

Musterauswertung 2005 Tonsillektomie

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 07/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3662-L25623-P15481

Musterauswertung 2005

Tonsillektomie

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 07/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3662-L25623-P15481

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Leitende Indikation	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.1
QI 2: Altersverteilung (Median in Jahren)		0	0	nicht definiert		1.3
QI 3: Tonsillektomie mit Adenotomie	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.5
QI 4: Nachblutungen I	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.7
QI 5: Nachblutungen II	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.9

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Leitende Indikation

Qualitätsziel: Selten leitende Indikation „Sonstige“

Grundgesamtheit: Alle Patienten

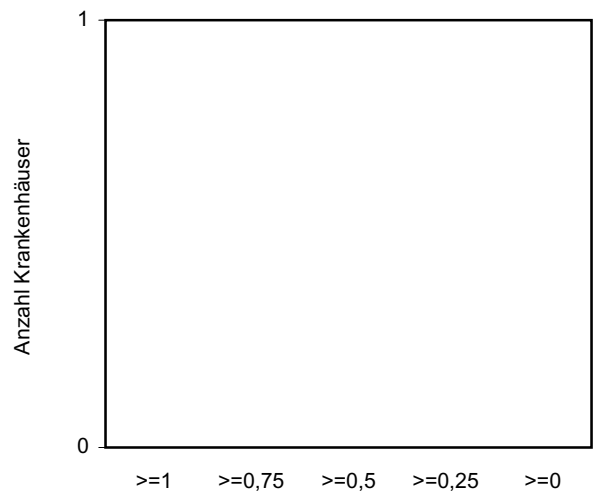
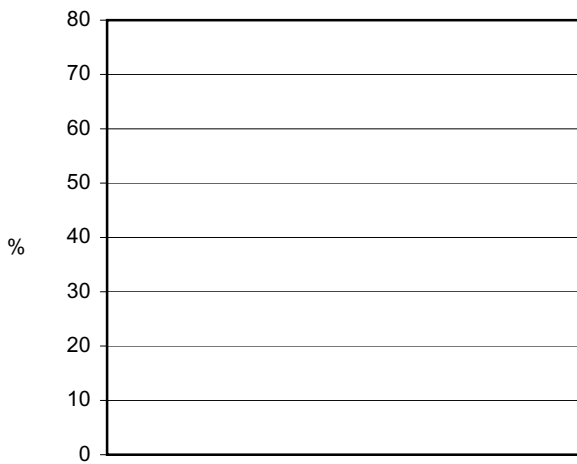
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
chronisch rezidivierende Tonsillitis	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Tonsillenhyperplasie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Resttonsillen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Zustand nach Peritonsillarabszess	0 / 0	0%	0 / 0	0%
vor Transplantation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sonstige	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonstige	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1]:
Anteil von Patienten mit leitender Indikation „Sonstige“ an allen Patienten
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

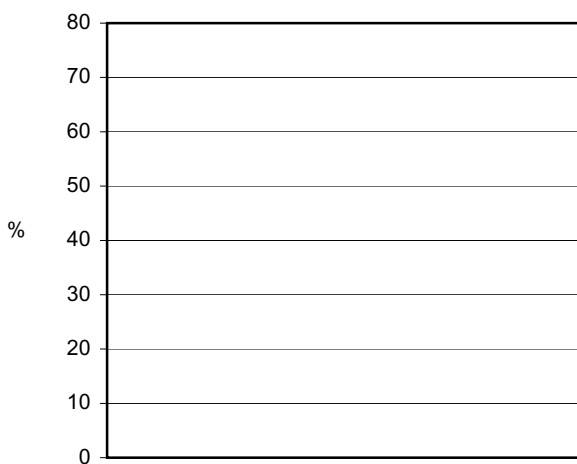


Krankenhäuser

%

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:



Krankenhäuser

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

Qualitätsindikator 2: Altersverteilung

Qualitätsziel: Angemessene Altersverteilung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Tonsillektomie und gleichzeitiger Adenotomie (OPS: 5-282.0, .x.y) und gültiger Altersangabe

