

Musterauswertung 2006 Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie

Musterkrankenhaus

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Anzahl Datensätze Gesamt:
Datensatzversion: DEK-HCH-GESAMT 2006 9.0
Datenbankstand:
2006 - D4717-L36274-P19022

Musterauswertung 2006 Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie

Qualitätsindikatoren

Musterkrankenhaus

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Anzahl Datensätze Gesamt:
Datensatzversion: DEK-HCH-GESAMT 2006 9.0
Datenbankstand:
2006 - D4717-L36274-P19022

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	0 / 0	0%	0%	<= x%		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	0 / 0	0%	0%	<= x%		P1.1
QI 2: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		P1.5
QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4						
	0 / 0	0%	0%	Sentinel Event		P1.7

¹ Abweichung vom Referenzbereich

Qualitätsindikator 1: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden

Qualitätsziel: Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme

Kennzahl-ID:
 1. 2006/DEK-HCH/50656
 2. 2006/DEK-HCH/48915

Referenzbereich:
 1. <= x% (90%-Perzentile)
 2. <= x% (90%-Perzentile)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Grad 2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Grad 3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Grad 4	0 / 0	0%	0 / 0	0%
keine Gradangabe	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich	0 / 0	0% 0% - 100%	0 / 0	0% 0% - 100%
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich	0 / 0	0% 0% - 100%	0 / 0	0% 0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2006/DEK-HCH/50656]:

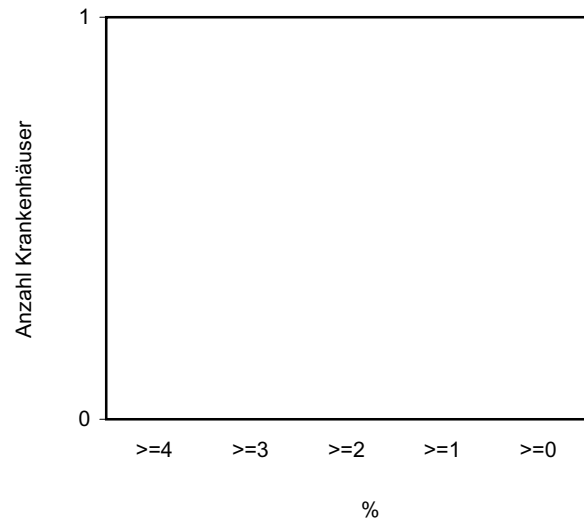
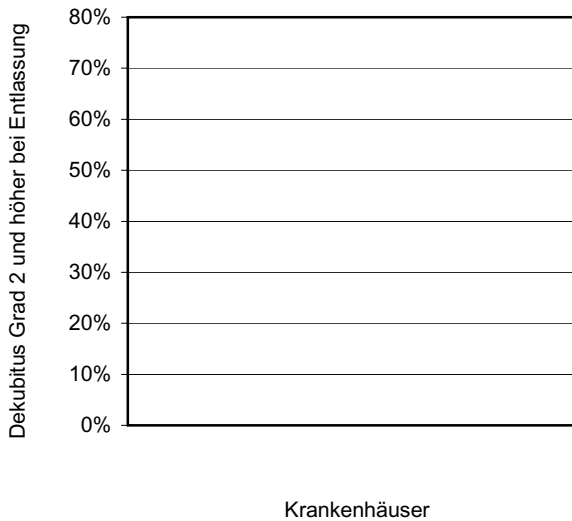
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: -



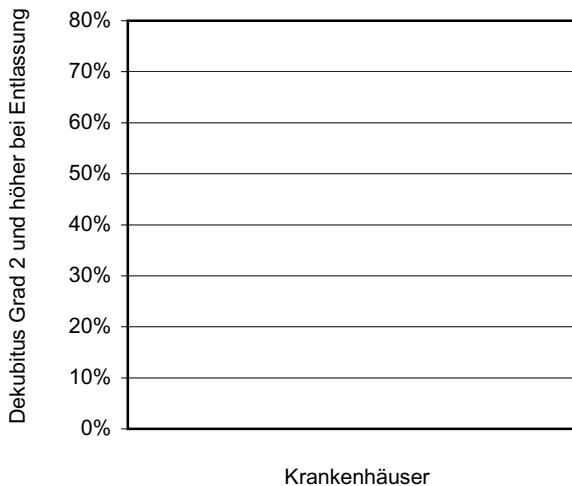
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

