# Jahresauswertung 2019
# Pflege: Dekubitusprophylaxe

## DEK

## Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Thüringen): 51
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 9.762
Datensatzversion: DEK 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18145-L116629-P54833

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2020 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Thüringen

# Jahresauswertung 2019
# Pflege: Dekubitusprophylaxe

## DEK

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Thüringen): 51
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 9.762
Datensatzversion: DEK 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18145-L116629-P54833

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2020 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Thüringen

# Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

| Qualitätsindikator/Kennzahl | Fälle Krankenhaus 2019 | Ergebnis Krankenhaus 2019 | Ergebnis Gesamt 2019 | Referenz-bereich | Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr[2] | Seite |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gruppe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)** | | | | | | | |
| 2019/DEK/52009<br>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) | | | 1,15 | <= 2,13 | innerhalb | 1,24 | 9 |
| 2019/DEK/52326<br>TKez: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 | | | 0,39% | - | - | 0,41% | 11 |
| 2019/DEK/521801<br>TKez: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 | | | 0,07% | - | - | 0,08% | 13 |
| 2019/DEK/521800<br>TKez: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet | | | 0,00% | - | - | 0,00% | 15 |

[1] „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

# Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl | Fälle Krankenhaus 2019 | Ergebnis Krankenhaus 2019 | Ergebnis Gesamt 2019 | Referenz-bereich | Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr[2] | Seite |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019/DEK/52010 | | | | | | | |
| **QI: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4** | | | 15,00 Fälle | Sentinel Event | außerhalb | 19,00 Fälle | 17 |

[1] „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. 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 2019 | Ergebnis Krankenhaus 2019 | Ergebnis Gesamt 2019 | Referenz-bereich | Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr[2] | Seite |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019/DEK/850359<br>**Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)** | | | 0,11% | <= 3,38% | innerhalb | 0,23% | 19 |
| 2019/DEK/850361<br>**Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“** | | | 0,15% | <= 1,97% | innerhalb | 0,22% | 21 |
| 2019/DEK/851805<br>**Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik** | | | -0,72% | <= 20,00% | innerhalb | 0,24% | 23 |

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches", „-" = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. 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 2019 wurden 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 „KKez“ oder „TKez“ 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 2018, deren Entlassungsdatum zwischen dem 01.01.2019 und dem 31.12.2019 liegt.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren in der Auswertung erfolgt auf Basis der Risikostatistik für alle Patienten, die in den Jahren 2018 oder 2019 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2019 und 31.12.2019 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 2018 oder 2019 aufgenommen und zwischen dem 01.01.2019 und 31.12.2019 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:** 2019/DEK/52009

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

**Referenzbereich:** <= 2,13 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

| Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|---|---|---|
| beobachtet (O)[1] | | 2.471 / 527.580<br>0,47% |
| vorhergesagt (E)[2] | | 2.150,68 / 527.580<br>0,41% |
| O - E | | 0,06% |

[1] 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.

[2] 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 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

| Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|---|---|---|
| O/E[1] | | 1,15 |
| Referenzbereich | <= 2,13 | <= 2,13 |

| **Vorjahresdaten**<br>Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018 |
|---|---|---|
| beobachtet (O)[2] | | 2.645 / 528.168<br>0,50% |
| vorhergesagt (E)[3] | | 2.131,24 / 528.168<br>0,40% |
| O - E | | 0,10% |
| O/E[1] | | 1,24 |

[1] 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.

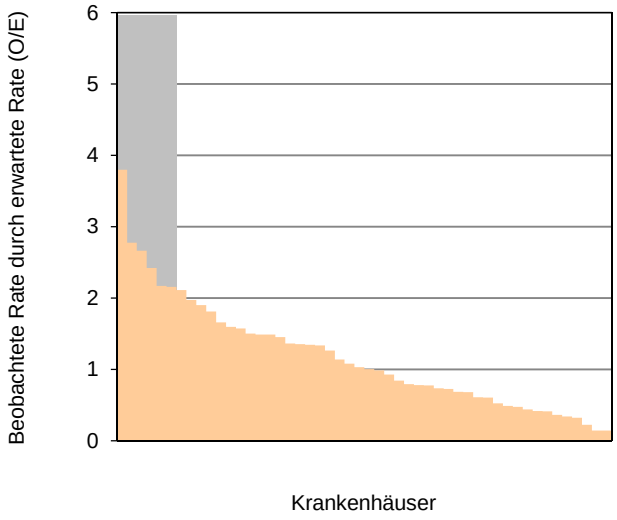
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, ist 10% kleiner als erwartet.

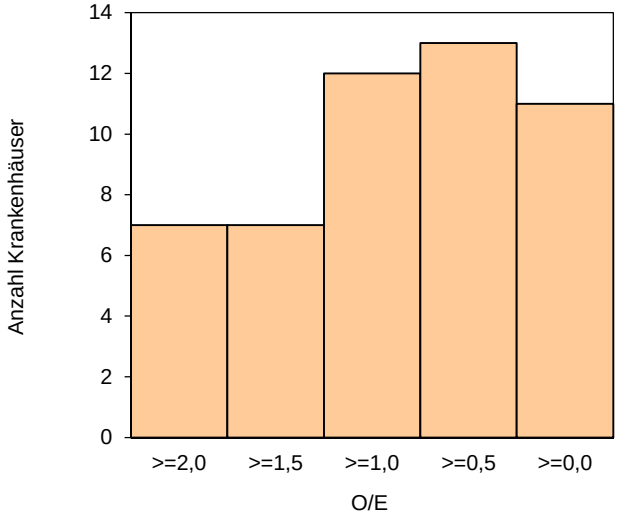
[2] KKez O_52009: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand.

