

BQS-Bundesauswertung 2008 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 133
Datensatzversion: PNTX 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D8058-L59479-P27405

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

BQS-Bundesauswertung 2008 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 133
Datensatzversion: PNTX 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D8058-L59479-P27405

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Ergebnis Anzahl	Ergebnis %	Referenz- bereich	Seite
QI 1: In-Hospital-Letalität	6 / 133	4,5%	<= 5%	1.1
QI 2: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	95 / 127	74,8%	>= 80%	1.3
QI 3: Entfernung des Pankreastransplantats	21 / 133	15,8%	<= 20%	1.5
QI 4: 1-Jahres-Überleben (stationärer Aufenthalt 2007)	85 / 92	92,4%	>= 90%	1.9
QI 5: Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	67 / 85	78,8%	>= 70%	1.11

Qualitätsindikator 1: In-Hospital-Letalität

Qualitätsziel: Möglichst geringe In-Hospital-Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/PNTX/81706

Referenzbereich: <= 5% (Toleranzbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten, die im Krankenhaus verstarben		6 / 133	4,5%
Vertrauensbereich			1,6% - 9,6%
Referenzbereich			<= 5%

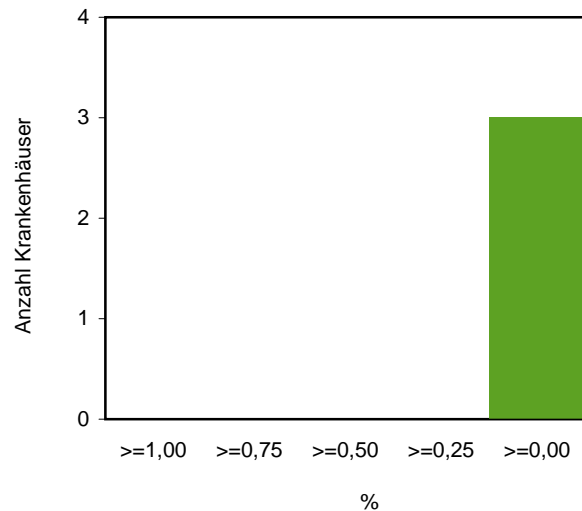
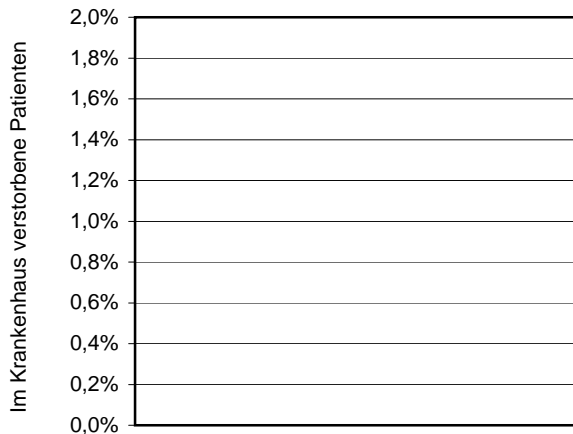
Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten, die im Krankenhaus verstarben		6 / 133	4,5%
Vertrauensbereich			1,6% - 9,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Kennzahl-ID 2008/PNTX/81706]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen transplantierten Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

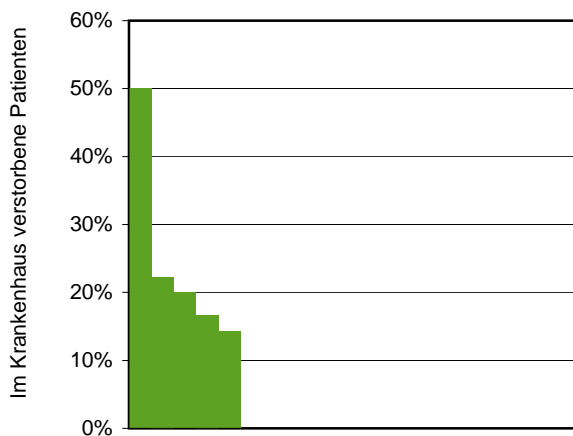


3 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



20 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich

Grundgesamtheit: Alle lebenden Patienten

Kennzahl-ID: 2008/PNTX/81707

Referenzbereich: >= 80% (Toleranzbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind		95 / 127	74,8%
Vertrauensbereich			66,3% - 82,1%
Referenzbereich			>= 80%

