

# Jahresauswertung 2017

## Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Hamburg): 29  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 7.101  
Datensatzversion: DEK 2017  
Datenbankstand: 01. März 2018  
2017 - D17435-L109401-P52620

Jahresauswertung 2017  
Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Hamburg): 29  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 7.101  
Datensatzversion: DEK 2017  
Datenbankstand: 01. März 2018  
2017 - D17435-L109401-P52620

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2017/DEK/52009							
<b>QI 1:Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1)</b>							
			0,76	<= 2,39	innerhalb	-	7
2017/DEK/52010							
<b>QI2: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>							
			33,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	26,00 Fälle	10

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 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 <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2017/DEK/850359							
<b>Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)</b>			1,37%	<= 4,25%	innerhalb	0,65%	12
2017/DEK/850361							
<b>Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“</b>			2,55%	<= 8,53%	innerhalb	2,13%	14
2017/DEK/850362							
<b>Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung</b>			7,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	8,00 Fälle	16

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 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)		1.513 / 465.669 0,32%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		1.992,95 / 465.669 0,43%
O - E		-0,10%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher 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 <sup>2</sup>		0,76
Referenzbereich	<= 2,39	<= 2,39

<sup>2</sup> 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 <sup>1</sup>	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	-	-

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Spezifikation in 2017 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

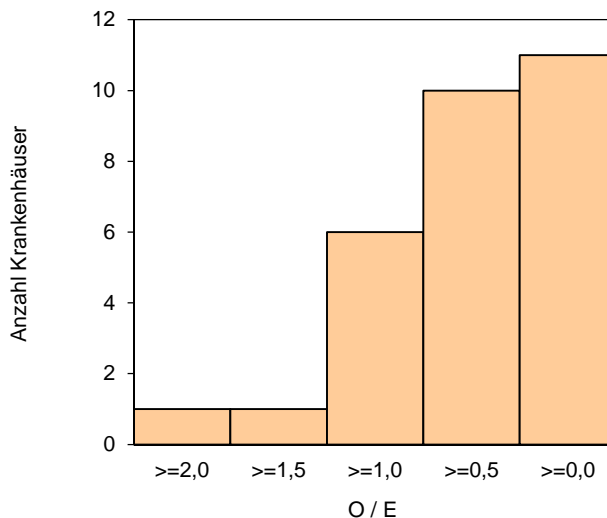
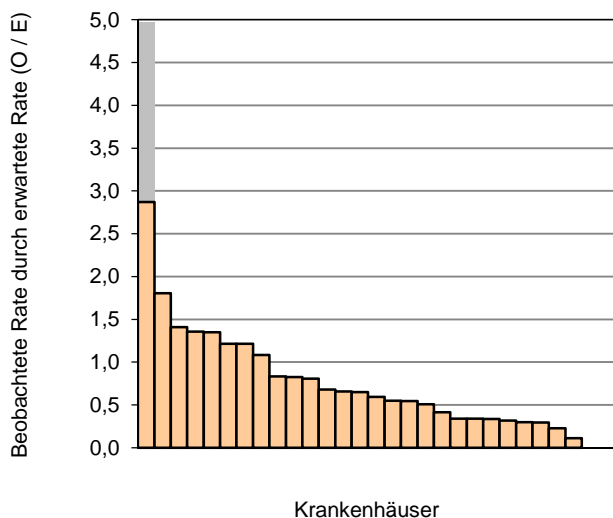