[3] 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 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2019/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**

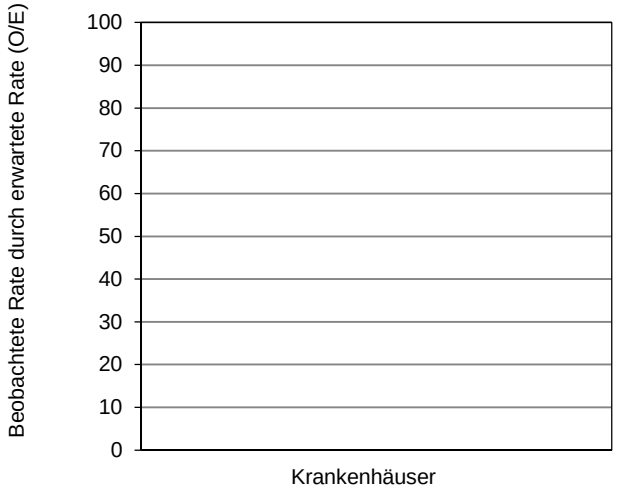
**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0,14 | 0,22 | 0,35 | 0,61 | 1,02 | 1,57 | 2,16 | 2,66 | 3,80 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2019/DEK/52326

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | 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[1] | | | 2.076 / 527.580 | 0,39% |

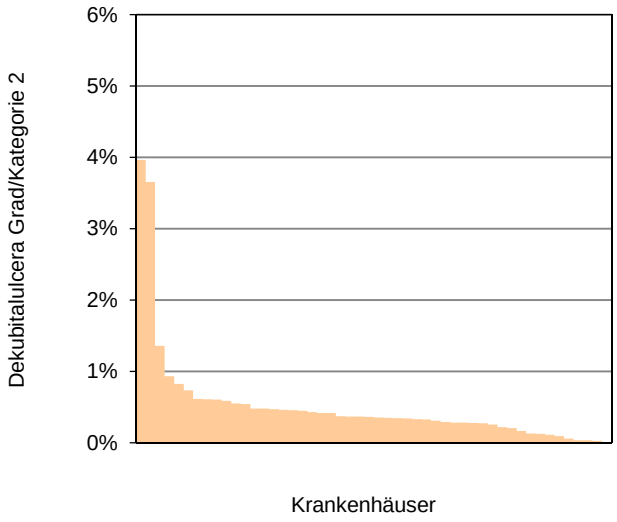
| **Vorjahresdaten[2]** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand[1] | | | 2.169 / 528.168 | 0,41% |

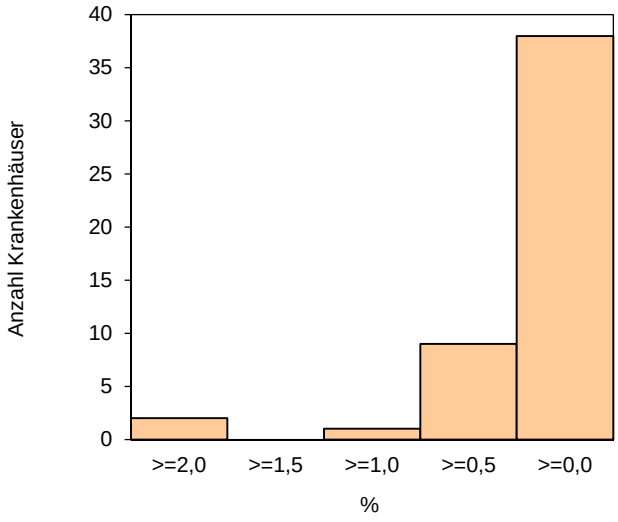
[1] Der Nenner der Transparenzkennzahl (TKez) mit der Kennzahl-ID 52326 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24854_52326 berechnet und bildet alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichhbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b_TKez_52326, Kennzahl-ID 2019/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 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

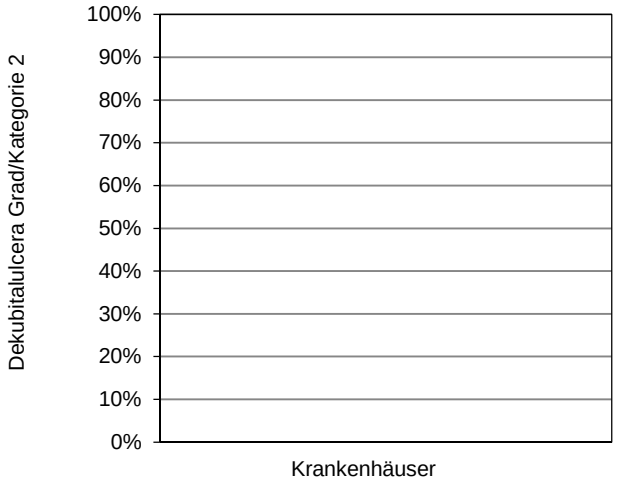
**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0,00 | 0,03 | 0,08 | 0,26 | 0,36 | 0,48 | 0,78 | 1,36 | 3,97 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.




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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

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

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2019/DEK/521801

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | 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[1] | | | 366 / 527.580 | 0,07% |

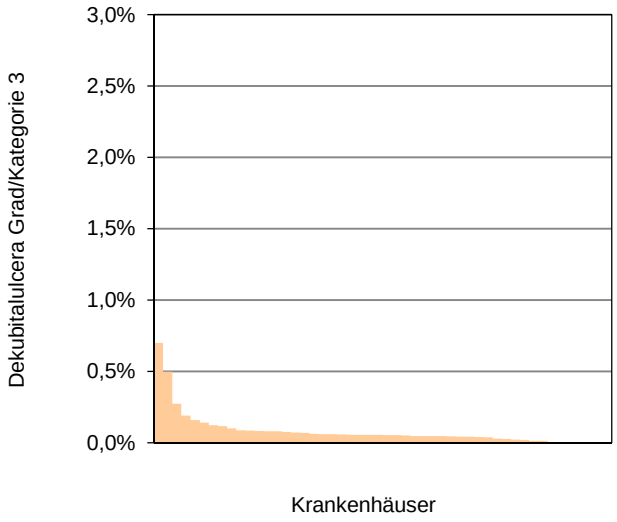
| **Vorjahresdaten[2]** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand[1] | | | 435 / 528.168 | 0,08% |