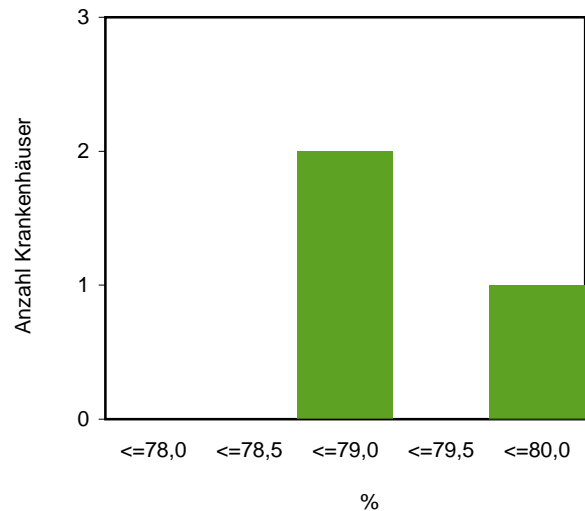
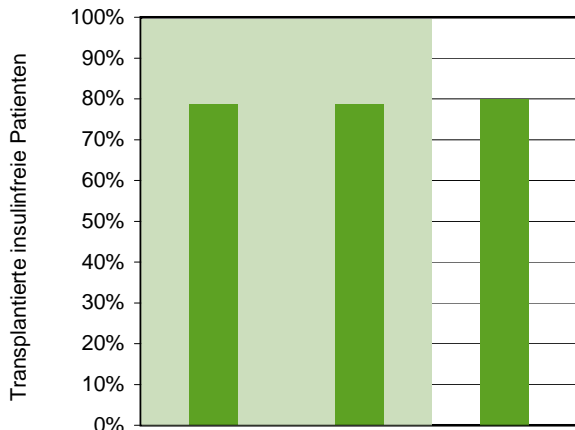
Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind		101 / 127	79,5%
Vertrauensbereich			71,4% - 86,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/PNTX/81707]:
Anteil von Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind, an allen lebenden transplantierten Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 78,6% - 80,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 78,6%



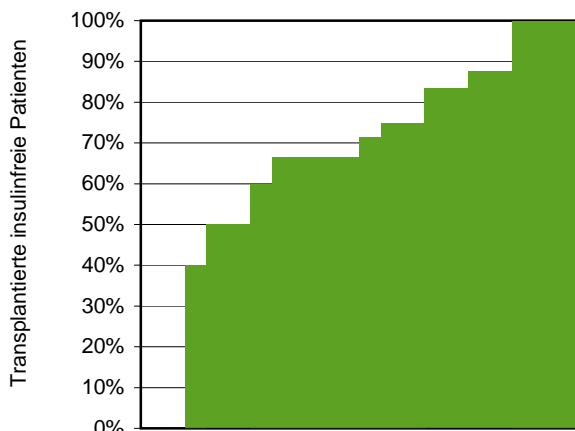
Krankenhäuser

3 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 69,0%



Krankenhäuser

20 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Entfernung des Pankreastransplantats

Qualitätsziel: Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/PNTX/81708

Referenzbereich: <= 20% (Toleranzbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats		21 / 133	15,8%
Vertrauensbereich			10,0% - 23,1%
Referenzbereich			<= 20%