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2017/DEK/52009]:**

**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:**

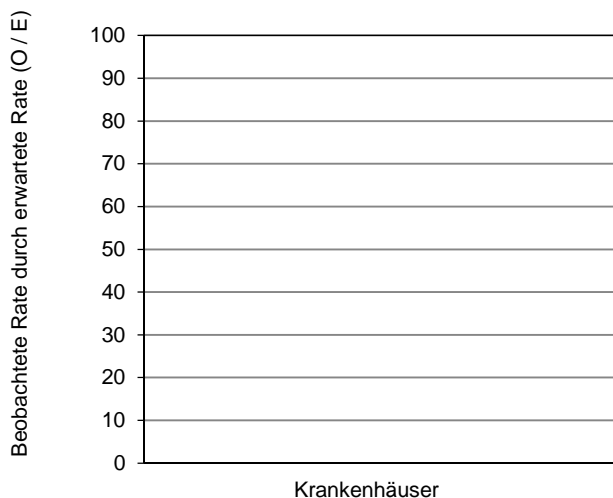
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,11	0,33	0,59	1,08	1,41	1,80	2,87

**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			33 / 465.669	33,00 Fälle 0,01%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

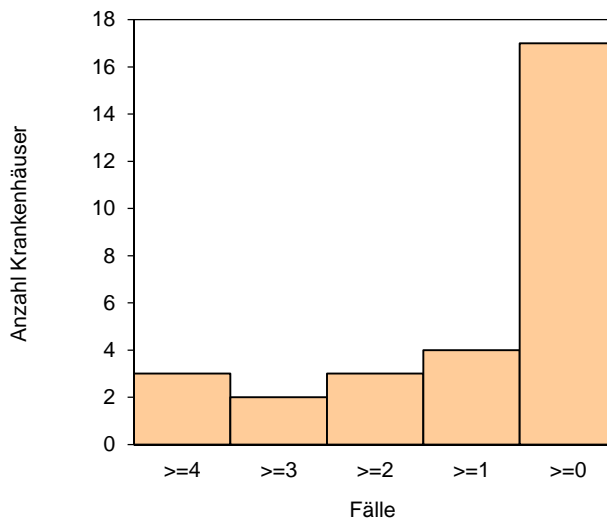
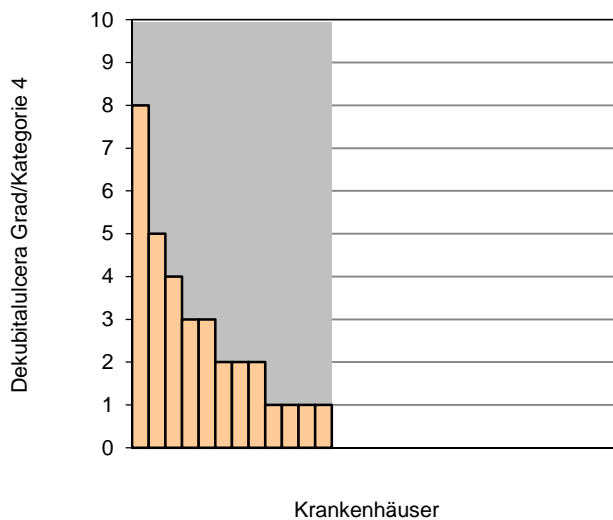
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand			26 / 478.594	26,00 Fälle 0,01%

**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:**

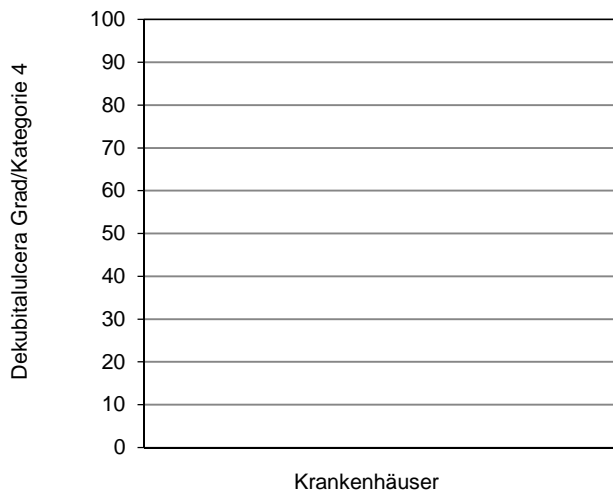
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	4,00	5,00	8,00