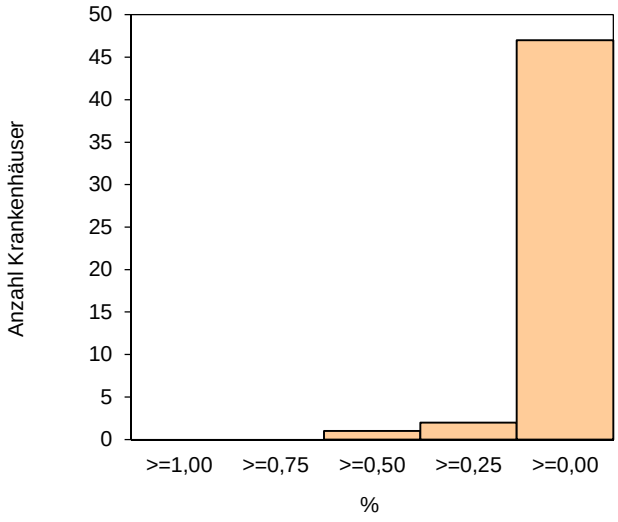
[1] Der Nenner der Transparenzkennzahl (TKez) mit der Kennzahl-ID 521801 wird durch die kalkulatorische Kennzahl (KKez) mit der Kennzahl-ID 24855_521801 berechnet und bildet alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c_TKez_521801, Kennzahl-ID 2019/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 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

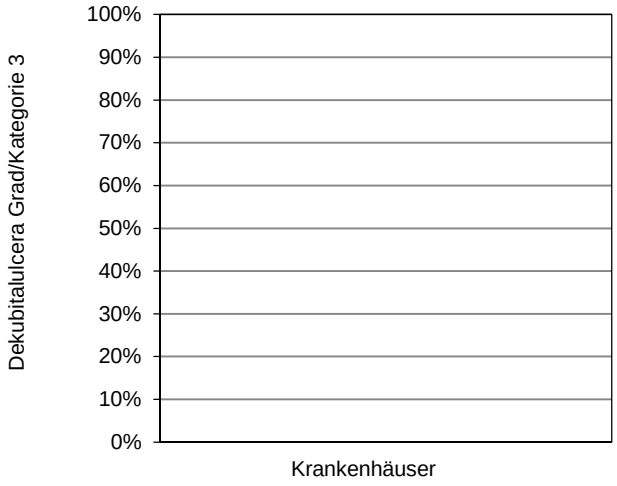
**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,03 | 0,05 | 0,08 | 0,15 | 0,27 | 0,70 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.




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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

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

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2019/DEK/521800

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | 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[1] | | | 14 / 527.580 | 0,00% |

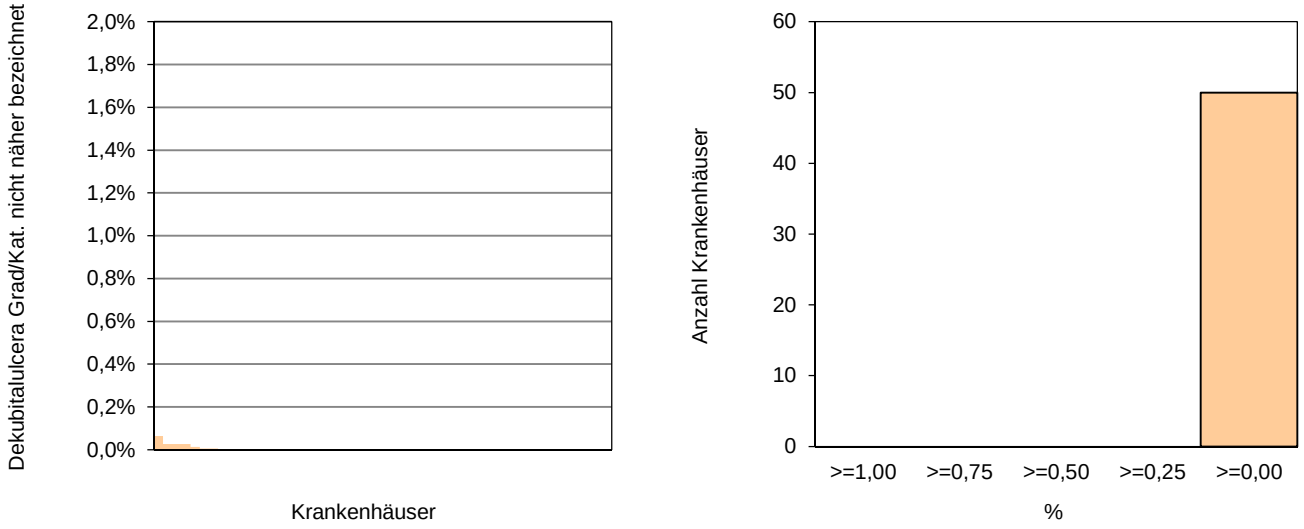
| **Vorjahresdaten[2]** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand[1] | | | 22 / 528.168 | 0,00% |

[1] 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 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

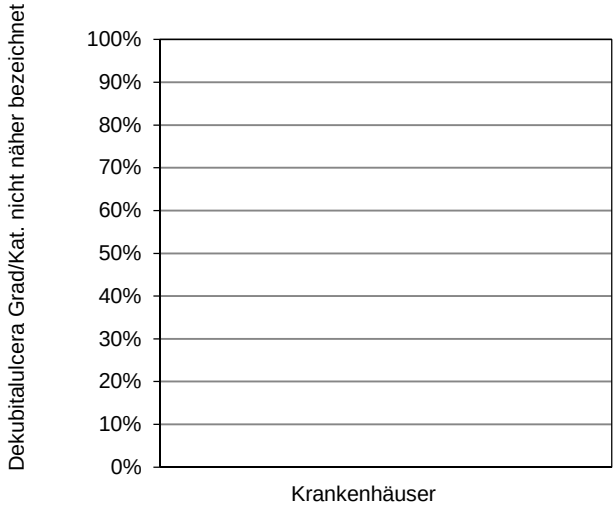
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1d_TKez_521800, Kennzahl-ID 2019/DEK/521800]:**
**Anteil von Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneter Grad/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 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 | 0,03 | 0,06 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.