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

Altersgruppen	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 4 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
4 bis < 7 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
7 bis < 15 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
15 bis < 20 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
20 bis < 30 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
30 bis < 40 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
40 bis < 50 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
>= 50 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
gültige Angaben, Median (Jahre) Referenzbereich	0	0 nicht definiert	0	0 nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
gültige Angaben, Median (Jahre)	0	0	0	0

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

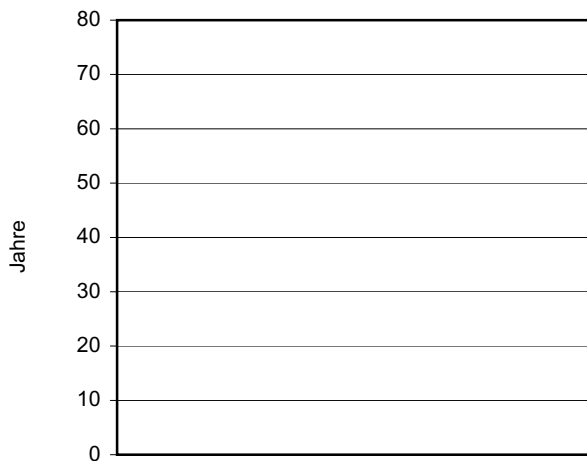
Angemessene Altersverteilung an Patienten mit gültigen Angaben, Median (Jahre)

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

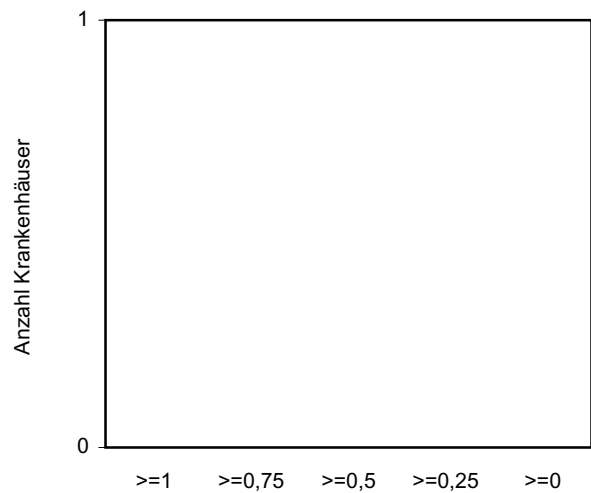
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser



Jahre

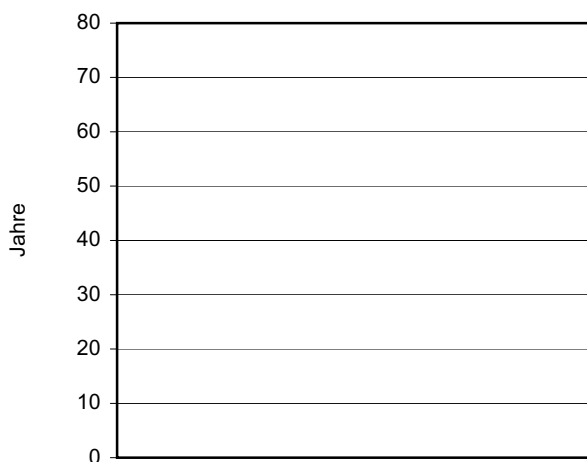
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Tonsillektomie mit Adenotomie

Qualitätsziel: Häufig Tonsillektomie mit Adenotomie (OPS: 5-282.0, .x.y) bei Kindern und Jugendlichen, selten bei Erwachsenen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger Altersangabe, gruppiert nach Alter

Referenzbereich: für Erwachsene (>= 20 Jahre) :
Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

Altersgruppen	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 4 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
4 bis < 7 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
7 bis < 15 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
15 bis < 20 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Kinder und Jugendliche (< 20 Jahre)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
20 bis < 30 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
30 bis < 40 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
40 bis < 50 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
>= 50 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Erwachsene (>= 20 Jahre)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Erwachsene (>= 20 Jahre)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:

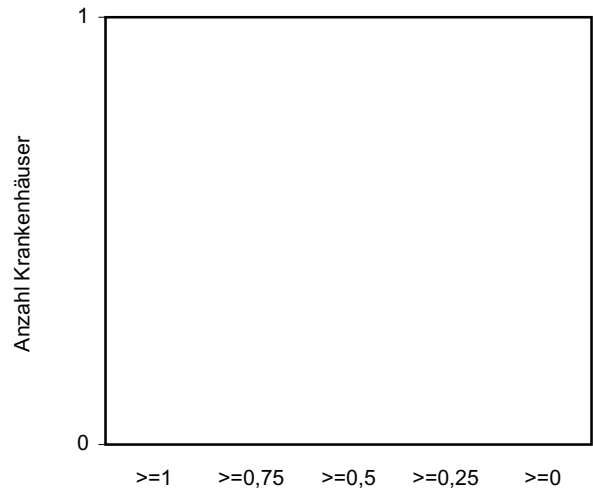
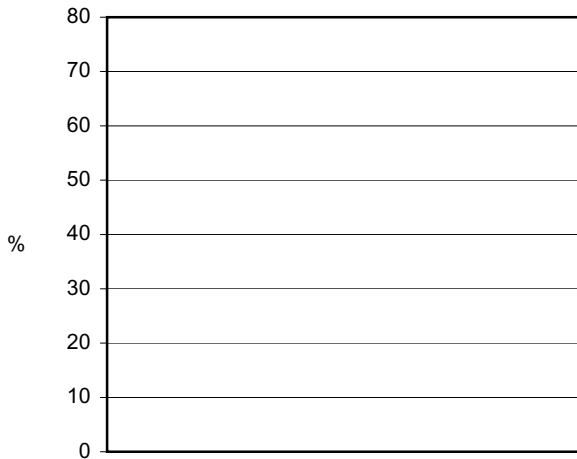
Anteil von Patienten mit Tonsillektomie und gleichzeitiger Adenotomie an Erwachsenen (>=20 Jahre) mit gültiger Altersangabe

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

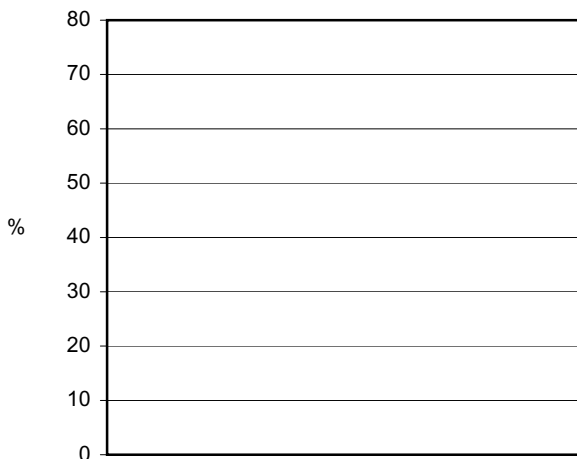
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 4: Nachblutungen I

Qualitätsziel: Selten behandlungspflichtige Nachblutungen bei Patienten ohne Gerinnungsstörung und ohne medikamentös behandlungspflichtigen Bluthochdruck

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Gerinnungsstörung und ohne medikamentös behandlungsbedürftigen Bluthochdruck

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

Nachblutung	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
innerhalb der ersten 24 Stunden ¹	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
zwischen 1. und 6. postoperativen Tag ¹	0 / 0	0%	0 / 0	0%
später ¹	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
innerhalb der ersten 24 Stunden ¹	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

¹ Mehrfachnennungen möglich

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4]:

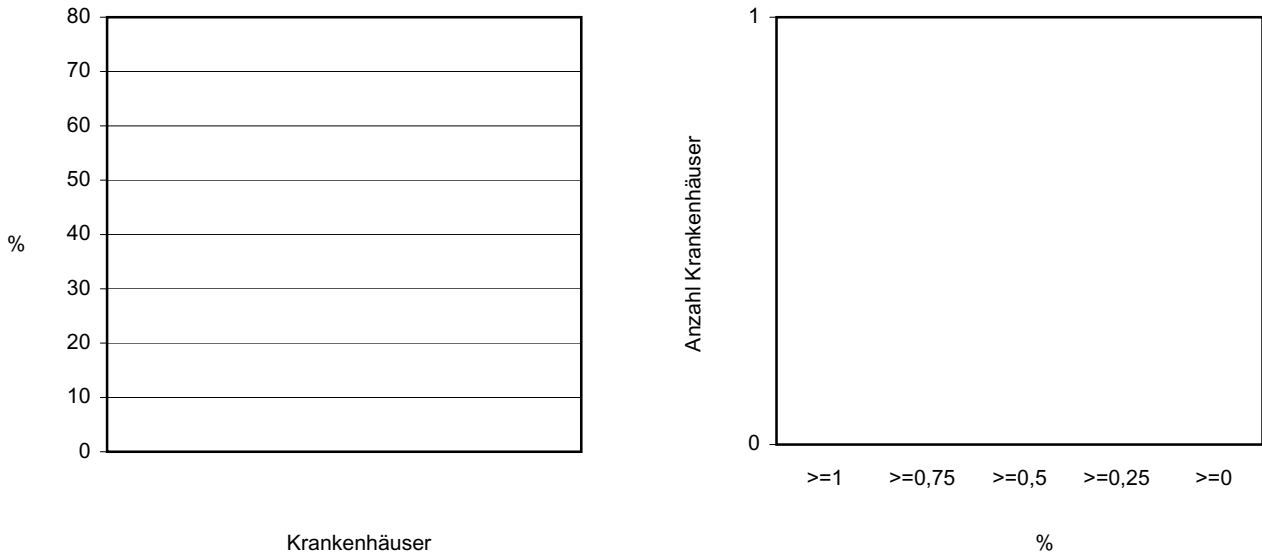
Anteil von Patienten mit behandlungspflichtigen Nachblutungen innerhalb der ersten 24 Stunden an Patienten ohne Gerinnungsstörung und ohne medikamentös behandlungspflichtigen Bluthochdruck

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



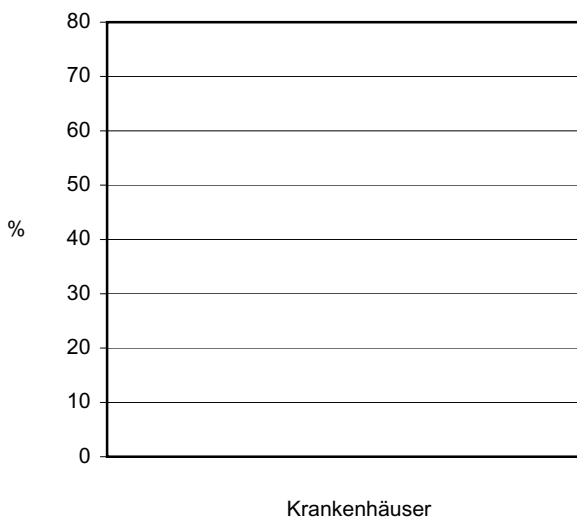
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 5: Nachblutungen II

Qualitätsziel: Selten behandlungspflichtige Nachblutungen bei allen Patienten

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit Gerinnungsstörung/Bluthochdruck
 Gruppe 3: Patienten ohne Gerinnungsstörung/Bluthochdruck

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

Nachblutung	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 mit Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck	Gruppe 3 ohne Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck
alle Nachblutungen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Nachblutungen innerhalb der ersten 24 Stunden ¹	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
zwischen 1. und 6. postoperativen Tag ¹	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
später ¹	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

Nachblutung	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 mit Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck	Gruppe 3 ohne Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck
alle Nachblutungen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Nachblutungen innerhalb der ersten 24 Stunden ¹	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
zwischen 1. und 6. postoperativen Tag ¹	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
später ¹	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

¹ Mehrfachnennungen möglich

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 mit Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck	Gruppe 3 ohne Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck
alle Nachblutungen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 mit Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck	Gruppe 3 ohne Gerinnungsstörung/ Bluthochdruck
alle Nachblutungen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5]:

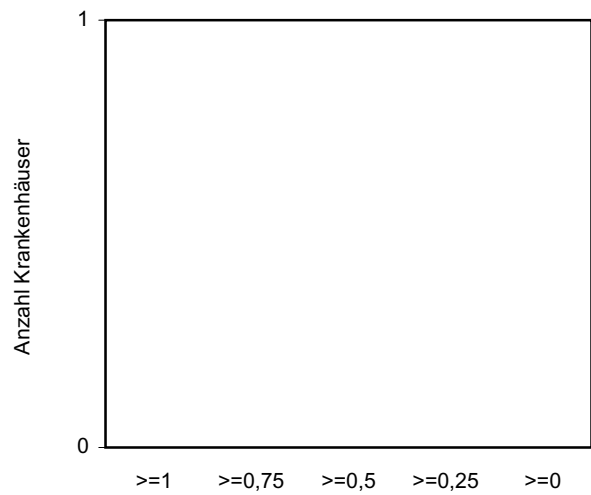
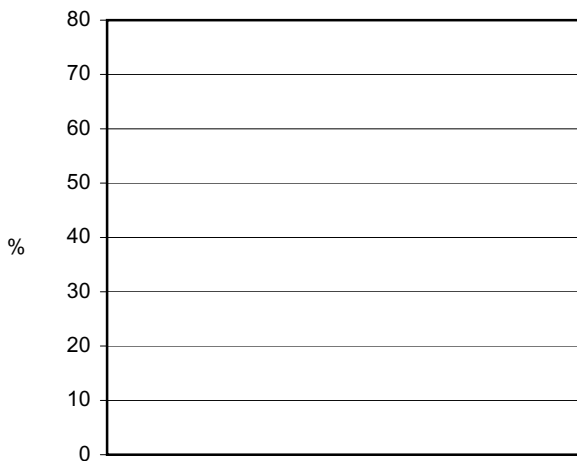
Anteil von Patienten mit behandlungspflichtigen Nachblutungen an allen Patienten

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

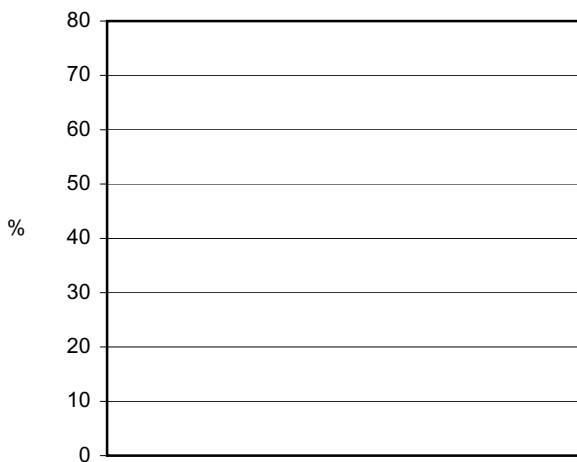
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Musterauswertung 2005 Tonsillektomie

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 07/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3662-L25623-P15481

Basisdaten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal	0	0	0	0	0	0
2. Quartal	0	0	0	0	0	0
3. Quartal	0	0	0	0	0	0
4. Quartal	0	0	0	0	0	0
Gesamt	0		0		0	

¹ Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus

1
2
3
4
5
6
7
8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0
5		0	0		0	0		0	0
6		0	0		0	0		0	0
7		0	0		0	0		0	0
8		0	0		0	0		0	0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM Version 2004 und der ICD-10-GM Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus

1
2
3
4
5

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0
5		0	0		0	0		0	0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0 / 0		0 / 0		0 / 0	
< 20 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
20 - 39 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
40 - 59 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
60 - 79 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 80 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
Geschlecht						
männlich	0	0	0	0	0	0
weiblich	0	0	0	0	0	0

Indikation

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
leitende Indikation						
chronisch rezidivierende Tonsillitis	0	0	0	0	0	0
Tonsillenhyperplasie	0	0	0	0	0	0
Resttonsillen	0	0	0	0	0	0
Zustand nach Peritonsillarabszess	0	0	0	0	0	0
vor Transplantation	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	0	0	0	0	0	0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	0	0	0	0	0	0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	0	0	0	0	0	0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0	0	0	0	0
5: moribunder Patient	0	0	0	0	0	0
erschwerende Nebendiagnose(n) (Gerinnungsstörung, medikamentös behandlungsbedürftiger Blutdruck)						
Anzahl der Patienten	0	0	0	0	0	0

Operation

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
gültige Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Komplikationen

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit behandlungspflichtiger Nachblutung						
(Mehrfachnennungen möglich)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
innerhalb der ersten 24 Stunden	0	0	0	0	0	0
zwischen 1. und 6. postoperativen Tag	0	0	0	0	0	0
später	0	0	0	0	0	0
Blutstillung im Operationssaal	0	0	0	0	0	0

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 ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) 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 bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
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 auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2005.