**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

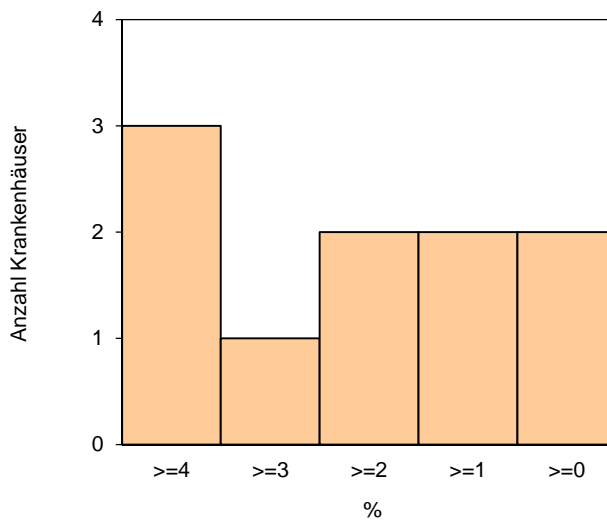
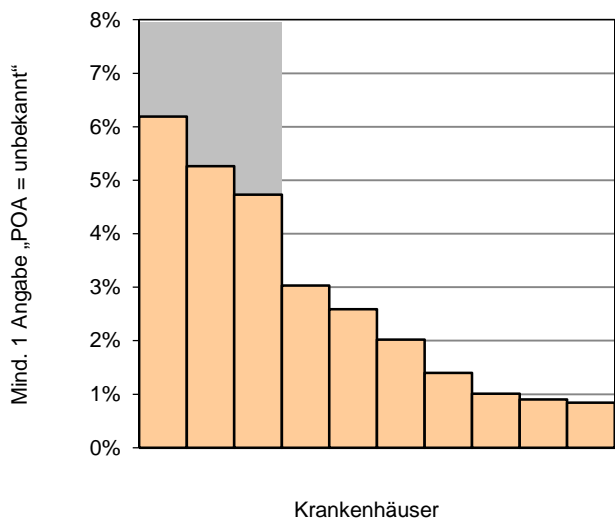
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation <sup>1</sup> Vertrauensbereich			97 / 7.101	1,37%
Referenzbereich		<= 4,25%		1,12% - 1,66% <= 4,25%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation Vertrauensbereich			44 / 6.812	0,65%
				0,48% - 0,87%

<sup>1</sup> 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: 10



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,84		0,87	1,01	2,30	4,73	5,73		6,19

**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

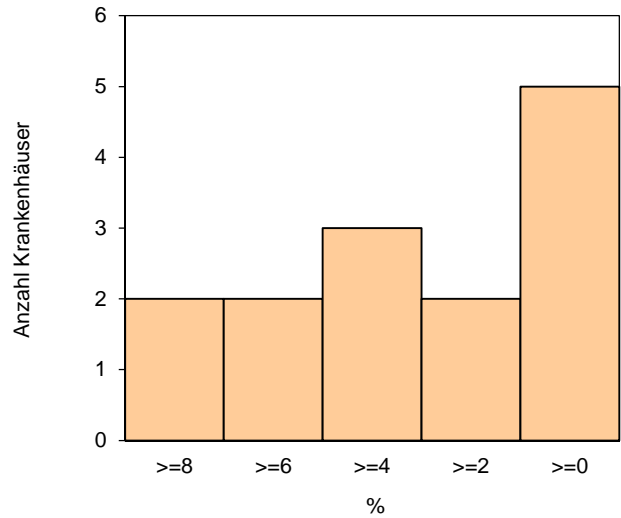
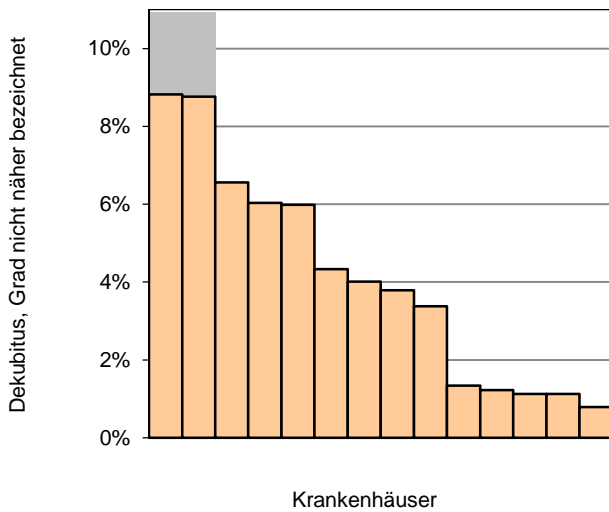
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation <sup>1</sup>			181 / 7.101	2,55%
Vertrauensbereich				2,21% - 2,94%
Referenzbereich		<= 8,53%		<= 8,53%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation			145 / 6.812	2,13%
Vertrauensbereich				1,81% - 2,50%