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

1 Krankenhaus hat 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:** 2019/DEK/52010

**Referenzbereich:** Sentinel Event

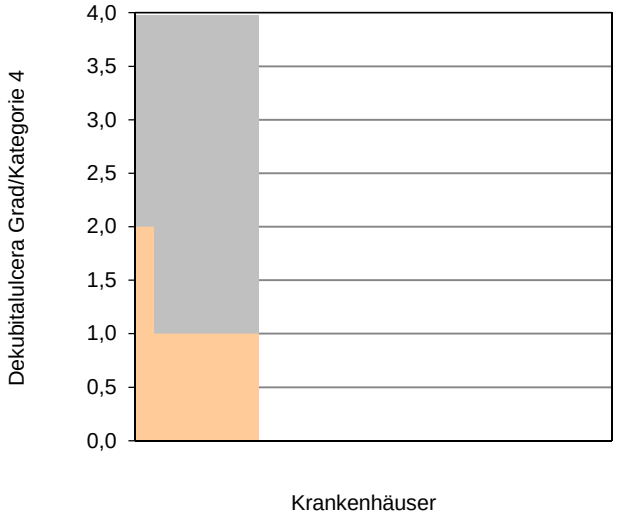
| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | Fälle | Anzahl | Fälle |
| Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand[1] | | | 15 / 527.580 | 15,00 Fälle<br>0,00% |
| Referenzbereich | | Sentinel Event | | Sentinel Event |

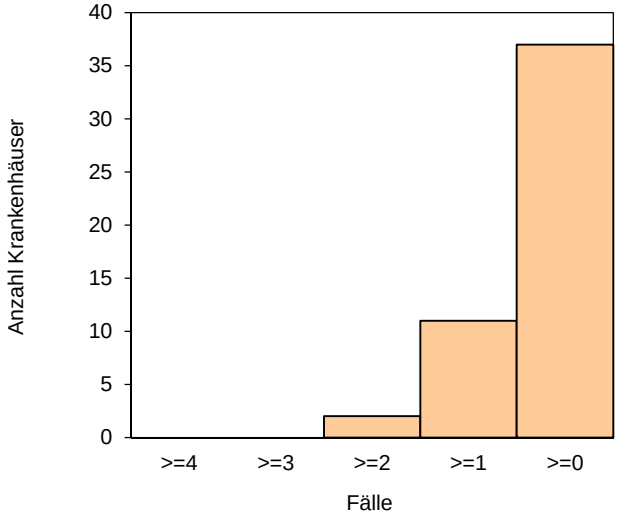
| **Vorjahresdaten** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | Fälle | Anzahl | Fälle |
| Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand[1] | | | 19 / 528.168 | 19,00 Fälle<br>0,00% |

[1] 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 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik ab.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/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**

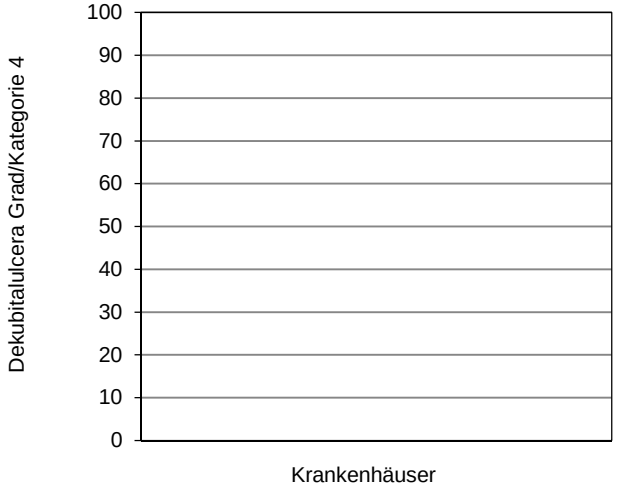
**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




| 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 | 1,00 | 2,00 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.




| Perzentil der Krankenhäuser (Fälle) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation

**AK-ID:** 2019/DEK/850359

**Referenzbereich:** <= 3,38% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52009, 52326, 521801, 521800, 52010

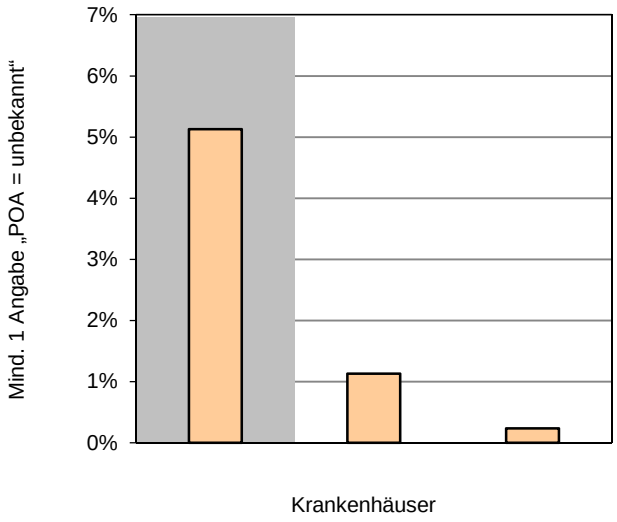
| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ [1] | | | 11 / 9.762 | 0,11% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,06% - 0,20% |
| Referenzbereich | | <= 3,38% | | <= 3,38% |