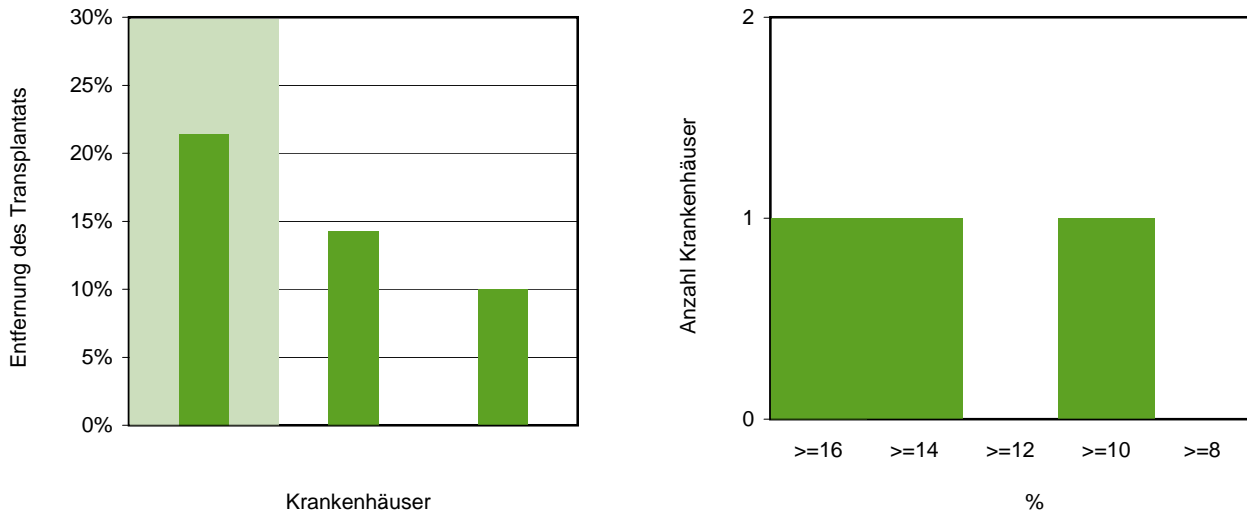
Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats		15 / 133	11,3%
Vertrauensbereich			6,4% - 18,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2008/PNTX/81708]:
Anteil von Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats an allen transplantierten Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 10,0% - 21,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 14,3%

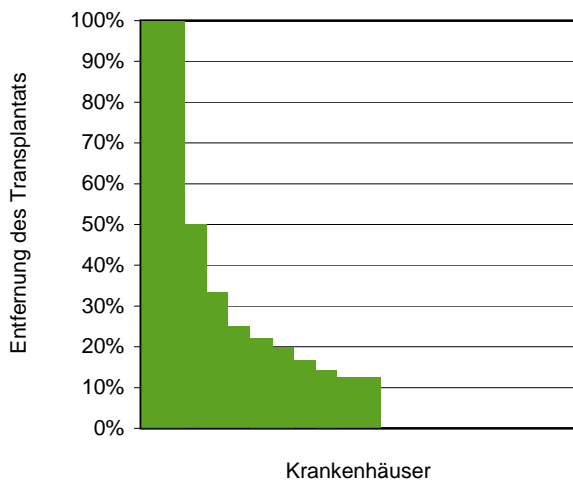


3 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 12,5%



20 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatoren zum 1-Jahres-Follow-up

Follow-up-Rate

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2007 ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008

