

# Jahresauswertung 2018

## Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Rheinland-Pfalz): 96  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 13.710  
Datensatzversion: DEK 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17730-L112787-P53757

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2019 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

Jahresauswertung 2018  
Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Rheinland-Pfalz): 96  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 13.710  
Datensatzversion: DEK 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17730-L112787-P53757

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2019 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>Gruppe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>							
2018/DEK/52009 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)							
			1,17	<= 2,31	innerhalb	-	9
2018/DEK/52326 TKez: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2							
			0,33%	-	-	0,32%	11
2018/DEK/521801 TKez: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3							
			0,06%	-	-	0,05%	13
2018/DEK/521800 TKez: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet							
			0,00%	-	-	0,00%	15

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/DEK/52010							
<b>QI: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>			49,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	39,00 Fälle	17

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. 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 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/DEK/850359 <b>Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)</b>			0,50%	<= 3,39%	innerhalb	0,32%	19
2018/DEK/850361 <b>Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“</b>			1,44%	<= 7,69%	innerhalb	1,37%	21
2018/DEK/850362 <b>Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung</b>			14,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	2,00 Fälle	23
2018/DEK/851805 <b>Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik</b>			0,41%	<= 20,00%	innerhalb	0,01%	25

<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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## **Verbindliche Kennzahlen**

---

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)  
Transparenzkennzahlen (TKez)  
ergänzende Kennzahlen (EKez)  
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2018 wurden erstmals kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt "Art des Wertes" bzw. dem Kürzel "KKez" oder "TKez" ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KK“ oder „TK“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt "Beschlüsse" ersichtlich ist.

## Berechnungsgrundlagen und Vorjahresergebnisse

---

Ab 2013 wird die Dekubitusauswertung auf Basis von zwei voneinander unabhängigen Datentöpfen berechnet. Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators 52010 sowie die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators 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 2017, deren Entlassungsdatum zwischen dem 01.01.2018 und dem 31.12.2018 liegt.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis der Risikostatistik für alle Patienten, die in den Jahren 2017 oder 2018 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2018 und 31.12.2018 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 2017 oder 2018 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2018 und 31.12.2018 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 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.

---

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

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

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/DEK/52009

**Referenzbereich:** <= 2,31 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie die ohne Dekubitus aufgenommen wurden		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		3.451 / 868.545 0,40%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		2.954,53 / 868.545 0,34%
O - E		0,06%

<sup>1</sup> KKez O\_52009: Beobachtete Rate an Patientinnen und 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.

<sup>2</sup> KKez E\_52009: Erwartete Rate an Patientinnen und 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.  
 Der Zähler der kalkulatorischen Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID E\_52009 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 23014\_52009 berechnet und bildet den Score zur logistischen Regression für den Indikator mit der QI-ID 52009 ab.  
 Der Nenner der kalkulatorischen Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID E\_52009 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24851\_52009 berechnet und bildet alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.



	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie die ohne Dekubitus aufgenommen wurden		
O/E <sup>1</sup> Referenzbereich	<= 2,31	1,17 <= 2,31

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie die ohne Dekubitus aufgenommen wurden		
beobachtet (O) <sup>3</sup>	-	-
vorhergesagt (E)*	-	-
O - E	-	-
O/E <sup>1</sup>	-	-

<sup>1</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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.

<sup>2</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen und der fallbezogenen Erfassung der Risikostatistik ab dem Erfassungsjahr 2018 können Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

<sup>3</sup> KKez O\_52009: Beobachtete Rate an Patientinnen und 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.

\* KKez E\_52009: Erwartete Rate an Patientinnen und 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.

Der Zähler der kalkulatorischen Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID E\_52009 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 23014\_52009 berechnet und bildet den Score zur logistischen Regression für den Indikator mit der QI-ID 52009 ab.

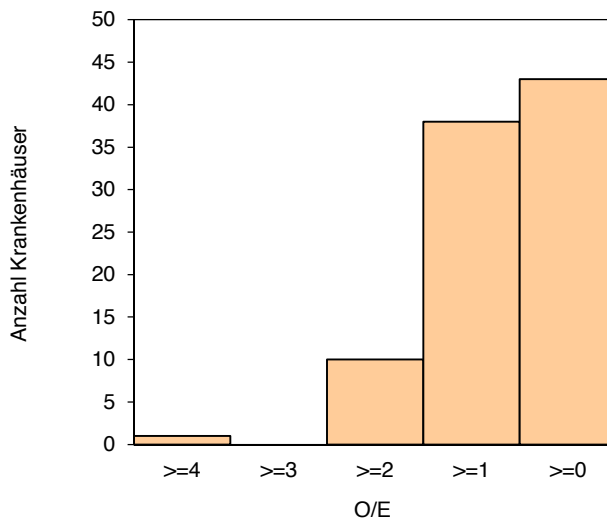
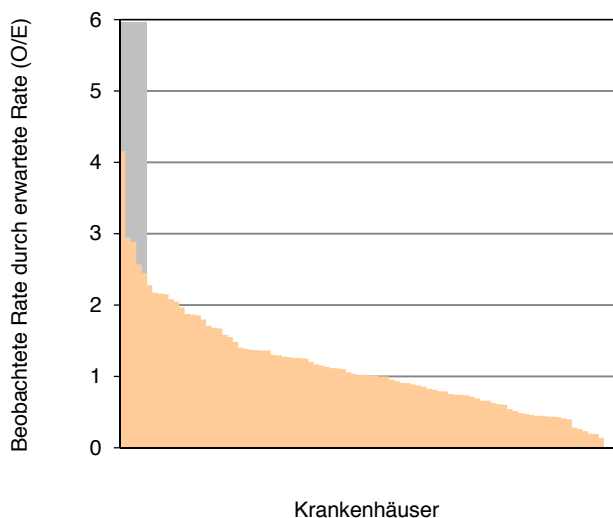
Der Nenner der kalkulatorischen Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID E\_52009 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24851\_52009 berechnet und bildet alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2018/DEK/52009]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