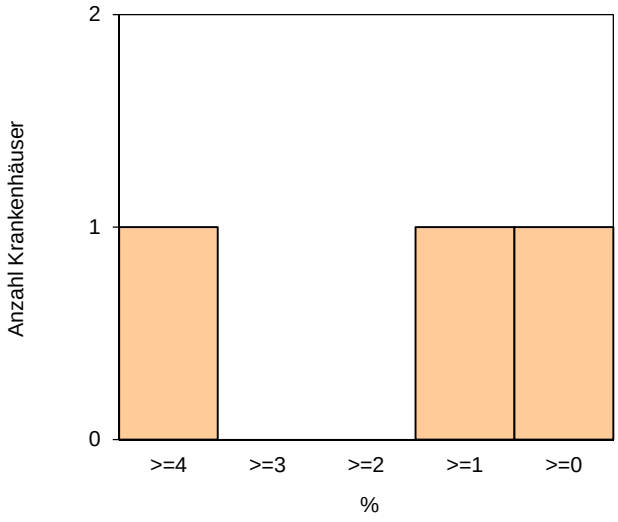
| **Vorjahresdaten** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ | | | 23 / 10.038 | 0,23% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,15% - 0,34% |

[1] Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850359, AK-ID 2019/DEK/850359]:**
**Anteil von Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ an allen Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation**

**Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3**




| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0,23 | | | | 1,13 | | | | 5,13 |

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation

**AK-ID:** 2019/DEK/850361

**Referenzbereich:** <= 1,97% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52009, 521800

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit Dekubitus nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, das der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand[1] | | | 15 / 9.762 | 0,15% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,09% - 0,25% |
| Referenzbereich | | <= 1,97% | | <= 1,97% |

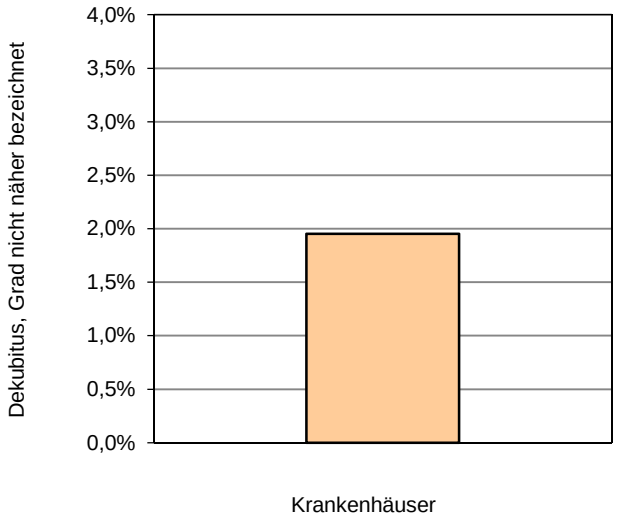
| **Vorjahresdaten[2]** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit Dekubitus nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, das der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand | | | 22 / 10.038 | 0,22% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,14% - 0,33% |

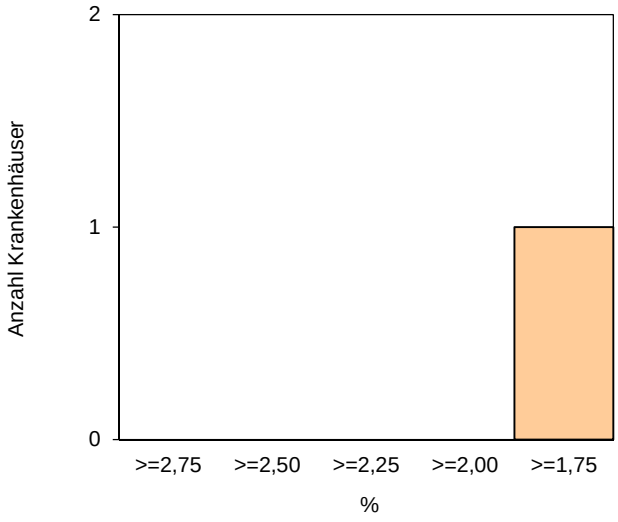
[1] Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 5 Fällen im Merkmal vor.

[2] Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850361, AK-ID 2019/DEK/850361]:**
**Anteil an Patientinnen und Patienten mit Dekubitus nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand an allen Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Doumentation**

**Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen im Merkmal: 1**




| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1,95 | | | | 1,95 | | | | 1,95 |

## 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:** 2019/DEK/851805

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

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

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation | | | 9.762 | |
| Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der Risikostatistik[1] | | | 9.832 | |
| 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[2,3] | | | -70 / 9.762 | -0,72% |
| Vertrauensbereich | | | | |
| Referenzbereich | | <= 20,00% | | <= 20,00% |

[1] KKez 321800_851805

[2] Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

[3] Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums beinhalten gemäß QIDB keine rechnerische Auffälligkeit.

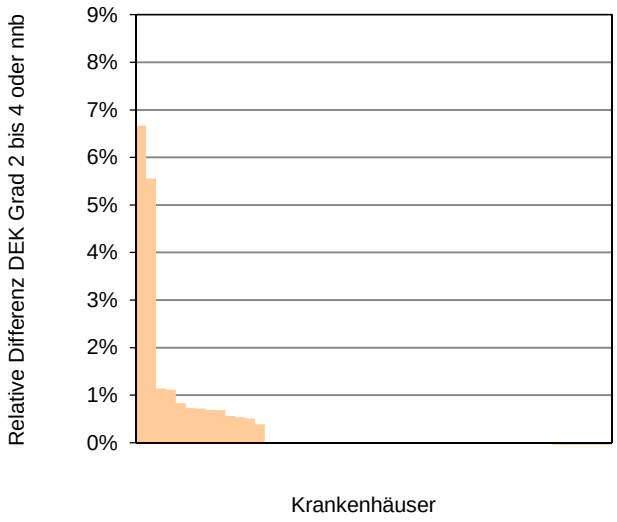
| **Vorjahresdaten** | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der QS-Dokumentation | | | 10.038 | |
| Anzahl der Fälle mit mindestens einem "Dekubitus Grad 2 bis 4" oder "Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet" aus der Risikostatistik[1] | | | 10.014 | |
| 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[2] | | | 24 / 10.038 | 0,24% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,16% - 0,36% |

