

Musterauswertung 2003
Modul 14/1: Pflege bei Prostataresektion

Qualitätsindikatoren - Pflege

Musterauswertung Gesamt

Auswertungsversion: 21. Januar 2004

Datensatzversion: 2003 6.0

Mindestanzahl Datensätze: 0

Datenbankstand:

Druckdatum: 31. März 2004

Nr. Gesamt-1363

2003 - R4778-P8638

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- Bereich	Ab- weichung*	Seite
Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese	0%	0%	0%	=100%		3.1
Schriftliche Formulierung der Pflegeziele	0%	0%	0%	NN		3.3
Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen	0%	0%	0%	NN		3.5
Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse	0%	0%	0%	NN		3.7
Präoperative Genitalhygiene	0%	0%	0%	=100%		3.9
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft	0%	0%	0%	NN		3.11
Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthalts	0%	0%	0%	NN		3.13
Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthalts	0%	0%	0%	NN		3.15

* Abweichung der Gesamtergebnisse vom Referenzbereich

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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 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. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

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. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen
Krankenhauswert:	10%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z. B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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

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

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Grafische Darstellung der Krankhausergebnisse

Für die grau 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. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankhausergebnisse 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.

2.3.1 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.

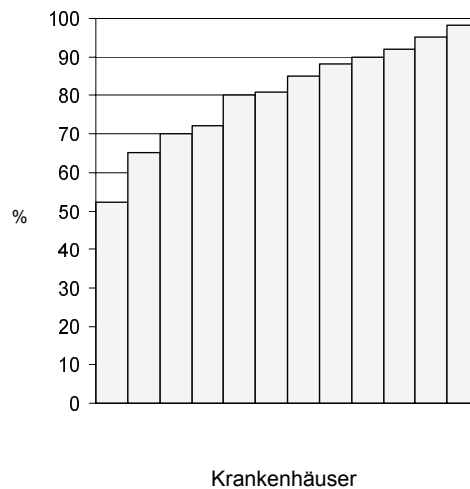
Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



2.3.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhäusergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

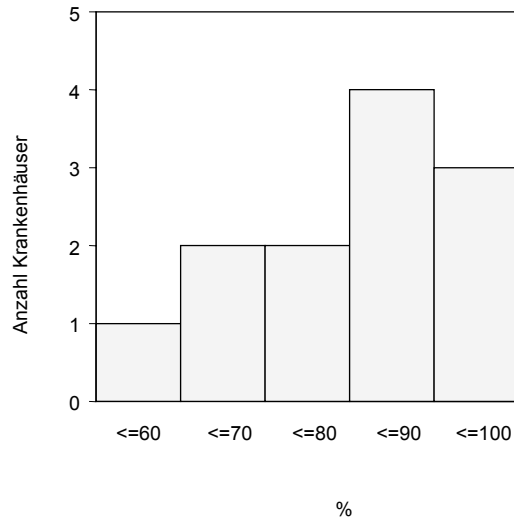
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 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 Krankenhäuser? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen 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. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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 „Verhältnis“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese

Qualitätsziel: Immer schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

Referenzbereich: = 100%

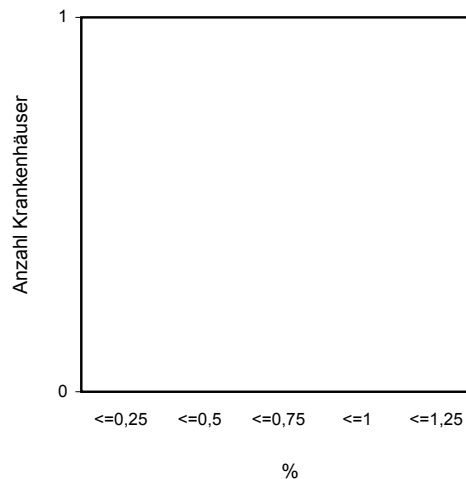
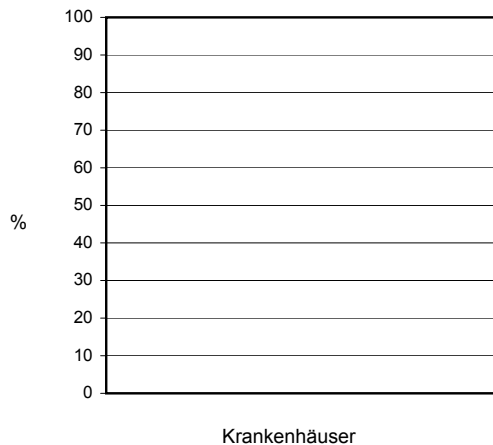
	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Pflegeanamnese schriftlich erhoben	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%
Pflegeanamnese erhoben durch examiertes Pflegepersonal (3-jährige Ausbildung)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Pflegeanamnese erhoben durch Krankenpflegehelfer/in	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Pflegeanamnese erhoben durch sonstiges Personal	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:

**Anteil von Patienten mit schriftlich erhobener Pflegeanamnese
 an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 in Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:

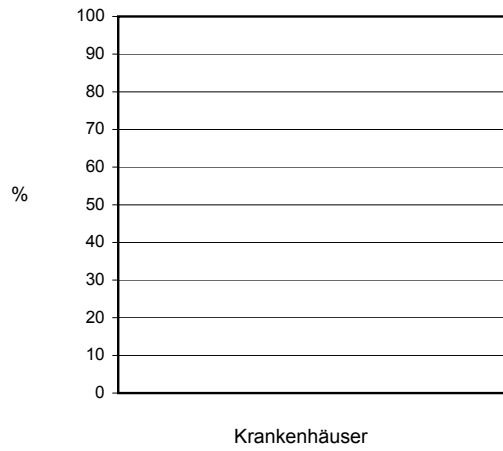


n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.
 Werte außerhalb des Referenzbereiches sind schraffiert hinterlegt.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

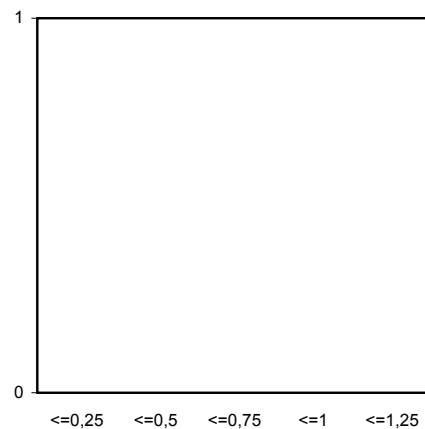
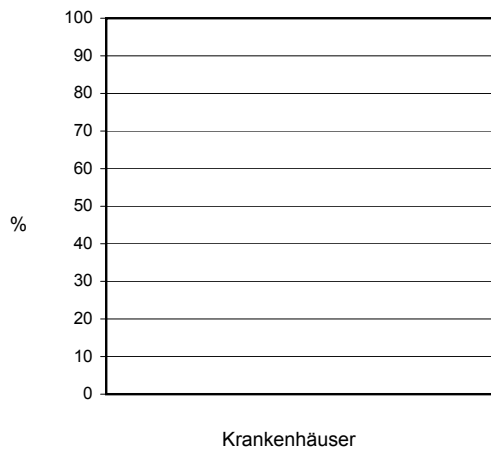
Qualitätsindikator: Schriftliche Formulierung der Pflegeziele

Qualitätsziel: Immer schriftliche Formulierung der Pflegeziele
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Pflegeziele schriftlich formuliert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:
Anteil von Patienten mit schriftlicher Formulierung der Pflegeziele an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:

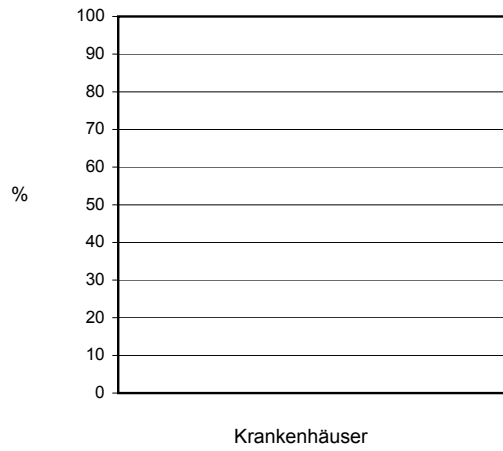


n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

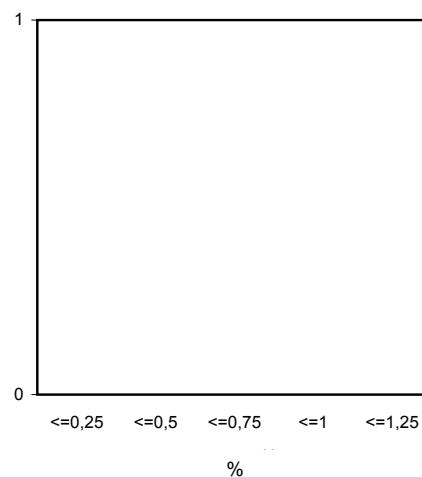
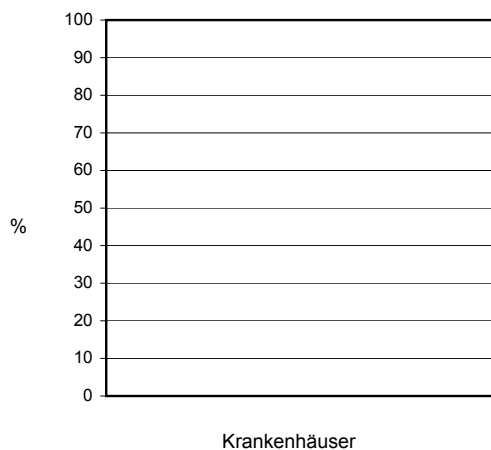
Qualitätsindikator: Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen

Qualitätsziel: Immer schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Pflegemaßnahmen schriftlich geplant	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 3]:
Anteil von Patienten mit schriftlicher Planung der Pflegemaßnahmen an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:

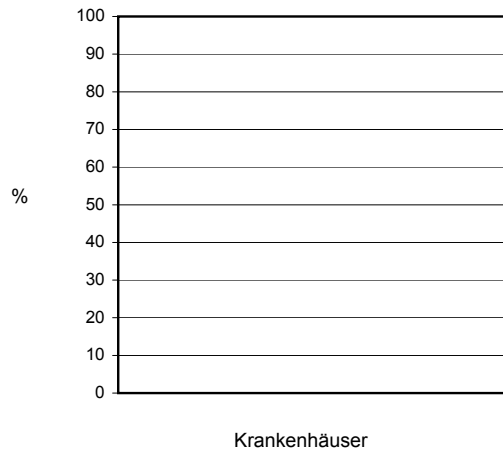


n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

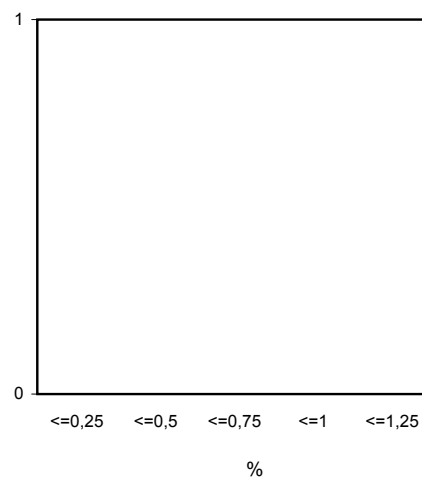
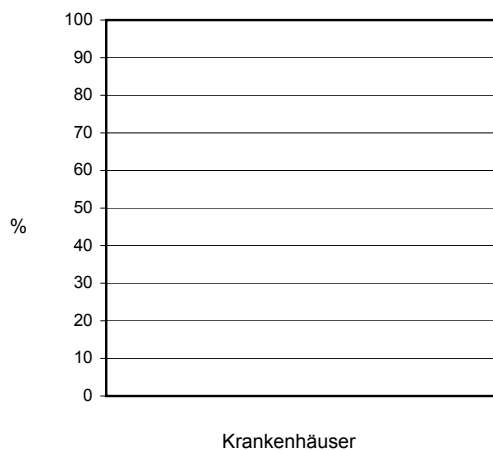
Qualitätsindikator: Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse

- Qualitätsziel:** Immer schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Pflegeergebnisse schriftlich bewertet	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 4]:
Anteil von Patienten mit schriftlicher Bewertung der Pflegeergebnisse an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:

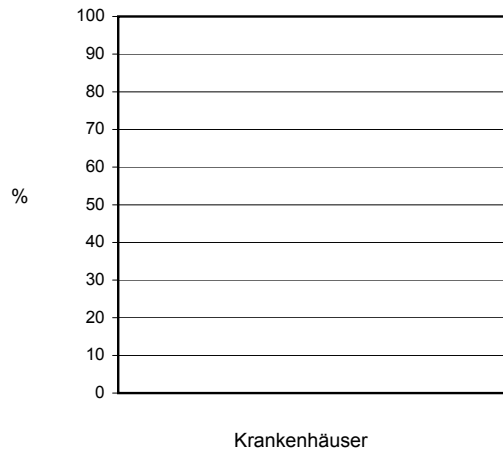


n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Immer präoperative Genitalhygiene

Qualitätsziel: Immer Durchführung präoperativer Genitalhygiene

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

Referenzbereich: = 100%

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Genitalhygiene präoperativ durchgeführt	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 5]:

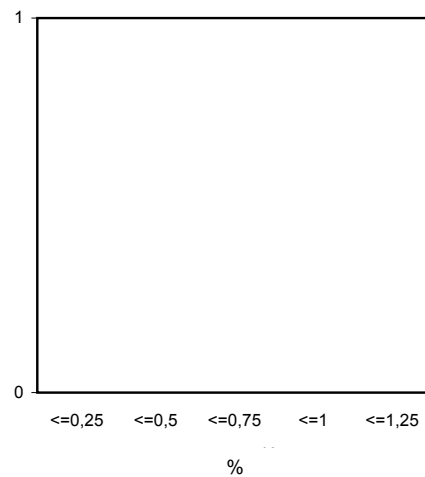
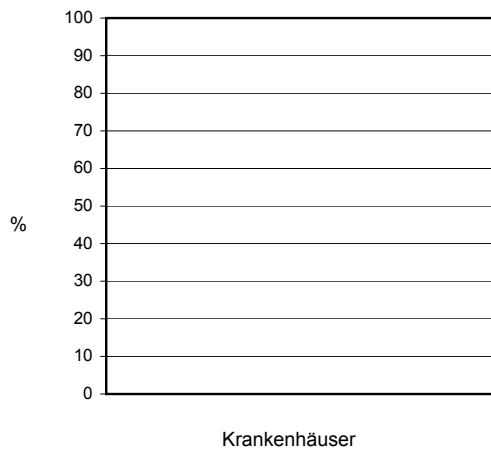
Anteil von Patienten mit Genitalhygiene präoperativ durchgeführt an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

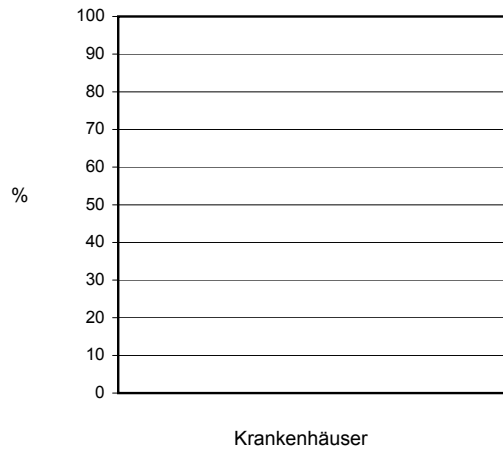
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Werte außerhalb des Referenzbereiches sind schraffiert hinterlegt.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft

Qualitätsziel: Oft gezielte Mobilisation durch Pflegekraft in Bezug auf das postoperative Verhalten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		> x%		> x%
innerhalb 24h postoperativ	0 / 0	0%	0 / 0	0%
später als 24h postoperativ	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 6]:

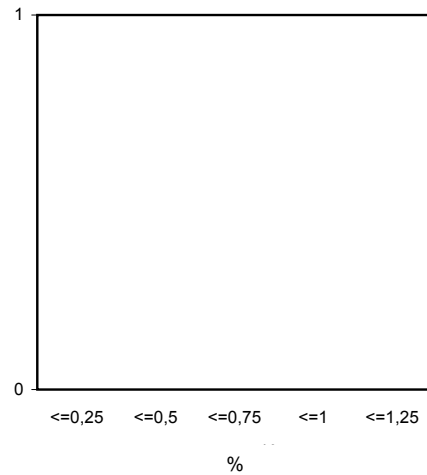
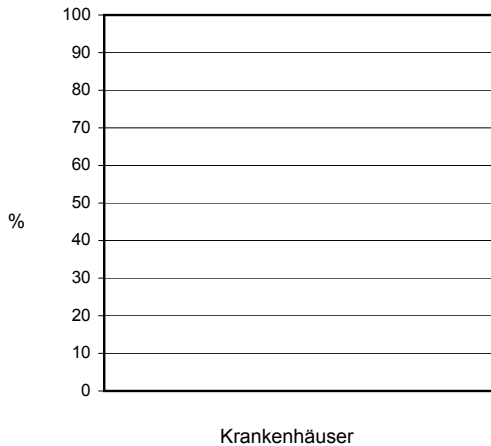
Anteil von Patienten mit gezielter Mobilisation durch Pflegekraft an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



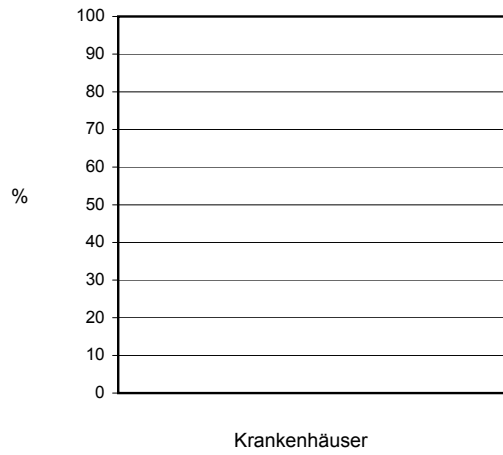
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel: Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe A im Vergleich Entlassung zur Aufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR A bei Aufnahme und Entlassung

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		> x%		> x%
PPR Pflegestufe A verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A1 unverändert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A2 unverändert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A3 unverändert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A1 verschlechtert nach A2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A2 verschlechtert nach A3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A1 verschlechtert nach A3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A2 verbessert nach A1	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A3 verbessert nach A2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR A3 verbessert nach A1	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:

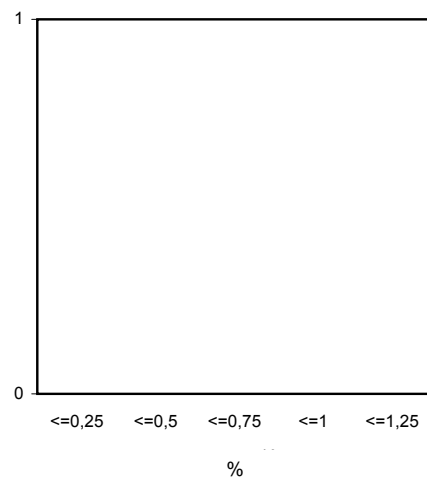
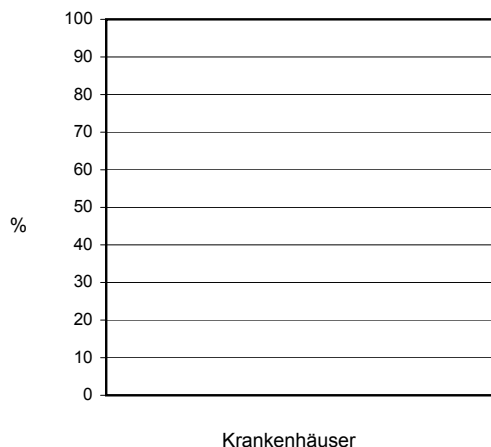
Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an allen Patienten der Grundgesamtheit

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



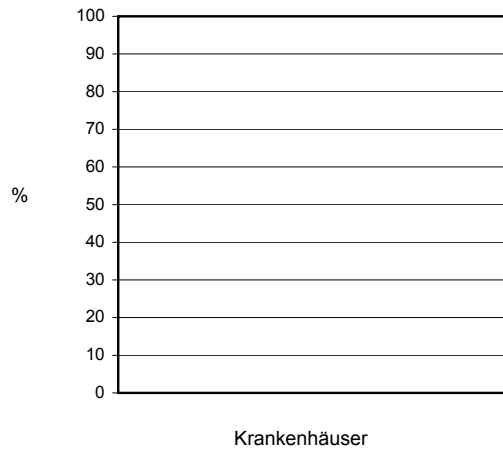
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel: Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe S im Vergleich Entlassung zur Aufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR S bei Aufnahme und Entlassung

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		> x%		> x%
PPR Pflegestufe S verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S1 unverändert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S2 unverändert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S3 unverändert	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S1 verschlechtert nach S2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S2 verschlechtert nach S3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S1 verschlechtert nach S3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S2 verbessert nach S1	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S3 verbessert nach S2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
PPR S3 verbessert nach S1	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 8]:

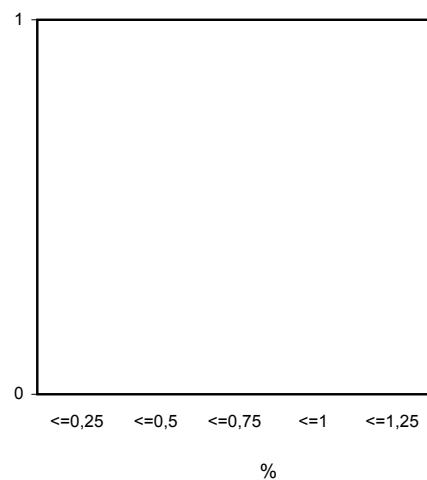
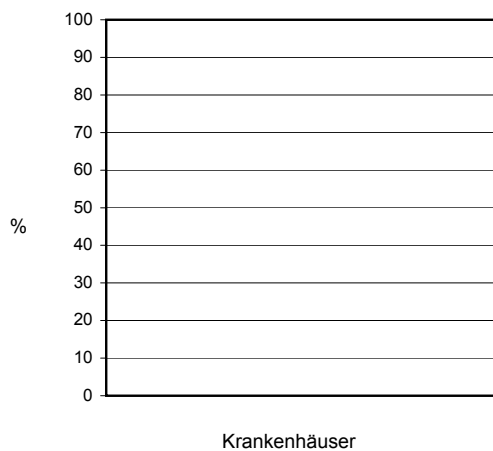
Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