Kennzahl-ID: 2008/PNTX/71640

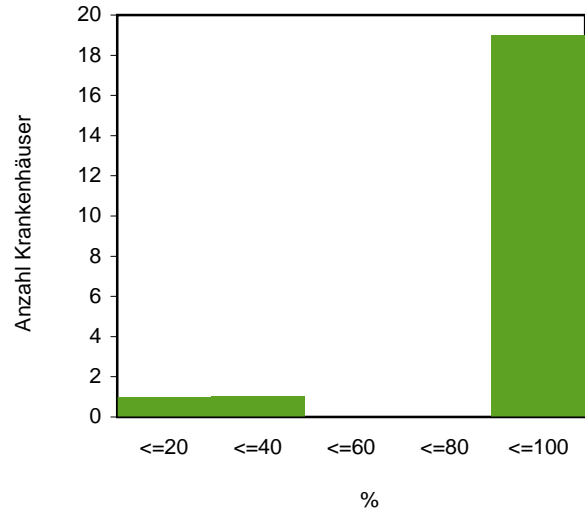
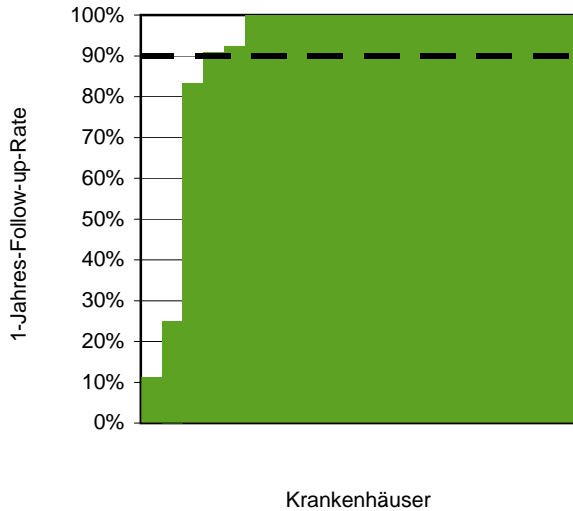
	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ (Follow-up-Rate)	114 / 131	87,0%
Patienten mit Follow-up und unbekanntem ¹ Überlebensstatus	1 / 131	0,8%
kein Follow-up Datensatz übermittelt	16 / 131	12,2%

¹ Angabe „unbekannt“ oder das Follow-up eines überlebenden Patienten wurde früher als ein Jahr nach der Transplantation übermittelt.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2008/PNTX/71640]:

1-Jahres-Follow-up-Rate: Anteil von Patienten, deren Überlebensstatus 1 Jahr nach Pankreastransplantation bekannt ist, an allen Patienten mit Pankreastransplantation

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 11,1% - 100,0%
Median der Krankhausergebnisse: 100,0%



Alle Krankenhäuser sind dargestellt.
18 Krankenhäuser haben eine Follow-up-Rate von $\geq 90\%$.
Die gestrichelte Linie markiert den 90%-Bereich.

Qualitätsindikator 4: 1-Jahres-Überleben (stationärer Aufenthalt 2007)

- Qualitätsziel:** Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2007
 - ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008
 - mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ
 - aus einem Krankenhaus mit einer 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/PNTX/68395
- Referenzbereich:** $\geq 90\%$ (Toleranzbereich)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2007 ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008 aus einem Krankenhaus mit einer Follow-up-Rate von $\geq 90\%$	94 / 94	100,0%
mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ, von denen	92 / 94	97,9%
überleben	85 / 92	92,4%
Vertrauensbereich		84,9% - 96,9%
Referenzbereich		$\geq 90\%$
versterben	7 / 92	7,6%

Kommentar der BQS-Fachgruppe Nieren- und Pankreastransplantation zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Pankreastransplantation nicht immer beim transplantierenden Zentrum. In diesen Fällen hat das Krankenhaus ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach der Transplantation.

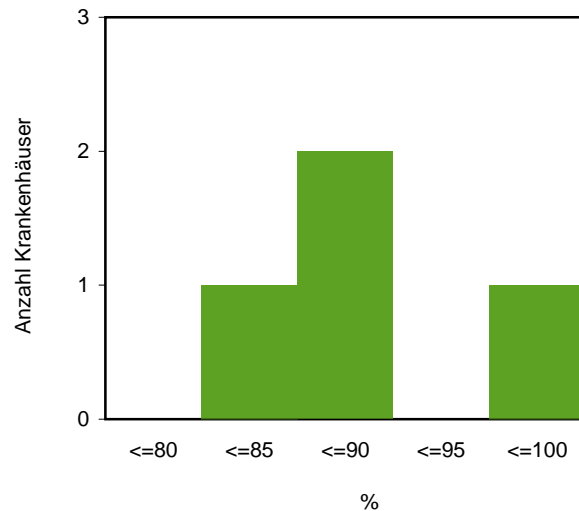
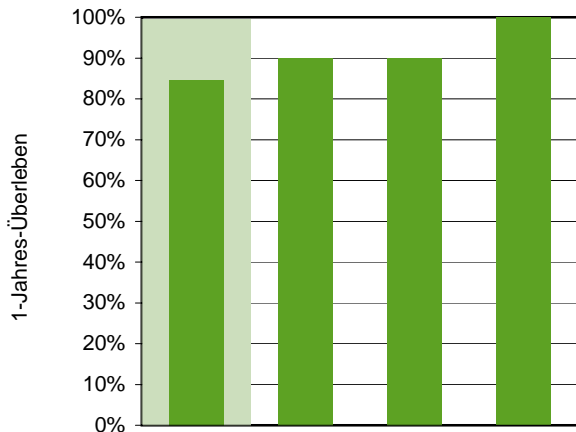
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2008/PNTX/68395]:

Anteil von Patienten, die 1 Jahr nach Pankreastransplantation leben, an allen Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2007 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 84,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,0%



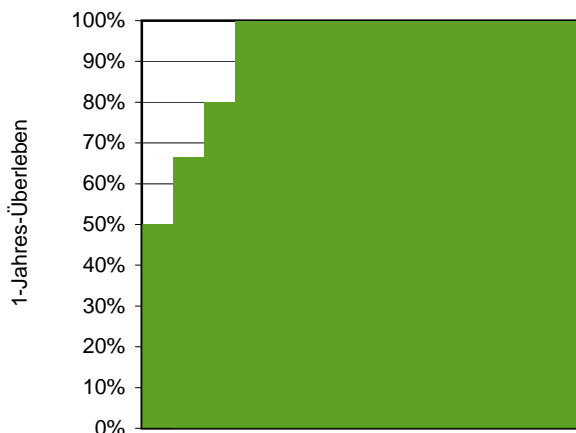
Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

14 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

- Qualitätsziel:** Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung erforderlich
- Grundgesamtheit:** Alle lebenden Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2007
 - ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008
 - aus einem Krankenhaus mit einer 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/PNTX/88897
- Referenzbereich:** $\geq 70\%$ (Toleranzbereich)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten, die 1 Jahr nach Entlassung insulinfrei sind	67 / 85	78,8%
Vertrauensbereich		68,6% - 87,0%
Referenzbereich		$\geq 70\%$

Kommentar der BQS-Fachgruppe Nieren- und Pankreastransplantation zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Pankreastransplantation nicht immer beim transplantierenden Zentrum. In diesen Fällen hat das Krankenhaus ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach der Transplantation.

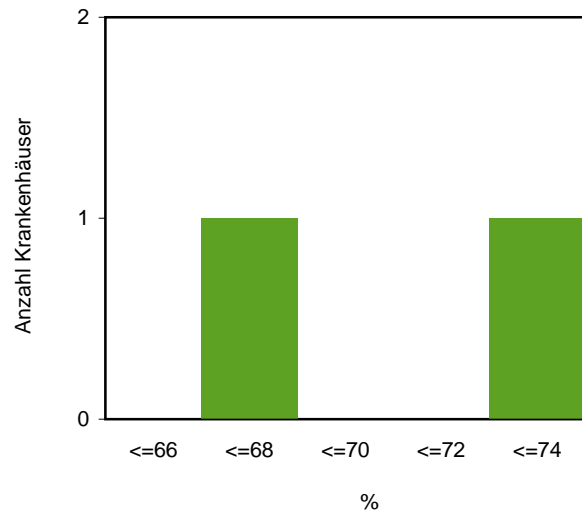
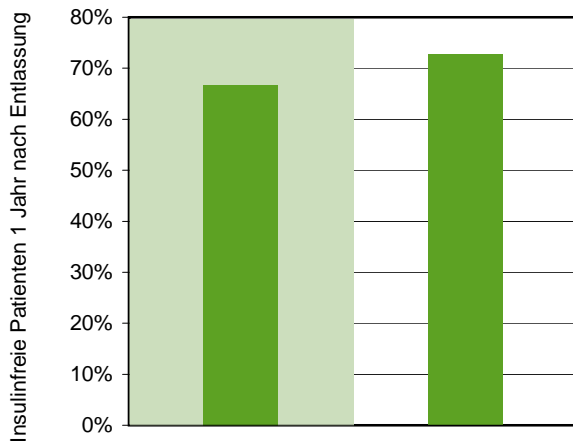
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2008/PNTX/88897]:

Anteil von Patienten, die 1 Jahr nach Entlassung insulinfrei sind, an allen lebenden Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2007 (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 72,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 69,7%



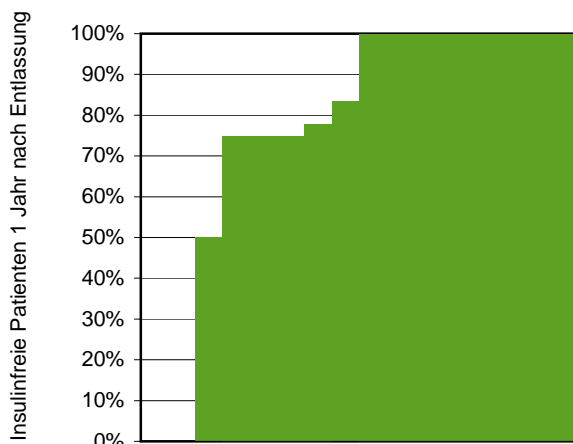
Krankenhäuser

2 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,7%



Krankenhäuser

16 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

BQS-Bundesauswertung 2008 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 133
Datensatzversion: PNTX 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D8058-L59479-P27405

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

Behandlungszeit

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		133	
Median		27,0		29,0

Transplantation

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Transplantation				
Simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	118 / 133	88,7	114 / 133	85,7
Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	2 / 133	1,5	5 / 133	3,8
Isolierte Pankreastransplantation	13 / 133	9,8	14 / 133	10,5

Basisdaten Empfänger

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133 / 133		133 / 133	
Median		45,0		44,0
< 16 Jahre	0 / 133	0,0	0 / 133	0,0
16 - 39 Jahre	37 / 133	27,8	44 / 133	33,1
40 - 64 Jahre	95 / 133	71,4	88 / 133	66,2
>= 65 Jahre	1 / 133	0,8	1 / 133	0,8
Body-Mass-Index BMI¹				
< 18	1 / 133	0,8	1 / 133	0,8
18 - < 25	69 / 133	51,9	89 / 133	66,9
25 - < 30	40 / 133	30,1	32 / 133	24,1
>= 30	23 / 133	17,3	11 / 133	8,3
Geschlecht				
männlich	76	57,1	91	68,4
weiblich	57	42,9	42	31,6
Körpergröße (cm)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe ²	133		133	
Median		172,0		175,0
Körpergewicht bei Aufnahme (kg)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe ³	133		133	
Median		74,0		73,0

¹ Die Berechnung des BMI erfolgt nur für gültige Angaben.

² Gültige Angaben für die Körpergröße liegen zwischen 40 cm und 250 cm.

³ Gültige Angaben für das Körpergewicht liegen zwischen 1 kg und 230 kg.

Befunde Empfänger

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorerkrankungen				
Anzahl Patienten mit mindestens einer Vorerkrankung	128 / 133	96,2	123 / 133	92,5
Art der Vorerkrankung				
arterielle Hypertonie	115 / 133	86,5	118 / 133	88,7
koronare Herzkrankheit (KHK)	47 / 133	35,3	38 / 133	28,6
periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	33 / 133	24,8	30 / 133	22,6
cerebraler Insult	8 / 133	6,0	5 / 133	3,8
chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)	3 / 133	2,3	4 / 133	3,0
chronische Hepatitis	4 / 133	3,0	4 / 133	3,0
sonstige	74 / 133	55,6	63 / 133	47,4
Blutgruppe				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		133	
A	62	46,6	53	39,8
B	7	5,3	16	12,0
0	56	42,1	55	41,4
AB	8	6,0	9	6,8
Immunologische Vorbedingungen				
Panel Reactive Antibodies (PRA) -höchster Wert- Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		133	
davon mit PRA >=5%	17	12,8	9	6,8
Panel Reactive Antibodies (PRA) -letzter Wert- Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		133	
davon mit PRA >=5%	9	6,8	6	4,5