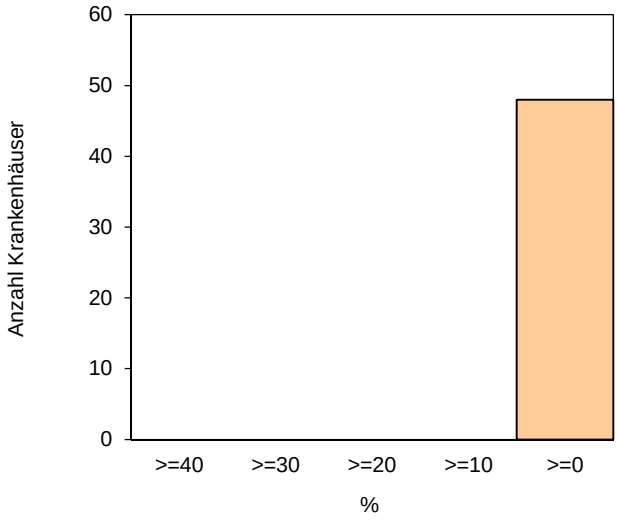
[1] KKez 321800_851805

[2] Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums beinhalten gemäß QIDB keine rechnerische Auffälligkeit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851805, AK-ID 2019/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**

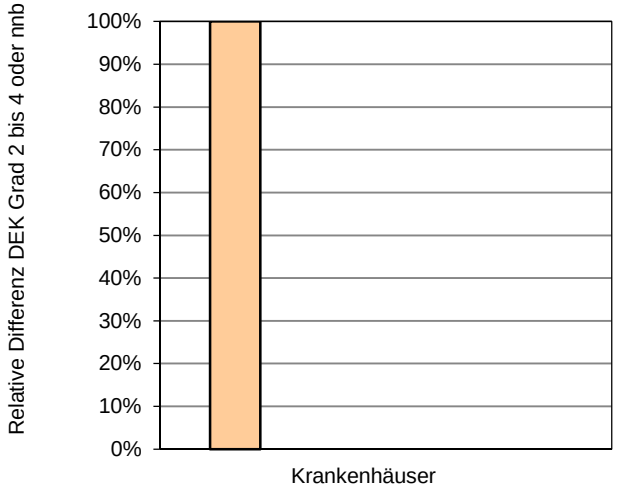
**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
48 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




| Perzentil der Ergebnisse der | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Krankenhäuser (%) | -36,81 | -0,85 | -0,63 | 0,00 | 0,00 | 0,45 | 0,83 | 1,14 | 6,67 |

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**
3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2019
# Pflege: Dekubitusprophylaxe

## DEK

## Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen QS-Daten (Thüringen): 51
Anzahl Datensätze QS-Daten Gesamt: 9.762
Datensatzversion: DEK 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18145-L116629-P54833

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2020 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Thüringen

## Basisdaten

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Anzahl Patienten mit Datensätzen (ohne Einschränkung)**[1] | | | 9.762 | | 10.038 | |
| davon | | | | | | |
| **Anzahl Patienten mit plausiblen Datensätzen**[2] | | | 9.762 / 9.762 | 100,00 | 10.038 / 10.038 | 100,00 |
| **Anzahl Datensätze (ohne Einschränkung)**[1] | | | 12.058 | | 12.425 | |
| davon | | | | | | |
| **Anzahl plausibler Datensätze**[2] | | | 12.058 / 12.058 | 100,00 | 12.425 / 12.425 | 100,00 |

[1] Alle importierten Datensätze aus den QS-Daten

[2] Der Dekubitus-Datensatz ist plausibel, wenn das Entlassungsjahr im Erfassungsjahr liegt, das Alter >= 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 2019 | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | Anzahl | | Anzahl | |
| **Stationäre Aufenthalts-dauer (Tage)** | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 9.762 | | 10.038 | |
| Median | | | *13,00* | | *13,00* |
| Mittelwert | | | *18,06* | | *18,71* |

## Patienten

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Altersverteilung (Jahre)** | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 9.762 / 9.762 | | 10.038 / 10.038 | |
| 20 - 24 Jahre | | | 7 / 9.762 | 0,07 | 16 / 10.038 | 0,16 |
| 25 - 29 Jahre | | | 18 / 9.762 | 0,18 | 19 / 10.038 | 0,19 |
| 30 - 34 Jahre | | | 31 / 9.762 | 0,32 | 26 / 10.038 | 0,26 |
| 35 - 39 Jahre | | | 41 / 9.762 | 0,42 | 53 / 10.038 | 0,53 |
| 40 - 44 Jahre | | | 64 / 9.762 | 0,66 | 60 / 10.038 | 0,60 |
| 45 - 49 Jahre | | | 96 / 9.762 | 0,98 | 92 / 10.038 | 0,92 |
| 50 - 54 Jahre | | | 178 / 9.762 | 1,82 | 237 / 10.038 | 2,36 |
| 55 - 59 Jahre | | | 316 / 9.762 | 3,24 | 393 / 10.038 | 3,92 |
| 60 - 64 Jahre | | | 642 / 9.762 | 6,58 | 600 / 10.038 | 5,98 |
| 65 - 69 Jahre | | | 849 / 9.762 | 8,70 | 808 / 10.038 | 8,05 |
| 70 - 74 Jahre | | | 850 / 9.762 | 8,71 | 888 / 10.038 | 8,85 |
| 75 - 79 Jahre | | | 1.853 / 9.762 | 18,98 | 1.997 / 10.038 | 19,89 |
| 80 - 84 Jahre | | | 2.184 / 9.762 | 22,37 | 2.226 / 10.038 | 22,18 |
| 85 - 89 Jahre | | | 1.563 / 9.762 | 16,01 | 1.679 / 10.038 | 16,73 |
| 90 - 94 Jahre | | | 848 / 9.762 | 8,69 | 739 / 10.038 | 7,36 |
| >= 95 Jahre | | | 222 / 9.762 | 2,27 | 205 / 10.038 | 2,04 |
| **Alter (Jahre)** | | | | | | |
| Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 9.762 | | 10.038 | |
| Median | | | | *79,00* | | *79,00* |
| Mittelwert | | | | *77,17* | | *76,83* |
| **Geschlecht** | | | | | | |
| männlich | | | 4.942 / 9.762 | 50,62 | 5.072 / 10.038 | 50,53 |
| weiblich | | | 4.820 / 9.762 | 49,38 | 4.966 / 10.038 | 49,47 |
| unbestimmt | | | 0 / 9.762 | 0,00 | 0 / 10.038 | 0,00 |
| unbekannt | | | 0 / 9.762 | 0,00 | 0 / 10.038 | 0,00 |

