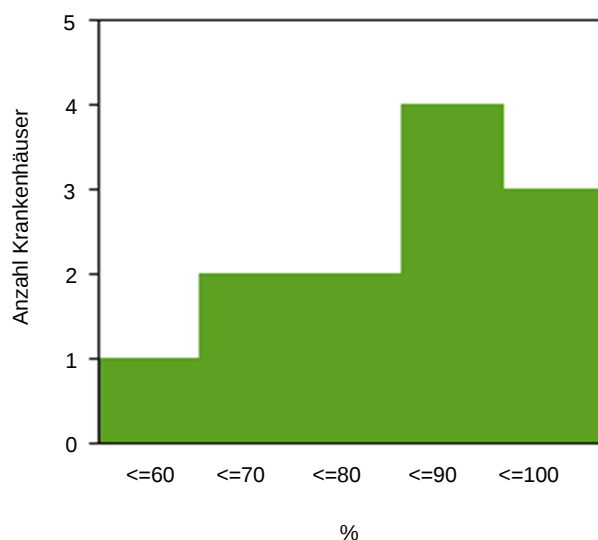
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	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 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse 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.