<sup>1</sup> 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: 14



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,79		1,12	1,22	3,90	6,03	8,76		8,82


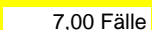
**Auffälligkeitskriterium: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung**


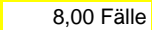
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag

**Indikator-ID:** 2017/DEK/850362

**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle

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

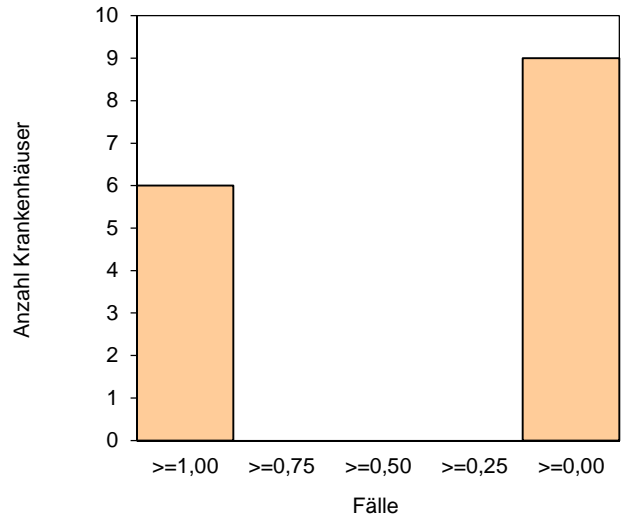
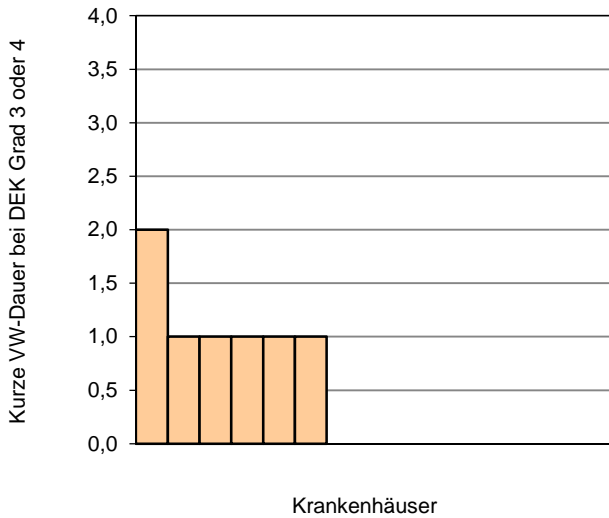
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	7 / 57	 <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen			8 / 53	 8,00 Fälle



**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850362, Indikator-ID 2017/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:**  
 15 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

# Jahresauswertung 2017 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

## Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Hamburg): 29  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 7.101  
Datensatzversion: DEK 2017  
Datenbankstand: 01. März 2018  
2017 - D17435-L109401-P52620

## Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)<sup>1</sup></b>			7.101		6.812	
davon						
<b>Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen<sup>2</sup></b>			7.101 / 7.101	100,00	6.812 / 6.812	100,00
<b>Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)<sup>1</sup></b>			8.839		8.348	
davon						
<b>Anzahl plausibler Datensätze<sup>2</sup></b>			8.839 / 8.839	100,00	8.348 / 8.348	100,00

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

<sup>2</sup> Der Dekubitus-Datensatz ist plausibel, wenn das Entlassungsjahr im Erfassungsjahr liegt, das Alter  $\geq 20$  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	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.101		6.811	
Median				16,00		16,00
Mittelwert				24,05		23,56

## Patienten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.101 / 7.101		6.812 / 6.812	
20 - 24 Jahre			18 / 7.101	0,25	18 / 6.812	0,26
25 - 29 Jahre			30 / 7.101	0,42	36 / 6.812	0,53
30 - 34 Jahre			34 / 7.101	0,48	48 / 6.812	0,70
35 - 39 Jahre			70 / 7.101	0,99	46 / 6.812	0,68
40 - 44 Jahre			83 / 7.101	1,17	97 / 6.812	1,42
45 - 49 Jahre			139 / 7.101	1,96	155 / 6.812	2,28
50 - 54 Jahre			240 / 7.101	3,38	246 / 6.812	3,61
55 - 59 Jahre			338 / 7.101	4,76	357 / 6.812	5,24
60 - 64 Jahre			417 / 7.101	5,87	400 / 6.812	5,87
65 - 69 Jahre			660 / 7.101	9,29	717 / 6.812	10,53
70 - 74 Jahre			830 / 7.101	11,69	844 / 6.812	12,39
75 - 79 Jahre			1.265 / 7.101	17,81	1.202 / 6.812	17,65
80 - 84 Jahre			1.216 / 7.101	17,12	993 / 6.812	14,58
85 - 89 Jahre			1.014 / 7.101	14,28	917 / 6.812	13,46
90 - 94 Jahre			594 / 7.101	8,37	552 / 6.812	8,10
>= 95 Jahre			153 / 7.101	2,15	184 / 6.812	2,70
<b>Alter (Jahre)</b>						
Patienten mit gültiger Altersangabe			7.101		6.812	
Median				77,00		76,00
Mittelwert				74,82		74,13
<b>Geschlecht</b>						
männlich			3.790 / 7.101	53,37	3.574 / 6.812	52,47
weiblich			3.311 / 7.101	46,63	3.238 / 6.812	47,53
unbestimmt <sup>1</sup>			0 / 7.101	0,00	-	-
unbekannt			0 / 7.101	0,00	0 / 6.812	0,00

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2017

## Aufnahme

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grund der Aufnahme</b>						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			6.860	96,61	6.550	96,15
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			237	3,34	260	3,82
stationäre Entbindung			0	0,00	1	0,01
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			4	0,06	1	0,01
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00

## Dekubitus

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Dekubitalulzera</b>			8.839	100,00	8.348	100,00
<b>Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus</b>						
2. Grades			4.897	55,40	4.738	56,76
3. Grades			2.144	24,26	1.913	22,92
4. Grades			1.606	18,17	1.547	18,53
Grad nicht näher bezeichnet			192	2,17	150	1,80
<b>Lokalisation</b>						
0 Kopf			147	1,66	131	1,57
1 obere Extremität			130	1,47	118	1,41
2 Dornfortsätze			52	0,59	44	0,53
3 Beckenkamm			53	0,60	69	0,83
4 Kreuzbein			3.581	40,51	3.372	40,39
5 Sitzbein			1.143	12,93	1.105	13,24
6 Trochanter			428	4,84	377	4,52
7 Ferse			1.648	18,64	1.534	18,38
8 sonstige Lokalisation der unteren Extremität			1.332	15,07	1.318	15,79
9 sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen			325	3,68	280	3,35
<b>Seitenlokalisierung</b>						
beidseitig			501	5,67	461	5,52
keine Seitenlokalisierung angegeben			5.905	66,81	5.496	65,84
links			1.265	14,31	1.184	14,18
rechts			1.168	13,21	1.207	14,46
<b>Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)<sup>1</sup></b>						
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad						
ja			7.154	80,94	6.667	79,86
nein			1.583	17,91	1.631	19,54
unbekannt			102	1,15	50	0,60
<b>Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)<sup>1</sup></b>						
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad						
ja			7.454	84,33	7.086	84,88
nein			1.252	14,16	1.143	13,69
unbekannt			133	1,50	119	1,43