## Aufnahme

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Grund der Aufnahme** | | | | | | |
| Krankenhausbehandlung, vollstationär | | | 9.576 | 98,09 | 9.863 | 98,26 |
| Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung | | | 182 | 1,86 | 174 | 1,73 |
| stationäre Entbindung | | | 3 | 0,03 | 1 | 0,01 |
| Geburt | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| stationäre Aufnahme zur Organentnahme | | | 1 | 0,01 | 0 | 0,00 |

## Dekubitus

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Anzahl Dekubitalulzera** | | | 12.058 | 100,00 | 12.425 | 100,00 |
| **Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus** | | | | | | |
| 2. Grades | | | 7.843 | 65,04 | 8.164 | 65,71 |
| 3. Grades | | | 3.008 | 24,95 | 3.066 | 24,68 |
| 4. Grades | | | 1.096 | 9,09 | 1.052 | 8,47 |
| Grad nicht näher bezeichnet | | | 111 | 0,92 | 143 | 1,15 |
| **Lokalisation** | | | | | | |
| 0 Kopf | | | 203 | 1,68 | 227 | 1,83 |
| 1 obere Extremität | | | 156 | 1,29 | 137 | 1,10 |
| 2 Dornfortsätze | | | 59 | 0,49 | 53 | 0,43 |
| 3 Beckenkamm | | | 189 | 1,57 | 174 | 1,40 |
| 4 Kreuzbein | | | 4.735 | 39,27 | 4.744 | 38,18 |
| 5 Sitzbein | | | 1.835 | 15,22 | 1.870 | 15,05 |
| 6 Trochanter | | | 552 | 4,58 | 592 | 4,76 |
| 7 Ferse | | | 2.962 | 24,56 | 3.127 | 25,17 |
| 8 sonstige Lokalisation der unteren Extremität | | | 916 | 7,60 | 1.018 | 8,19 |
| 9 sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | 451 | 3,74 | 483 | 3,89 |
| **Seitenlokalisation** | | | | | | |
| beidseitig | | | 1.313 | 10,89 | 1.272 | 10,24 |
| keine Seitenlokalisation angegeben | | | 6.202 | 51,43 | 6.421 | 51,68 |
| links | | | 2.275 | 18,87 | 2.371 | 19,08 |
| rechts | | | 2.268 | 18,81 | 2.361 | 19,00 |

## Dekubitus (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Anzahl Dekubitalulzera** | | | 12.058 | 100,00 | 12.425 | 100,00 |
| **Dekubitus bei Aufnahme („Present on Admission“)[1]** bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad | | | | | | |
| ja, Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden | | | 9.258 | 76,78 | 9.452 | 76,07 |
| nein, Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden | | | 2.787 | 23,11 | 2.949 | 23,73 |
| Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation | | | 13 | 0,11 | 24 | 0,19 |
| **Dekubitus bei Entlassung („Present on Discharge“)[1]** bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad | | | | | | |
| Ja, Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden | | | 10.627 | 88,13 | 10.935 | 88,01 |
| Nein, Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden | | | 1.385 | 11,49 | 1.433 | 11,53 |
| Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation | | | 46 | 0,38 | 57 | 0,46 |

[1] bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad

## Risikofaktoren

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2** (gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-) | | | | | | |
| ja | | | 4.197 | 42,99 | 4.168 | 41,52 |
| nein | | | 5.565 | 57,01 | 5.870 | 58,48 |
| **sonstiger Diabetes Mellitus** (gemäß ICD-10-GM: E13.-) | | | | | | |
| ja | | | 37 | 0,38 | 72 | 0,72 |
| nein | | | 9.725 | 99,62 | 9.966 | 99,28 |
| **eingeschränkte Mobilität** (gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3) | | | | | | |
| ja | | | 5.482 | 56,16 | 5.686 | 56,64 |
| nein | | | 4.280 | 43,84 | 4.352 | 43,36 |
| **Infektion** (gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-) | | | | | | |
| ja | | | 2.703 | 27,69 | 2.971 | 29,60 |
| nein | | | 7.059 | 72,31 | 7.067 | 70,40 |
| **Demenz und Vigilanzstörung** (gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-) | | | | | | |
| ja | | | 2.321 | 23,78 | 2.447 | 24,38 |
| nein | | | 7.441 | 76,22 | 7.591 | 75,62 |

## Risikofaktoren (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Inkontinenz** (gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15, R32) | | | | | | |
| ja | | | 4.869 | 49,88 | 5.167 | 51,47 |
| nein | | | 4.893 | 50,12 | 4.871 | 48,53 |
| **Untergewicht oder Mangelernährung** (gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64) | | | | | | |
| ja | | | 1.195 | 12,24 | 1.203 | 11,98 |
| nein | | | 8.567 | 87,76 | 8.835 | 88,02 |
| **Adipositas** (gemäß ICD-10-GM: E66.X2) | | | | | | |
| ja | | | 274 | 2,81 | 299 | 2,98 |
| nein | | | 9.488 | 97,19 | 9.739 | 97,02 |
| **weitere schwere Erkrankungen** (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 | | | 4.901 | 50,20 | 5.042 | 50,23 |
| nein | | | 4.861 | 49,80 | 4.996 | 49,77 |
| **Dauer der Beatmung (Stunden)** | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 9.762 | | 10.038 | |
| Median | | | | *0,00* | | *0,00* |
| Mittelwert | | | | *33,29* | | *37,64* |