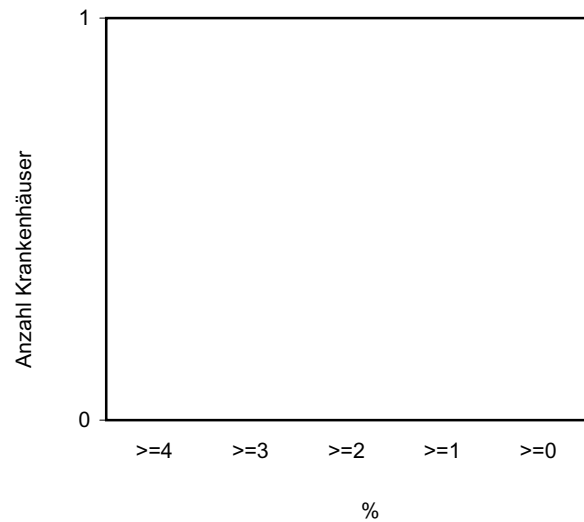
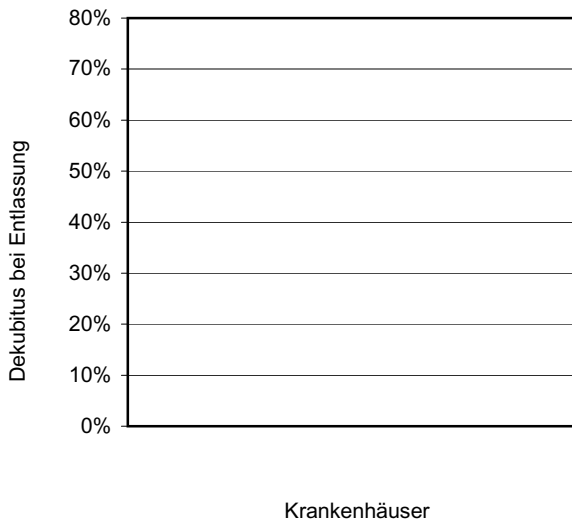
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2006/DEK-HCH/48915]:

Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: -



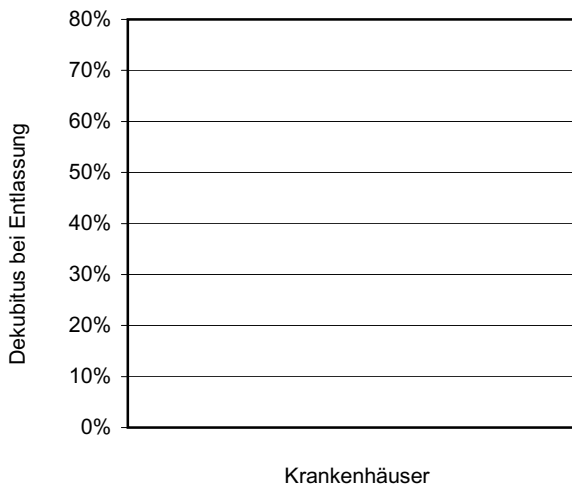
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 2: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden

Qualitätsziel: Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme

Kennzahl-ID: 2006/DEK-HCH/48922

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Grad 2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Grad 3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Grad 4	0 / 0	0%	0 / 0	0%
keine Gradangabe	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

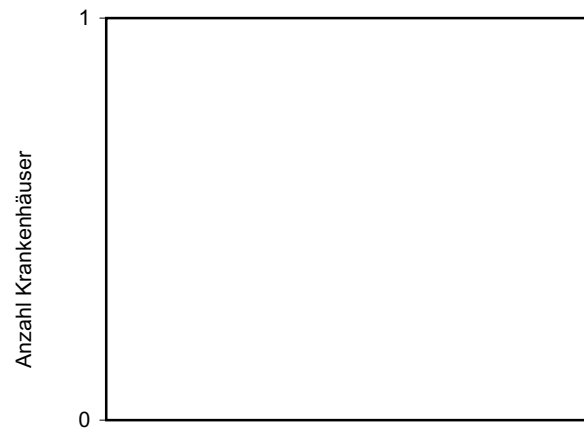
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/DEK-HCH/48922]:

Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme
 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 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

Qualitätsziel: Keine neu aufgetretenen Dekubitalulzera Grad 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen werden

Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

Kennzahl-ID: 2006/DEK-HCH/70310

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 0	0% 0% - 100% Sentinel Event	0 / 0	0% 0% - 100% Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung Vertrauensbereich	0 / 0	0% 0% - 100%	0 / 0	0% 0% - 100%

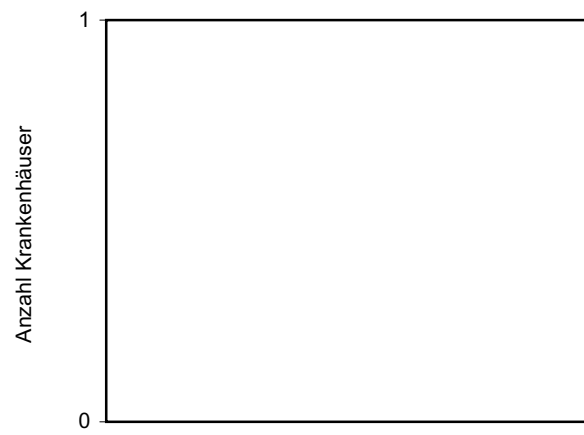
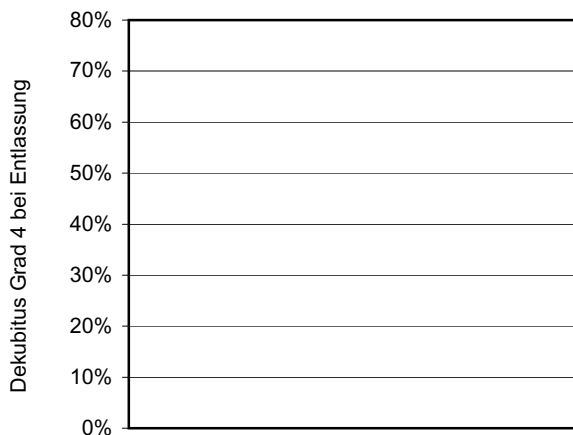
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2006/DEK-HCH/70310]:

Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: -

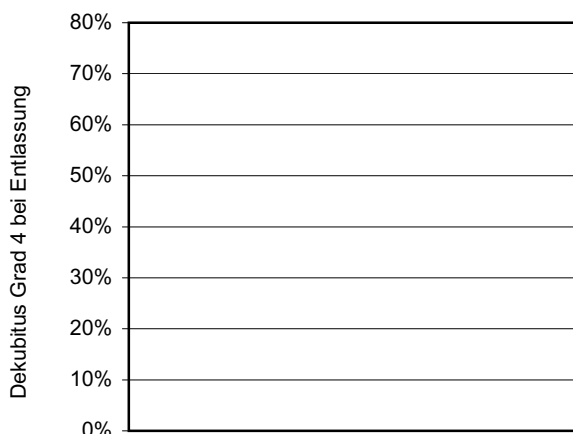


n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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.

Musterauswertung 2006 Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie

Basisauswertung

Musterkrankenhaus

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Anzahl Datensätze Gesamt:
Datensatzversion: DEK-HCH-GESAMT 2006 9.0
Datenbankstand:
2006 - D4717-L36274-P19022

Basisdaten

	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006	Krankenhaus 2005
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten	0	0	0