<sup>1</sup> bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad

## Risikofaktoren

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2</b> (gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-)						
ja			2.443	34,40	2.358	34,62
nein			4.658	65,60	4.454	65,38
<b>nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus</b> (gemeint ist "sonstiger näher bezeichneter Diabetes Mellitus" gemäß ICD-10-GM: E13.-)						
ja			45	0,63	95	1,39
nein			7.056	99,37	6.717	98,61
<b>eingeschränkte Mobilität<sup>1</sup></b> (gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3)						
ja			3.852	54,25	-	-
nein			2.858	40,25	-	-
<b>Infektion<sup>1</sup></b> (gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-)						
ja			2.385	33,59	-	-
nein			4.325	60,91	-	-
<b>Demenz und Vigilanzstörung<sup>1</sup></b> (gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-)						
ja			1.236	17,41	-	-
nein			5.474	77,09	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2017

**Risikofaktoren (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Inkontinenz<sup>1</sup></b> (gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.-)						
ja			3.416	48,11	-	-
nein			3.294	46,39	-	-
<b>Untergewicht oder Mangelernährung<sup>1</sup></b> (gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-)						
ja			823	11,59	-	-
nein			5.887	82,90	-	-
<b>Adipositas<sup>1</sup></b> (gemäß ICD-10-GM: E66.X2)						
ja			193	2,72	-	-
nein			6.517	91,78	-	-
<b>weitere schwere Erkrankungen<sup>1</sup></b> (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			3.241	45,64	-	-
nein			3.469	48,85	-	-
<b>Dauer der Beatmung (Stunden)<sup>2</sup></b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.101		6.812	
Median				0,00		0,00
Mittelwert				62,71		50,75

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2017

<sup>2</sup> Aufgrund von geänderten Berechnungsgrundlagen können die Werte von der Auswertung 2016 abweichen.



## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.103	57,78	3.906	57,34
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			129	1,82	195	2,86
03: aus sonstigen Gründen			23	0,32	45	0,66
04: gegen ärztlichen Rat			50	0,70	64	0,94
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	1	0,01
06: Verlegung			663	9,34	621	9,12
07: Tod			1.072	15,10	950	13,95
08: Verlegung nach § 14			18	0,25	61	0,90
09: in Rehabilitationseinrichtung			149	2,10	182	2,67
10: in Pflegeeinrichtung			779	10,97	697	10,23
11: in Hospiz			67	0,94	57	0,84
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			7	0,10	4	0,06
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,03	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			27	0,38	25	0,37
22: Fallabschluss			12	0,17	3	0,04
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- |   |   |
|---|---|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br/>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<br/>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<br/>Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br/>Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-<br/>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br/>§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen<br/>voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke<br/>der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p> |
|---|---|

### Entlassungsgrund und Dekubitusstatus

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			4.103		3.906	
			3.417 / 4.103	83,28	3.253 / 3.906	83,28
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			129		195	
			76 / 129	58,91	174 / 195	89,23
06: Verlegung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			663		621	
			557 / 663	84,01	520 / 621	83,74
07: Tod davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.072		950	
			992 / 1.072	92,54	891 / 950	93,79
09: in Rehabilitationseinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			149		182	
			105 / 149	70,47	122 / 182	67,03
10: in Pflegeeinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			779		697	
			663 / 779	85,11	590 / 697	84,65
11: in Hospiz davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			67		57	
			58 / 67	86,57	51 / 57	89,47

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

01 Behandlung regulär beendet

02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung  
vorgesehen

06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus

09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

11 Entlassung in ein Hospiz

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2017 erhalten Sie beim IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)).