## Entlassung

| Entlassungsgrund[1] | Krankenhaus 2019 Anzahl | % | Gesamt 2019 Anzahl | % | Gesamt 2018 Anzahl | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01: regulär beendet | | | 4.522 | 46,32 | 4.587 | 45,70 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 148 | 1,52 | 163 | 1,62 |
| 03: aus sonstigen Gründen | | | 7 | 0,07 | 7 | 0,07 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | | | 54 | 0,55 | 44 | 0,44 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 06: Verlegung | | | 943 | 9,66 | 969 | 9,65 |
| 07: Tod | | | 1.625 | 16,65 | 1.620 | 16,14 |
| 08: Verlegung nach § 14 | | | 7 | 0,07 | 6 | 0,06 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 387 | 3,96 | 417 | 4,15 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 1.909 | 19,56 | 2.099 | 20,91 |
| 11: in Hospiz | | | 91 | 0,93 | 82 | 0,82 |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | | | 4 | 0,04 | 4 | 0,04 |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung | | | 0 | 0,00 | 1 | 0,01 |
| 15: gegen ärztlichen Rat | | | 0 | 0,00 | 3 | 0,03 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG) | | | 65 | 0,67 | 36 | 0,36 |
| 22: Fallabschluss | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

[1] 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 BPflV)

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 BPflV 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[1] | Krankenhaus 2019 Anzahl | % | Gesamt 2019 Anzahl | % | Gesamt 2018 Anzahl | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01: regulär beendet | | | 4.522 | | 4.587 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 3.940 / 4.522 | 87,13 | 3.956 / 4.587 | 86,24 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 148 | | 163 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 108 / 148 | 72,97 | 130 / 163 | 79,75 |
| 06: Verlegung | | | 943 | | 969 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 824 / 943 | 87,38 | 846 / 969 | 87,31 |
| 07: Tod | | | 1.625 | | 1.620 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 1.541 / 1.625 | 94,83 | 1.565 / 1.620 | 96,60 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 387 | | 417 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 283 / 387 | 73,13 | 315 / 417 | 75,54 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 1.909 | | 2.099 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 1.688 / 1.909 | 88,42 | 1.874 / 2.099 | 89,28 |
| 11: in Hospiz | | | 91 | | 82 | |
| davon | | | | | | |
| mit Dekubitalulcera bei Entlassung | | | 82 / 91 | 90,11 | 75 / 82 | 91,46 |

[1] 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.

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 <= 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 <= 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 2019.

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:<= 2,50%
5 von 200 = 2,50% <= 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 <= 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 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 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.

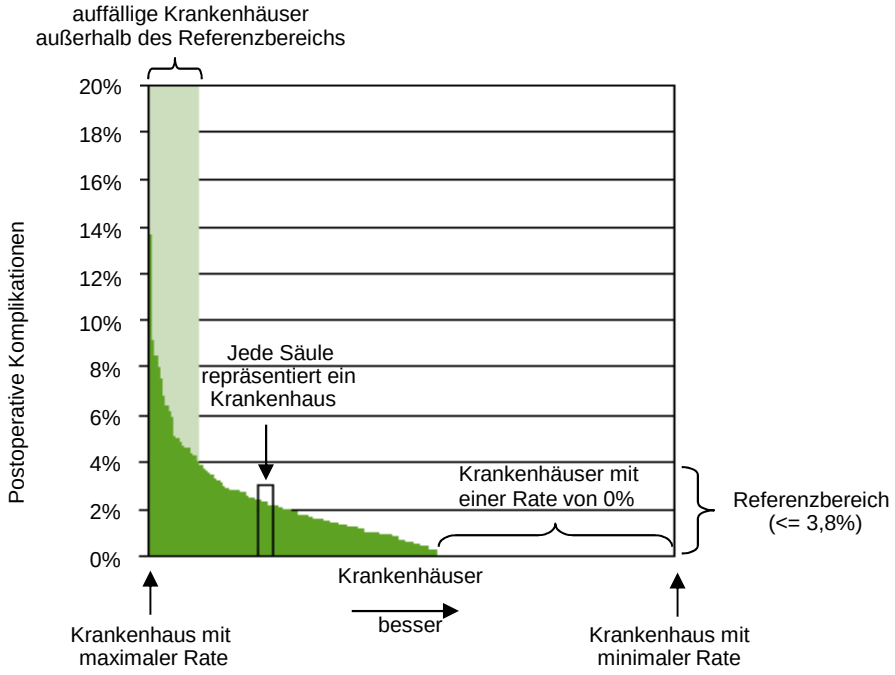
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

## 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.

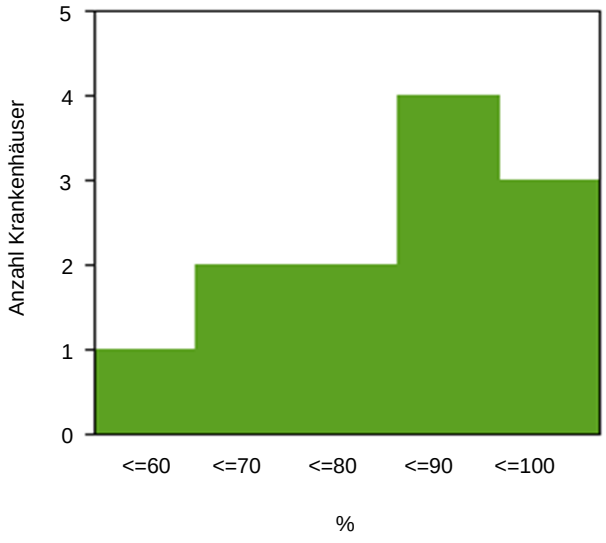
**Beispiel:**

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.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

## 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 bundesseitig 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 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019.
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 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.

**Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund**
Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse**
Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse 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 Sicherheitswahr-scheinlichkeit mit 95% festgelegt.