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

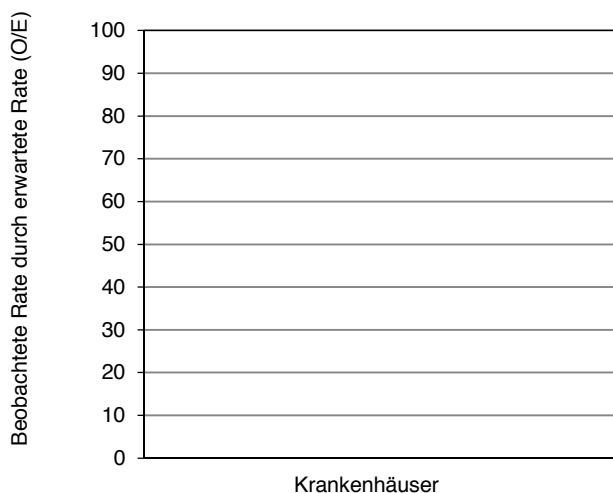
92 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,20	0,41	0,64	1,02	1,39	2,08	2,45	4,16

**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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2018/DEK/52326

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <sup>1</sup>			2.872 / 868.545	0,33%

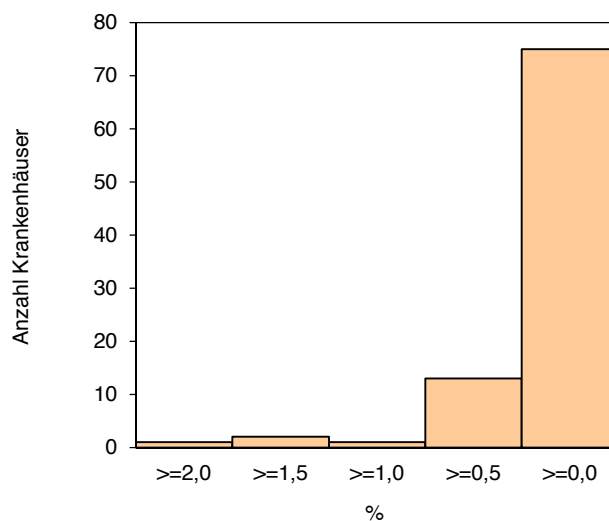
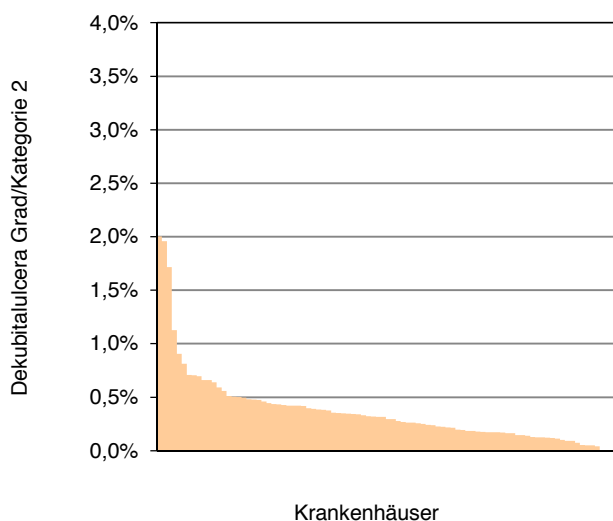
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <sup>1</sup>			2.836 / 874.956	0,32%

<sup>1</sup> Der Nenner der Transparenzkennzahl (TKez) mit der Kennzahl-ID 52326 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24854\_52326 berechnet und bildet alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

<sup>2</sup> Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

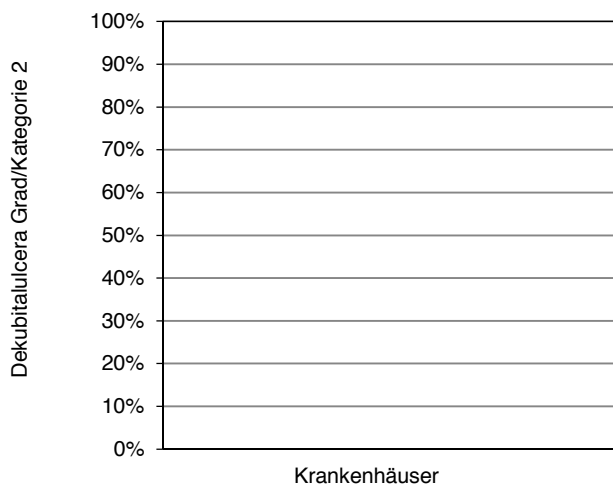
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b\_TK\_52326, Kennzahl-ID 2018/DEK/52326]:**  
**Anteil von Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 92 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,05	0,09	0,17	0,31	0,44	0,66	0,91	2,00

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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3**

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2018/DEK/521801

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <sup>1</sup>			499 / 868.545	0,06%