#### 2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

#### Zielbereich:

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

#### Toleranzbereich:

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

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

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

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

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

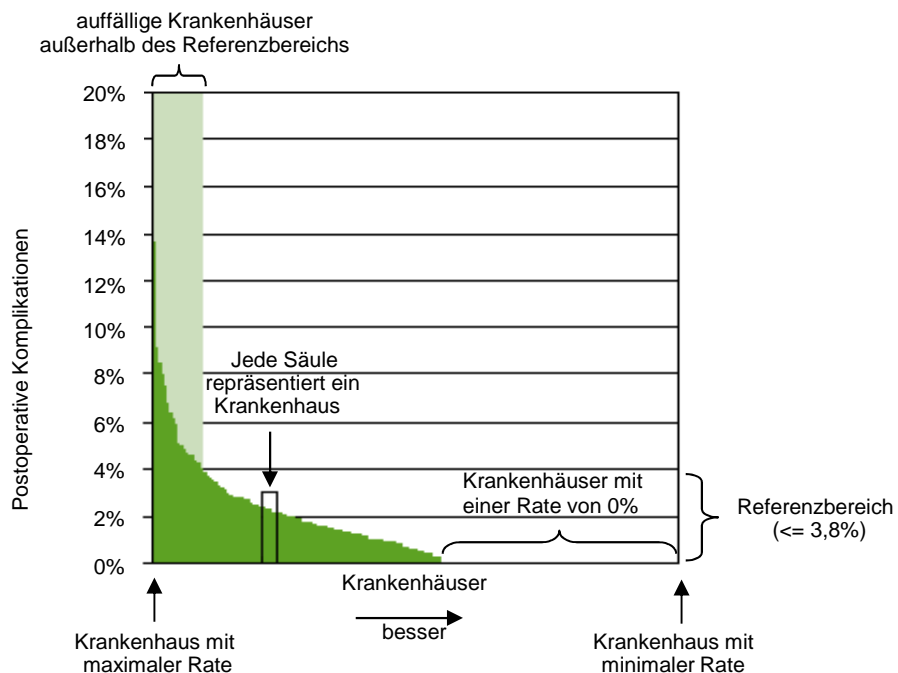
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 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.

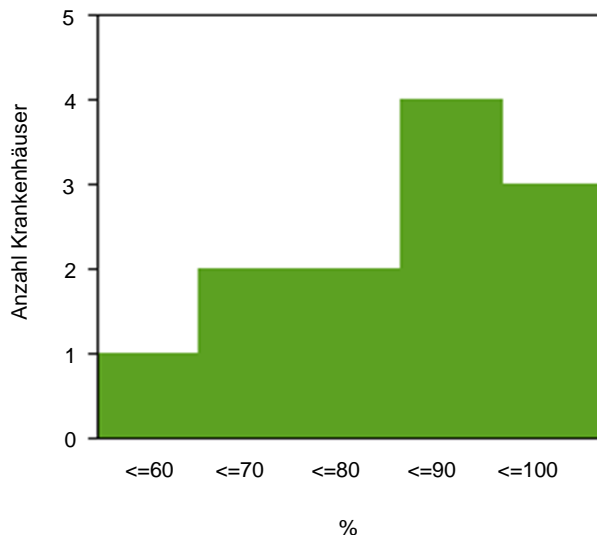
**Beispiel:**

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.