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 oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

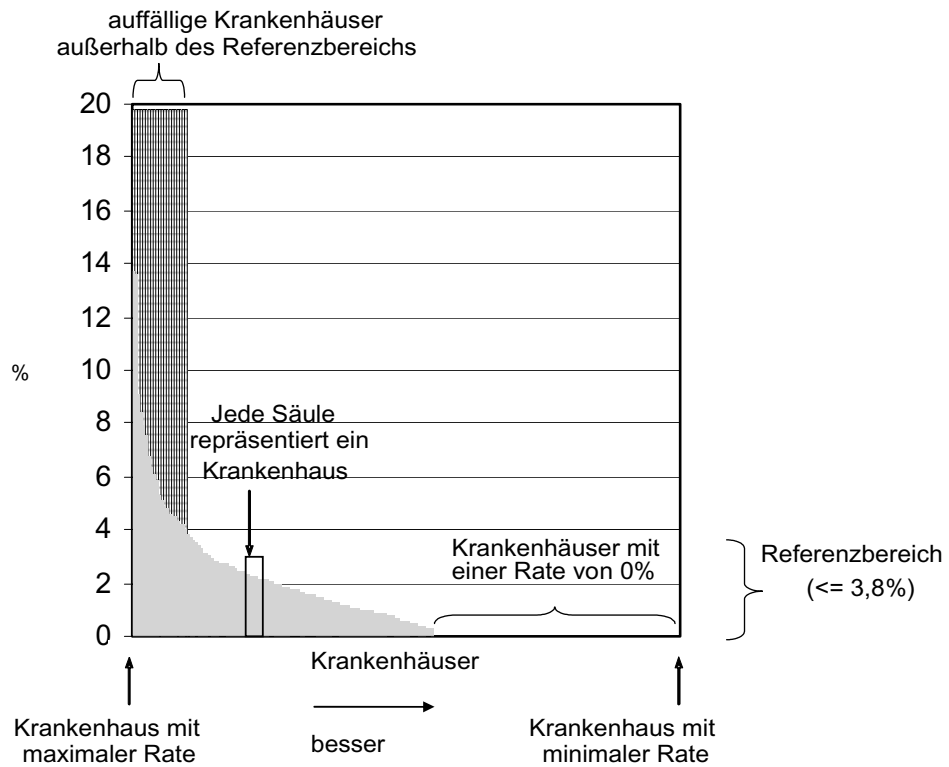
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der 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.

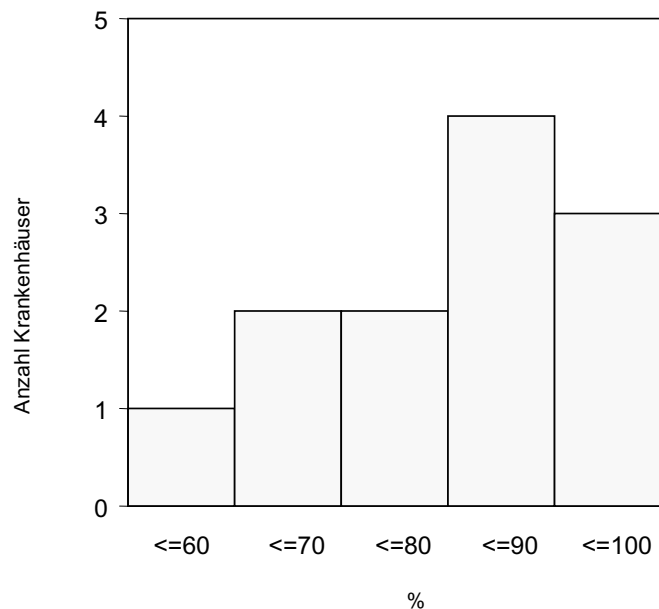
Beispiel:

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	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	3	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D.h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. 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 Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

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 entspricht hier der Wert von 1,5% dem 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.

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 der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.