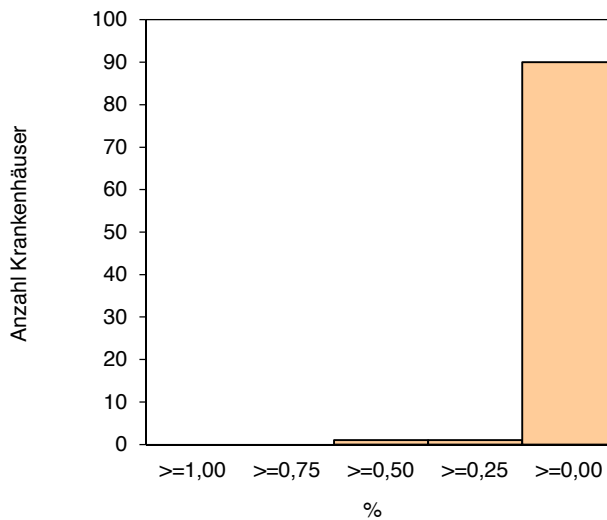
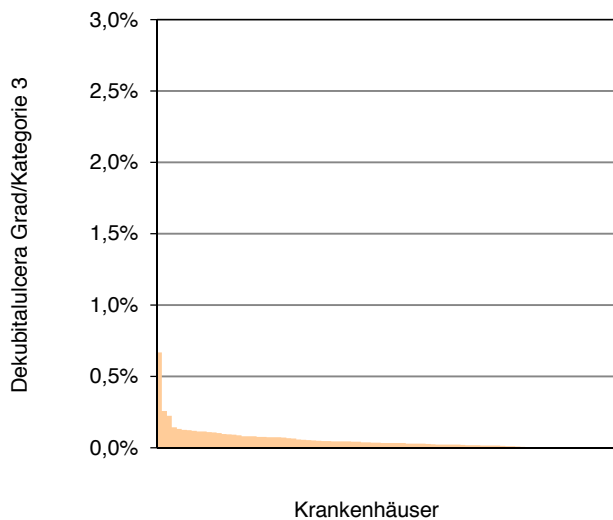
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <sup>1</sup>			433 / 874.956	0,05%

<sup>1</sup> Der Nenner der Transparenzkennzahl (TKez) mit der Kennzahl-ID 521801 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24855\_521801 berechnet und bildet alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

<sup>2</sup> Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

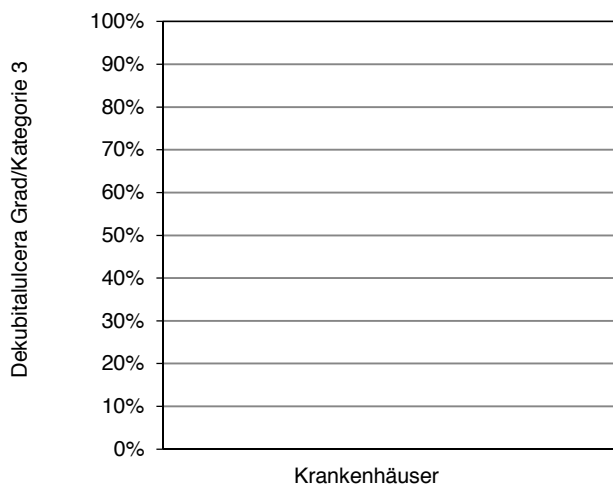
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c\_TK\_521801, Kennzahl-ID 2018/DEK/521801]:**  
**Anteil von Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 92 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,07	0,11	0,13	0,67

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



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet**

**Grundgesamtheit:** Alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2018/DEK/521800

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <sup>1</sup>			33 / 868.545	0,00%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <sup>1</sup>			28 / 874.956	0,00%

<sup>1</sup> Der Nenner der Transparenzkennzahl (TKez) mit der Kennzahl-ID 521800 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24853\_521800 berechnet und bildet alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

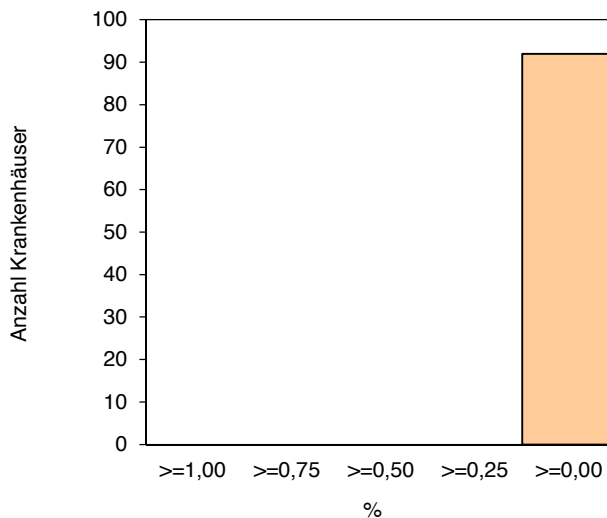
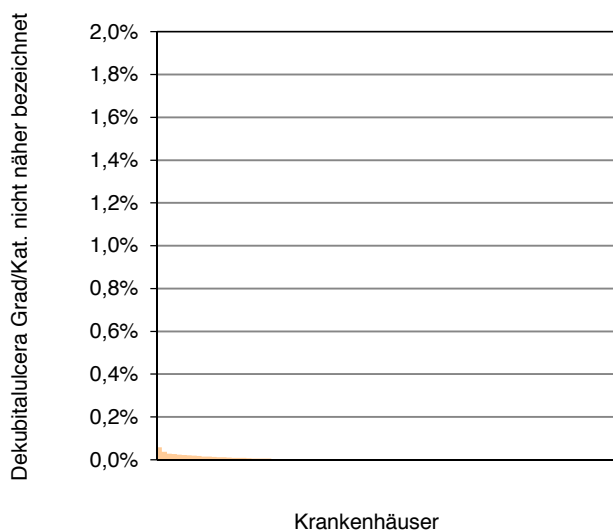
<sup>2</sup> Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1d\_TK\_521800, Kennzahl-ID 2018/DEK/521800]:**