Befunde Empfänger (Fortsetzung)

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Diabetes (Jahre)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	130		131	
Median		29,0		27,0
Retinopathie	106	79,7	107	80,5
davon				
mit Amaurosis	20	18,9	15	14,0



Basisdaten Spender

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Spenderalter (Jahre)				
Anzahl Spender mit gültiger Angabe	133		132	
Median		32,0		28,0
unbekannt	0	0,0	1	0,8
Geschlecht				
männlich	72	54,1	71	53,4
weiblich	61	45,9	62	46,6
Blutgruppe				
Anzahl Spender mit gültiger Angabe	133		133	
A	63	47,4	53	39,8
B	8	6,0	15	11,3
0	57	42,9	56	42,1
AB	5	3,8	9	6,8
pathologische virologische Befunde				
Anzahl Spender mit mindestens einem pathologischen virologischen Befund	61		55	
Hb-S-Ag	12	9,0	6	4,5
Anti-HCV	12	9,0	6	4,5
CMV-IgG	61	45,9	55	41,4
HIV	12	9,0	6	4,5
postmortale Organspende				
hypotensive Phasen	9	6,8	14	10,5
Herzstillstand	12	9,0	22	16,5
Todesursache(n) (Spender) siehe Tabelle				

Basisdaten Spender (Fortsetzung)
Todesursache(n) Spender

Liste der 5 häufigsten Angaben nach der ENIS-Liste DONOR DEATH CODES

Bezug der Texte: Gesamt 2008

	Code	Text
1	216	T_CAPI: Trauma: Schädel
2	234	SAB: Subarachnoidalblutung
3	218	CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar
4	229	CBL: Intrazerebrale Blutung
5	217	T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar

Bezug der Texte: Gesamt 2007

	Code	Text
1	216	T_CAPI: Trauma: Schädel
2	234	SAB: Subarachnoidalblutung
3	229	CBL: Intrazerebrale Blutung
4	218	CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar
5	220	RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar

Verteilung der Todesursachen der Spender

ENIS-Liste DONOR DEATH CODES

	Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ENIS	Anzahl	% ¹	ENIS	Anzahl	% ¹
1	216	59	44,4	216	45	33,8
2	234	32	24,1	234	43	32,3
3	218	14	10,5	229	14	10,5
4	229	8	6,0	218	11	8,3
5	217	6	4,5	220	4	3,0

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem DONOR DEATH CODE

Basisdaten Spender (Fortsetzung)

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verweildauer auf der Intensivstation				
Anzahl Spender mit gültiger Angabe	133		122	
Median (Tage)		3,0		3,0
Mittelwert (Tage)		5,6		6,0
Pankreastransplantation	133		133	
Organqualität Pankreas zum Zeitpunkt der Entnahme				
gut	124	93,2	130	97,7
mittel	8	6,0	3	2,3
schlecht	1	0,8	0	0,0
Simultane Nierentransplantation	118		114	
Organqualität Niere zum Zeitpunkt der Entnahme				
gut	118	100,0	113	99,1
mittel	0	0,0	1	0,9
schlecht	0	0,0	0	0,0