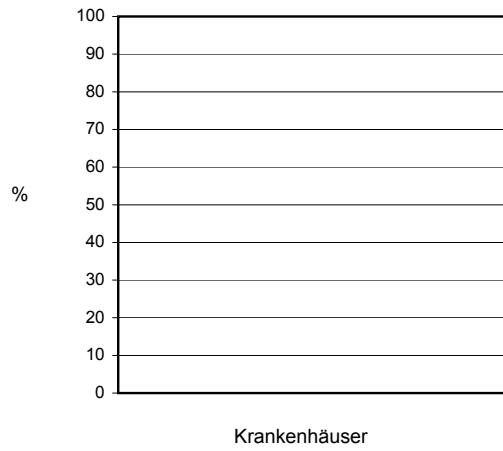
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: x%



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Musterauswertung 2003
Modul 14/1: Pflege bei Prostataresektion

Basisauswertung - Pflege

Musterauswertung Gesamt

Auswertungsversion: 21. Januar 2004

Datensatzversion: 2003 6.0

Mindestanzahl Datensätze: 0

Datenbankstand:

Druckdatum: 31. März 2004

Nr. Gesamt-1363

2003 - R4778-P8638

Basisdaten

	Gesamt 2003	
		Anzahl
Anzahl importierter OP-Datensätze	0	0
Anzahl importierter Pflegedatensätze	0	0

Patienten

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%*
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe	0		0	0
< 20	0 / 0	0	0 / 0	0
20 - 39	0 / 0	0	0 / 0	0
40 - 59	0 / 0	0	0 / 0	0
60 - 79	0 / 0	0	0 / 0	0
80-89	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 90	0 / 0	0	0 / 0	0
Alter (Jahre)				
Median	0		0	
Mittelwert	0		0	
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	0	0	0	0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	0	0	0	0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	0	0	0	0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0	0	0
5: moribunder Patient	0	0	0	0

*Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

Aufnahme

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Einstufung nach PPR-Systematik bei Aufnahme	0	0	0	0
Wenn ja:				
Pflegestufe A	0 / 0	0	0 / 0	0
davon				
A1	0 / 0	0	0 / 0	0
A2	0 / 0	0	0 / 0	0
A3	0 / 0	0	0 / 0	0
Pflegestufe S	0 / 0	0	0 / 0	0
davon				
S1	0 / 0	0	0 / 0	0
S2	0 / 0	0	0 / 0	0
S3	0 / 0	0	0 / 0	0

Pflegeprozess

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Pflegeanamnese schriftlich erhoben				
nein	0	0	0	0
ja, durch Krankenschwester/-pfleger (Examinierung, 3-jährige Ausbildung)	0	0	0	0
ja, durch Krankenpflegehelfer/in (Examinierung, 1-jährige Ausbildung)	0	0	0	0
ja, durch sonstiges Personal	0	0	0	0
Pflegeziele schriftlich formuliert				
nein	0	0	0	0
ja	0	0	0	0
Pflegemaßnahmen schriftlich geplant				
nein	0	0	0	0
ja	0	0	0	0
Pflegeergebnisse schriftlich bewertet				
nein	0	0	0	0
ja	0	0	0	0

Präoperative Vorbereitung

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Durchführung der Genitalhygiene präoperativ sichergestellt	0	0	0	0

Prophylaxen und pflegerische Maßnahmen

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft				
nein	0	0	0	0
ja, innerhalb 24h postoperativ	0	0	0	0
ja, später als 24h postoperativ	0	0	0	0

Entlassung

	Gesamt 2003			
			Anzahl	%
Einstufung nach PPR-Systematik bei Entlassung	0	0	0	0
Wenn ja:				
Pflegestufe A	0 / 0	0	0 / 0	0
davon				
A1	0 / 0	0	0 / 0	0
A2	0 / 0	0	0 / 0	0
A3	0 / 0	0	0 / 0	0
Pflegestufe S	0 / 0	0	0 / 0	0
davon				
S1	0 / 0	0	0 / 0	0
S2	0 / 0	0	0 / 0	0
S3	0 / 0	0	0 / 0	0