**Anteil von Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

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

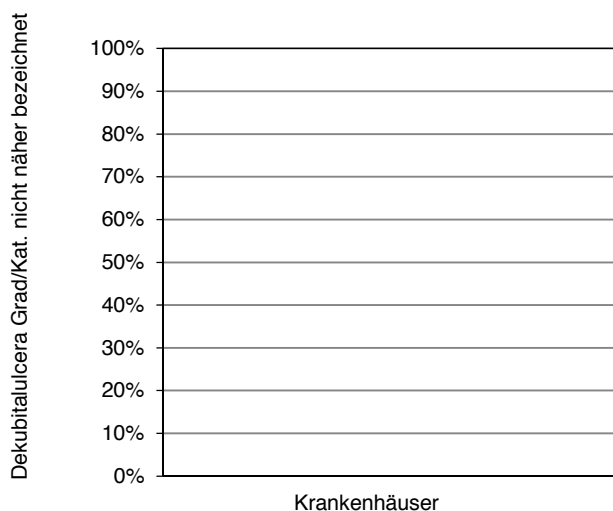
92 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,06

**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 (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

**Qualitätsziel:** Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/DEK/52010

**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und 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 <sup>1</sup>			49 / 868.545	49,00 Fälle 0,01%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und 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 <sup>1</sup>			39 / 874.956	39,00 Fälle 0,00%

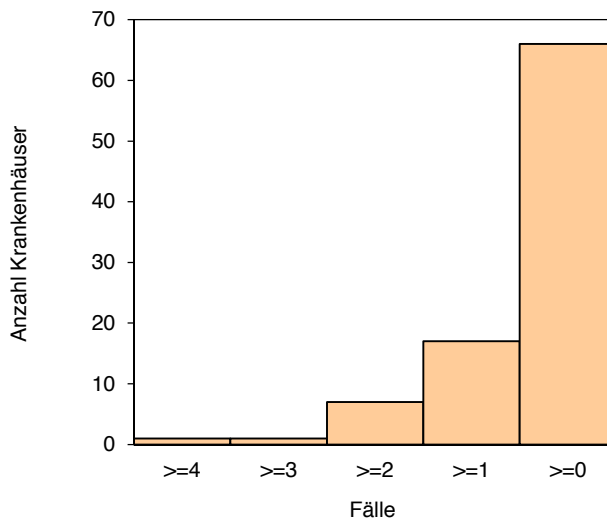
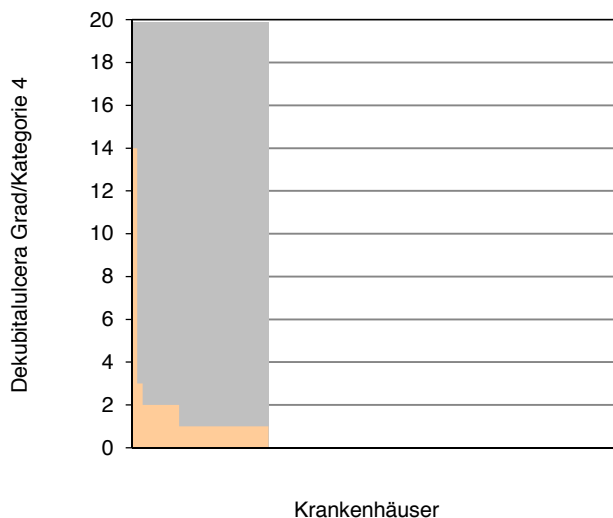
<sup>1</sup> Der Nenner des Qualitätsindikators mit der QI-ID 52010 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24852\_52010 berechnet und bildet alle vollstationären Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/DEK/52010]:**

**Anzahl Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

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

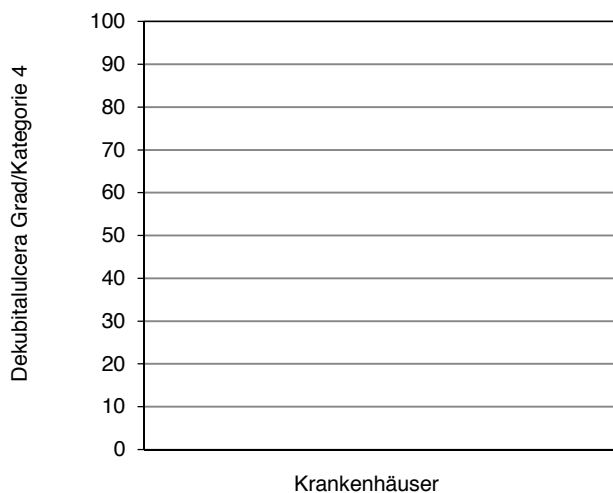
92 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,00	2,00	14,00

**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

4 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  
**AK-ID:** 2018/DEK/850359  
**Referenzbereich:** <= 3,39% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52009, 52010