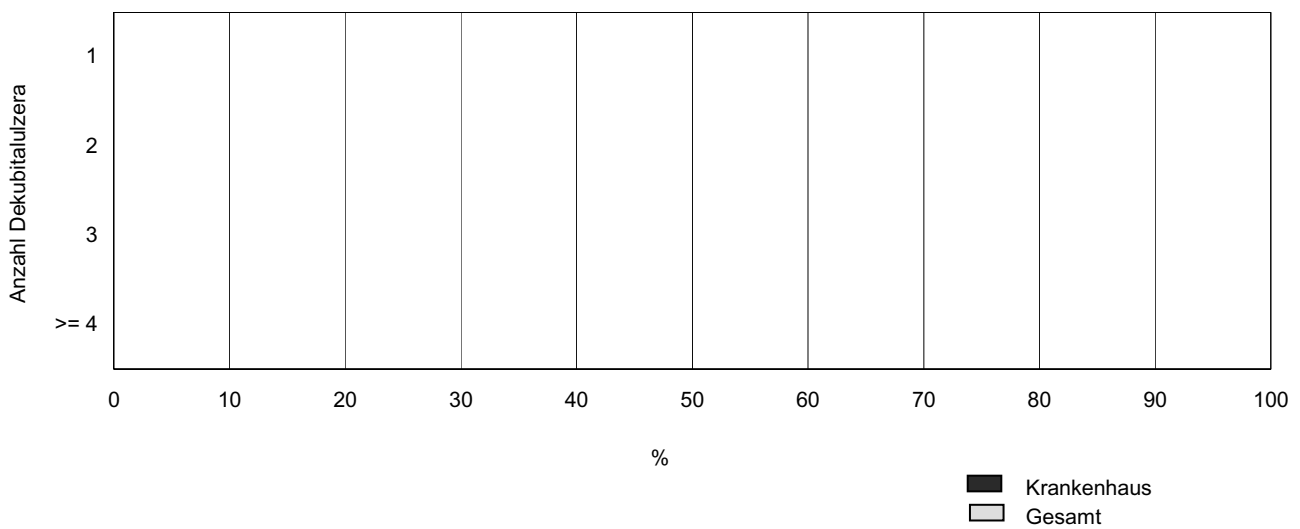
Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	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 - 69 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
70 - 79 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
80 - 89 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 90 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
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

Aufnahme

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja	0	0	0	0	0	0
nein	0	0	0	0	0	0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:	0	0	0	0	0	0
Grad 2:	0	0	0	0	0	0
Grad 3:	0	0	0	0	0	0
Grad 4:	0	0	0	0	0	0

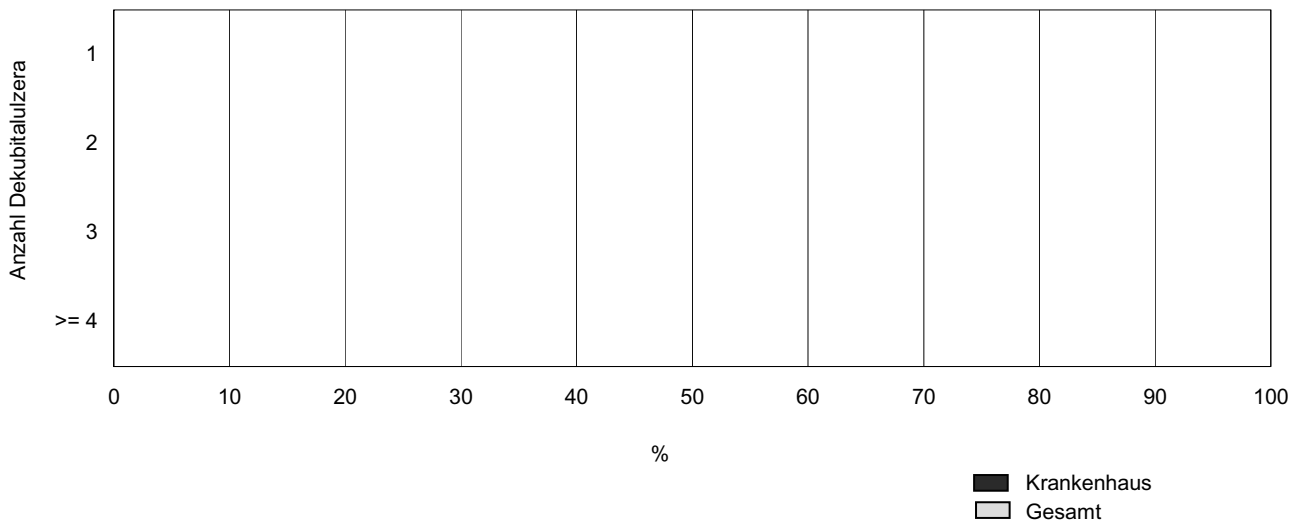
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja	0	0	0	0	0	0
nein	0	0	0	0	0	0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:	0	0	0	0	0	0
Grad 2:	0	0	0	0	0	0
Grad 3:	0	0	0	0	0	0
Grad 4:	0	0	0	0	0	0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0	0	0	0	0
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
unveränderter Anzahl	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
reduzierter Anzahl	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) ¹	0 / 0	0,00	0 / 0	0,00	0 / 0	0,00

¹ In der Prozenspalte steht (Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme) / Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme.

Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar:

(Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme) / Dekubitalulzera bei Aufnahme.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0	0	0	0	0
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)	0 / 0	0,00	0 / 0	0,00	0 / 0	0,00
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
1	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
2	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
3	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
4 oder mehr	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient ¹	0 / 0	0,00	0 / 0	0,00	0 / 0	0,00

¹ In der Prozenspalte steht die mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient.

Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar: (Anzahl der Dekubitalulzera bei Entlassung / Anzahl Patienten mit neu entstandenem Dekubitalulkus).

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl 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 Qualitätsindikators.

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 Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an 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 (95%)
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. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -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 2006.

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.

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 2006 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2005 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 der BQS-Bundesauswertung 2006. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2005 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2006 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.

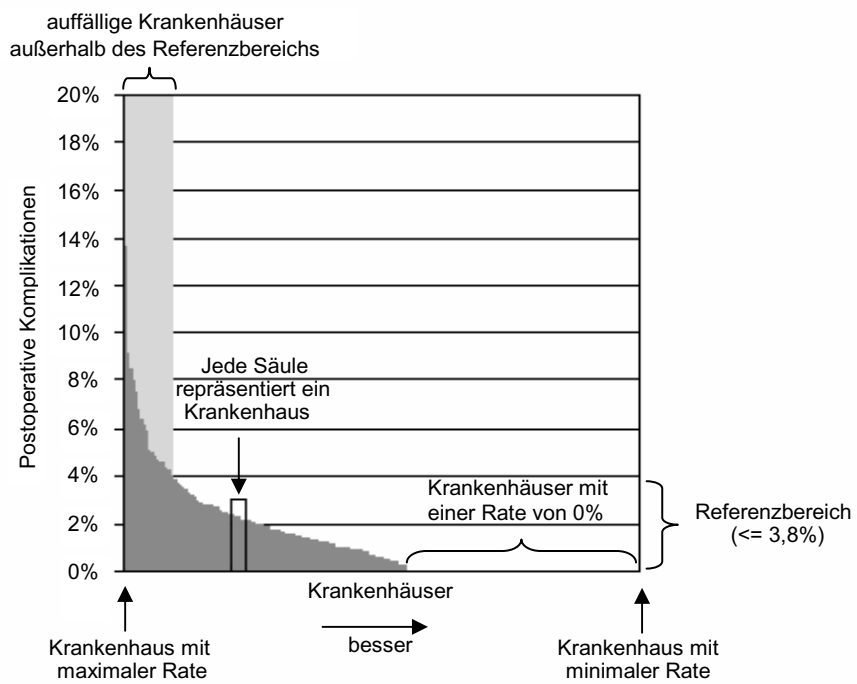
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

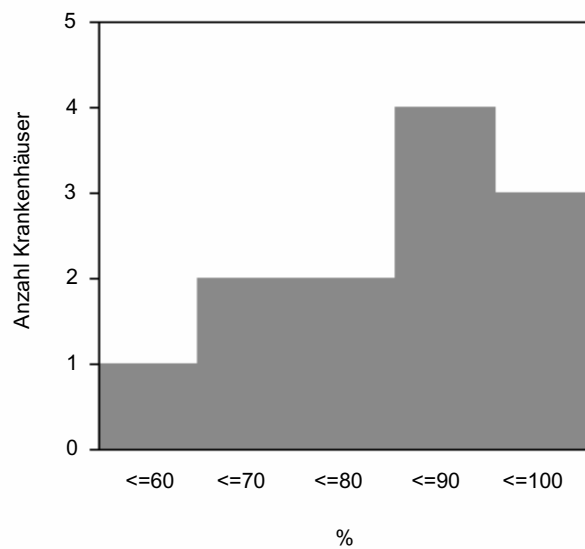
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. 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).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z.B. steht die Bezeichnung 2006/18n1-MAMMA/46200 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Postoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2006.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z.B. 46200) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

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.