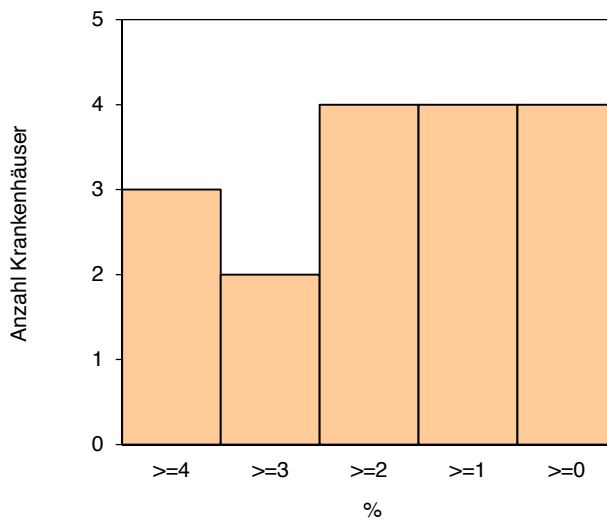
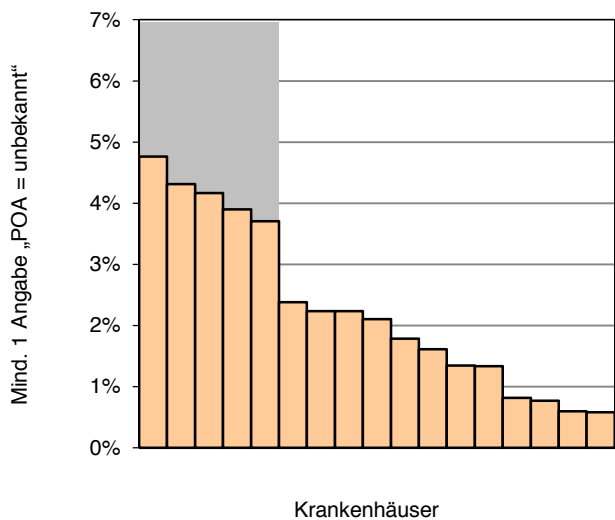
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			69 / 13.710	0,50% 0,40% - 0,64% <= 3,39%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation Vertrauensbereich			44 / 13.821	0,32% 0,24% - 0,43%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850359, AK-ID 2018/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: 17



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,58		0,59	1,33	2,11	3,70	4,31		4,76

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahren  
**AK-ID:** 2018/DEK/850361  
**Referenzbereich:** <= 7,69% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52009

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation <sup>1</sup>			197 / 13.710	1,44%
Vertrauensbereich				1,25% - 1,65%
Referenzbereich		<= 7,69%		<= 7,69%

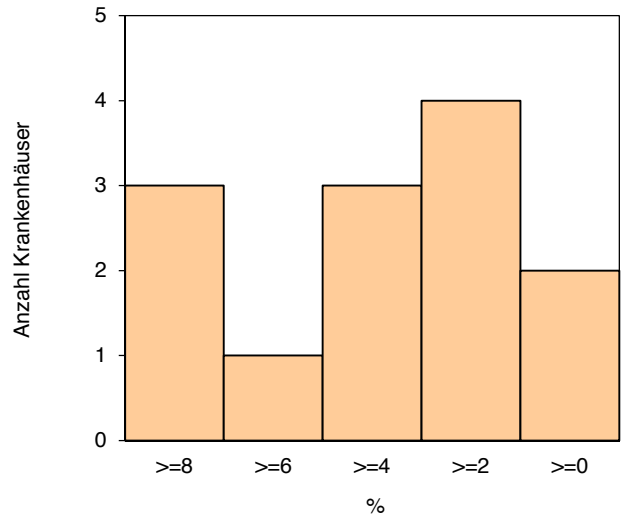
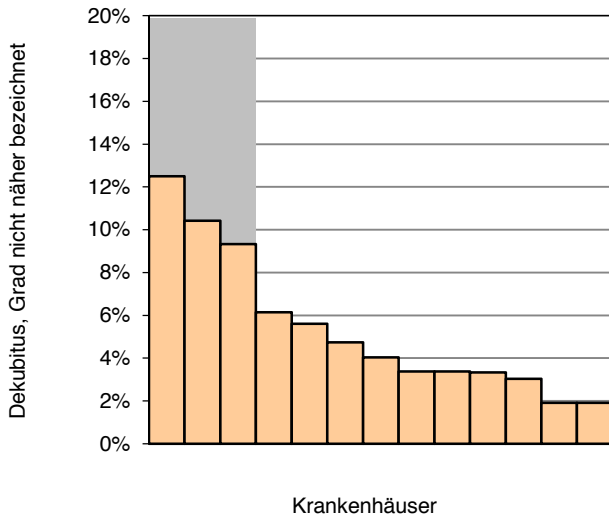
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer Angabe "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" in der QS-Dokumentation			190 / 13.821	1,37%
Vertrauensbereich				1,19% - 1,58%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850361, AK-ID 2018/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: 13**



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,91		1,92	3,33	4,03	6,15	10,42		12,50

**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

**AK-ID:** 2018/DEK/850362

**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52009, 52010

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Referenzbereich		14 / 72 <= 4,00 Fälle	14 / 72	14,00 Fälle <= 4,00 Fälle

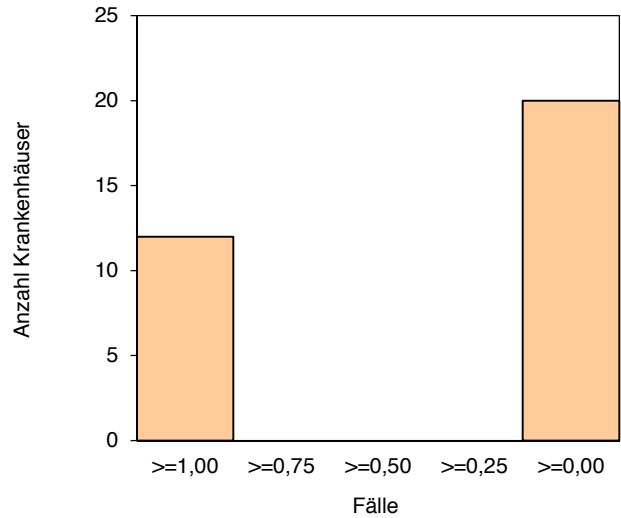
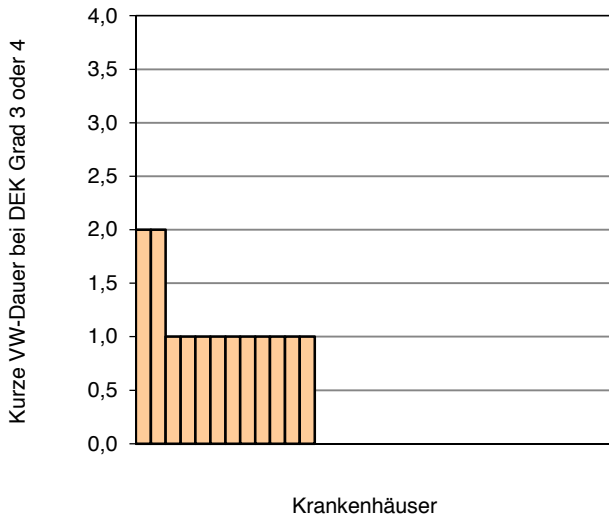
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen		2 / 42	2 / 42	2,00 Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850362, AK-ID 2018/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:**

32 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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



**Auffälligkeitskriterium: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik**

**Grundgesamtheit:** Anzahl der Fälle mit einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation

**AK-ID:** 2018/DEK/851805

**Referenzbereich:** <= 20,00%

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52009, 52010

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation			13.710	
Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der Risikostatistik <sup>1</sup>			13.654	
Differenz zwischen der Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation und der Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der Risikostatistik <sup>2,3</sup>			56 / 13.710	0,41%
Vertrauensbereich				0,31% - 0,53%
Referenzbereich		<= 20,00%		<= 20,00%

<sup>1</sup> KKez 321800\_851805

<sup>2</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

<sup>3</sup> Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums beinhalten gemäß QIDB keine rechnerische Auffälligkeit.

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation			13.821	
Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der Risikostatistik <sup>2</sup>			13.819	
Differenz zwischen der Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation und der Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der Risikostatistik <sup>3</sup> Vertrauensbereich			2 / 13.821	0,01% 0,00% - 0,05%

<sup>1</sup> Das Auffälligkeitskriterium wurde im Vorjahr nicht berechnet.

<sup>2</sup> KKez 321800\_851805

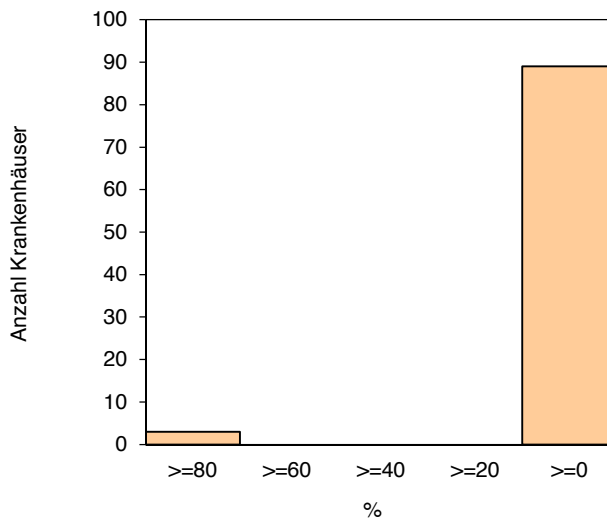
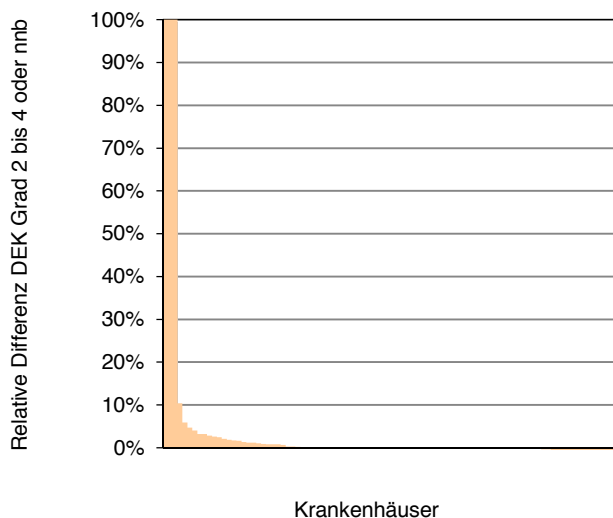
<sup>3</sup> Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums beinhalten gemäß QIDB keine rechnerische Auffälligkeit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_851805, AK-ID 2018/DEK/851805]:**

**Anteil der Differenz zwischen der Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation und der Risikostatistik an der Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation**

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

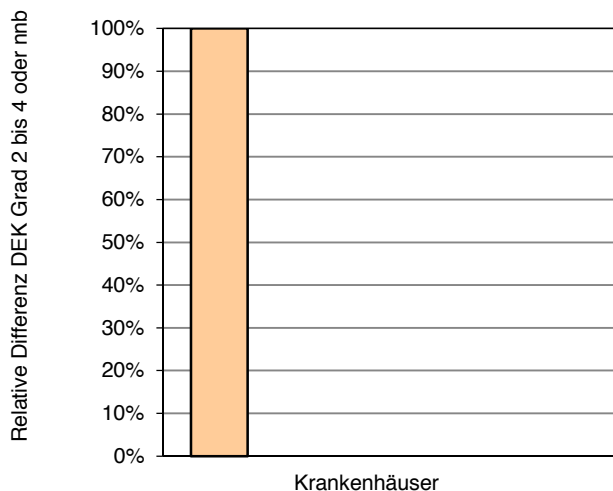
92 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	-7,61	-2,78	-0,77	0,00	0,00	0,80	2,79	5,88	100,00

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	50,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2018 Pflege: Dekubitusprophylaxe

DEK

## Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Rheinland-Pfalz): 96  
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 13.710  
Datensatzversion: DEK 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17730-L112787-P53757

### Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)<sup>1</sup></b>			13.710		13.821	
davon						
<b>Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen<sup>2</sup></b>			13.710 / 13.710	100,00	13.821 / 13.821	100,00
<b>Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)<sup>1</sup></b>			17.385		17.336	
davon						
<b>Anzahl plausibler Datensätze<sup>2</sup></b>			17.385 / 17.385	100,00	17.336 / 17.336	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 2018	Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13.710		13.821	
Median			12,00		12,00
Mittelwert			18,58		18,21

## Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			13.710 / 13.710		13.821 / 13.821	
20 - 24 Jahre			25 / 13.710	0,18	16 / 13.821	0,12
25 - 29 Jahre			23 / 13.710	0,17	32 / 13.821	0,23
30 - 34 Jahre			40 / 13.710	0,29	28 / 13.821	0,20
35 - 39 Jahre			58 / 13.710	0,42	55 / 13.821	0,40
40 - 44 Jahre			58 / 13.710	0,42	82 / 13.821	0,59
45 - 49 Jahre			137 / 13.710	1,00	149 / 13.821	1,08
50 - 54 Jahre			314 / 13.710	2,29	307 / 13.821	2,22
55 - 59 Jahre			508 / 13.710	3,71	531 / 13.821	3,84
60 - 64 Jahre			763 / 13.710	5,57	722 / 13.821	5,22
65 - 69 Jahre			1.121 / 13.710	8,18	1.118 / 13.821	8,09
70 - 74 Jahre			1.313 / 13.710	9,58	1.268 / 13.821	9,17
75 - 79 Jahre			2.260 / 13.710	16,48	2.474 / 13.821	17,90
80 - 84 Jahre			2.925 / 13.710	21,33	2.778 / 13.821	20,10
85 - 89 Jahre			2.326 / 13.710	16,97	2.503 / 13.821	18,11
90 - 94 Jahre			1.444 / 13.710	10,53	1.394 / 13.821	10,09
>= 95 Jahre			395 / 13.710	2,88	364 / 13.821	2,63
<b>Alter (Jahre)</b>						
Patienten mit gültiger Altersangabe			13.710		13.821	
Median				80,00		80,00
Mittelwert				77,56		77,53
<b>Geschlecht</b>						
männlich			6.745 / 13.710	49,20	6.844 / 13.821	49,52
weiblich			6.959 / 13.710	50,76	6.977 / 13.821	50,48
unbestimmt			0 / 13.710	0,00	0 / 13.821	0,00
unbekannt			6 / 13.710	0,04	0 / 13.821	0,00

## Aufnahme

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grund der Aufnahme</b>						
Krankenhausbehandlung, vollstationär			13.410	97,81	13.507	97,73
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung			298	2,17	314	2,27
stationäre Entbindung			2	0,01	0	0,00
Geburt			0	0,00	0	0,00
Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003			0	0,00	0	0,00
stationäre Aufnahme zur Organentnahme			0	0,00	0	0,00

## Dekubitus

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Dekubitalulzera</b>			17.385	100,00	17.336	100,00
<b>Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus</b>						
2. Grades			11.080	63,73	11.251	64,90
3. Grades			4.119	23,69	4.037	23,29
4. Grades			1.976	11,37	1.842	10,63
Grad nicht näher bezeichnet			210	1,21	206	1,19
<b>Lokalisation</b>						
0 Kopf			241	1,39	230	1,33
1 obere Extremität			246	1,42	235	1,36
2 Dornfortsätze			104	0,60	119	0,69
3 Beckenkamm			206	1,18	164	0,95
4 Kreuzbein			6.980	40,15	6.802	39,24
5 Sitzbein			2.527	14,54	2.488	14,35
6 Trochanter			913	5,25	877	5,06
7 Ferse			3.729	21,45	3.831	22,10
8 sonstige Lokalisation der unteren Extremität			1.637	9,42	1.723	9,94
9 sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen			802	4,61	867	5,00
<b>Seitenlokalisierung</b>						
beidseitig			1.855	10,67	1.765	10,18
keine Seitenlokalisierung angegeben			9.548	54,92	9.740	56,18
links			3.016	17,35	2.866	16,53
rechts			2.966	17,06	2.965	17,10
<b>Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)<sup>1</sup></b>						
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad						
ja			13.492	77,61	13.586	78,37
nein			3.816	21,95	3.703	21,36
unbekannt			77	0,44	47	0,27
<b>Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)<sup>1</sup></b>						
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad						
ja			15.427	88,74	15.396	88,81
nein			1.736	9,99	1.694	9,77
unbekannt			222	1,28	246	1,42

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



## Risikofaktoren

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2</b> (gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-)						
ja			4.899	35,73	4.881	35,32
nein			8.811	64,27	8.940	64,68
<b>sonstiger Diabetes Mellitus</b> (gemäß ICD-10-GM: E13.-)						
ja			106	0,77	119	0,86
nein			13.604	99,23	13.702	99,14
<b>eingeschränkte Mobilität</b> (gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3)						
ja			7.628	55,64	7.030	50,86
nein			6.082	44,36	6.225	45,04
<b>Infektion</b> (gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-)						
ja			4.432	32,33	4.229	30,60
nein			9.278	67,67	9.026	65,31
<b>Demenz und Vigilanzstörung</b> (gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-)						
ja			3.417	24,92	3.092	22,37
nein			10.293	75,08	10.163	73,53

**Risikofaktoren (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Inkontinenz</b> (gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.-)						
ja			7.439	54,26	6.728	48,68
nein			6.271	45,74	6.527	47,23
<b>Untergewicht oder Mangelernährung</b> (gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-)						
ja			1.221	8,91	1.053	7,62
nein			12.489	91,09	12.202	88,29
<b>Adipositas</b> (gemäß ICD-10-GM: E66.X2)						
ja			402	2,93	344	2,49
nein			13.308	97,07	12.911	93,42
<b>weitere schwere Erkrankungen</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			6.944	50,65	6.390	46,23
nein			6.766	49,35	6.865	49,67
<b>Dauer der Beatmung (Stunden)</b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			13.710		13.821	
Median				0,00		0,00
Mittelwert				37,91		38,11

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7.263	52,98	7.309	52,88
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			132	0,96	164	1,19
03: aus sonstigen Gründen			18	0,13	21	0,15
04: gegen ärztlichen Rat			79	0,58	85	0,62
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	1	0,01
06: Verlegung			942	6,87	856	6,19
07: Tod			2.394	17,46	2.438	17,64
08: Verlegung nach § 14			34	0,25	43	0,31
09: in Rehabilitationseinrichtung			717	5,23	782	5,66
10: in Pflegeeinrichtung			1.993	14,54	2.017	14,59
11: in Hospiz			72	0,53	54	0,39
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			9	0,07	6	0,04
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,02	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			54	0,39	45	0,33
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 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
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

### Entlassungsgrund und Dekubitusstatus

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			7.263		7.309	
			6.305 / 7.263	86,81	6.357 / 7.309	86,97
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			132		164	
			101 / 132	76,52	122 / 164	74,39
06: Verlegung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			942		856	
			842 / 942	89,38	777 / 856	90,77
07: Tod davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			2.394		2.438	
			2.301 / 2.394	96,12	2.341 / 2.438	96,02
09: in Rehabilitationseinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			717		782	
			575 / 717	80,20	604 / 782	77,24
10: in Pflegeeinrichtung davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			1.993		2.017	
			1.793 / 1.993	89,96	1.837 / 2.017	91,08
11: in Hospiz davon mit Dekubitalulcera bei Entlassung			72		54	
			68 / 72	94,44	47 / 54	87,04

<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 und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (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) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

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

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

## 2. 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)

## 3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs 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“.

### 3.1 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 2018.

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.

### 3.2 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.

### 4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. 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.

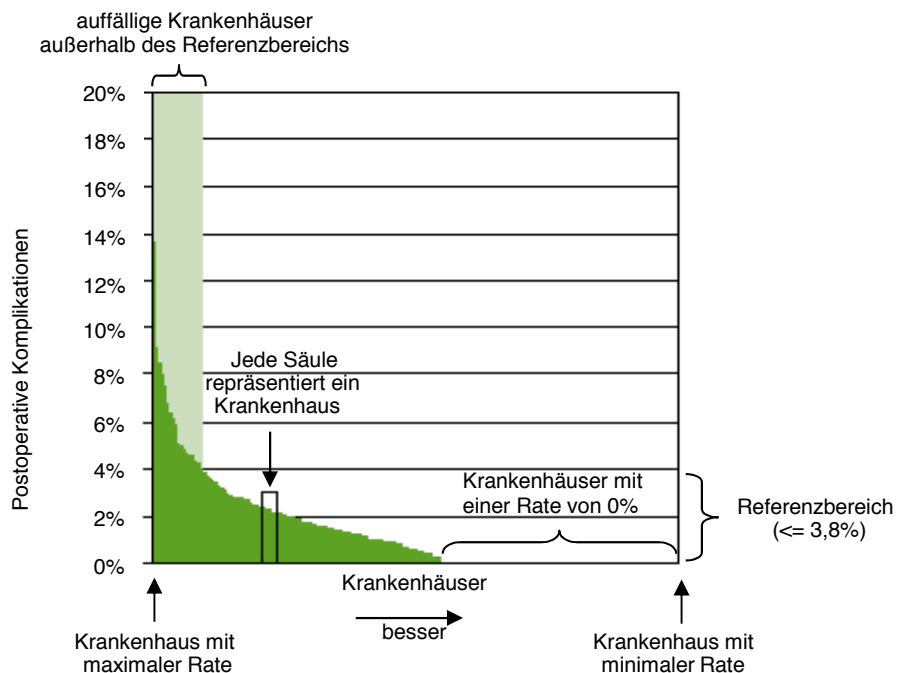


### 5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



### 5.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte 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.

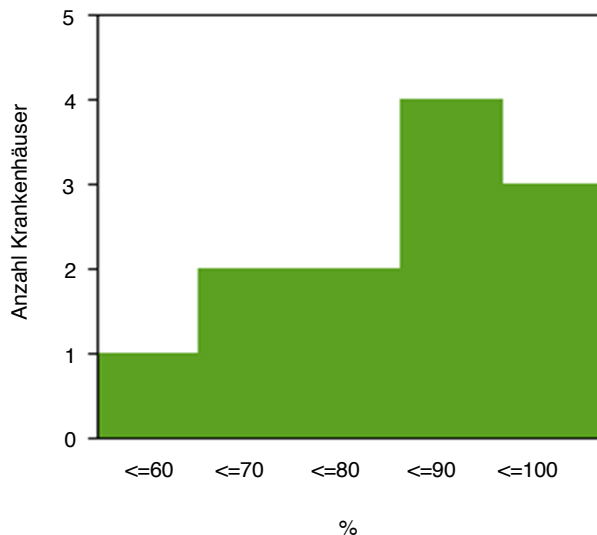
**Beispiel:**

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 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)

## 6. 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.

## 7. Sonstiges

### 7.1 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.

### 7.2 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.

### 7.3 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.

### 7.4 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).

### AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

### Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

### 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 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

### 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/Gruppe

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 und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen 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 Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### **Verbindliche Kennzahlen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen (EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

### **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.