Immunsuppression initial

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Immunsuppression im Rahmen einer randomisierten Doppelblindstudie				
wenn nicht:				
Induktionstherapie				
davon				
ATG	86 / 126	68,3	100 / 121	82,6
OKT3	0 / 126	0,0	0 / 121	0,0
IL-2-Rezeptorantagonist	36 / 126	28,6	23 / 121	19,0
andere Antikörper	6 / 126	4,8	1 / 121	0,8
Immunsuppressiva				
Cyclosporin	10 / 133	7,5	8 / 132	6,1
Tacrolimus	123 / 133	92,5	126 / 132	95,5
Azathioprin	0 / 133	0,0	0 / 132	0,0
Mycophenolat	126 / 133	94,7	129 / 132	97,7
Steroide	130 / 133	97,7	132 / 132	100,0
m-ToR-Inhibitor	1 / 133	0,8	2 / 132	1,5
andere	5 / 133	3,8	9 / 132	6,8

Transplantation

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Retransplantation	14		12	
Zeitdauer zwischen der letzten Pankreastransplantation und dieser Transplantation (Jahre)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	14		11	
Median		1,6		2,2
Mittelwert		3,7		3,4
kalte Ischämiezeit (Stunden)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		133	
Median		10,5		10,0
Mittelwert		10,7		10,1
exokrine Drainage				
Blase	5 / 133	3,8	1 / 133	0,8
Darm	86 / 133	64,7	91 / 133	68,4
keine Angabe	42 / 133	31,6	41 / 133	30,8
endokrine Drainage				
portal	36 / 133	27,1	43 / 133	32,3
systemisch	54 / 133	40,6	49 / 133	36,8
keine Angabe	43 / 133	32,3	41 / 133	30,8
Dauer des Eingriffs (Stunden)				
Schnitt-Nahtzeit				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		133	
Median		4,1		4,0

Verlauf

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
operative Komplikation(en)				
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	53 / 133	39,8	46 / 133	34,6
Platzbauch	3	2,3	4	3,0
Blutung	20	15,0	19	14,3
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)				
Anzahl Patienten	13 / 133	9,8	13 / 133	9,8
A1 (oberflächliche Infektion)	6	4,5	6	4,5
A2 (tiefe Infektion)	5	3,8	5	3,8
A3 (Räume/Organe)	2	1,5	2	1,5
sonstige Komplikation	23	17,3	25	18,8
Relaparotomie erforderlich	37	27,8	38	28,6
Ursache für die Relaparotomie				
arterielle Thrombose	2	1,5	0	0,0
venöse Thrombose	7	5,3	3	2,3
Blutung	10	7,5	13	9,8
Peritonitis / Abzess	3	2,3	8	6,0
Nahtinsuffizienz	1	0,8	0	0,0
Pankreatitis	9	6,8	7	5,3
Rejektion	0	0,0	1	0,8
andere	5	3,8	6	4,5
Entnahme des Pankreas- transplantats erforderlich	21	15,8	15	11,3
Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats				
arterielle Thrombose	2	1,5	3	2,3
venöse Thrombose	6	4,5	4	3,0
Blutung	0	0,0	1	0,8
Peritonitis / Abzess	1	0,8	1	0,8
Nahtinsuffizienz	0	0,0	0	0,0
Pankreatitis	8	6,0	4	3,0
Rejektion	0	0,0	2	1,5
andere	4	3,0	0	0,0
akute behandlungsbedürf- tige Rejektion Pankreas	15 / 133	11,3	19 / 133	14,3
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	15		19	
Median		1,0		1,0
Mittelwert		1,1		1,1

Entlassung

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient bei Entlassung insulinfrei	99 / 133	74,4	103 / 133	77,4
Nüchternblutzucker bei Entlassung nach Pankreas-transplantation				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	133		132	
Median (mg/dl und mmol/l)	93,8	5,3	96,0	5,3
Mittelwert (mg/dl und mmol/l)	105,1	6,0	99,9	5,5



Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	92	69,2	95	71,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	24	18,0	14	10,5
03: aus sonstigen Gründen	0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat	1	0,8	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,0	0	0,0
06: Verlegung	4	3,0	1	0,8
07: Tod	6	4,5	6	4,5
08: Verlegung nach §14	0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung	4	3,0	13	9,8
10: in Pflegeeinrichtung	0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz	0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung	0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	2	1,5	3	2,3
15: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung	0	0,0	1	0,8
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)	0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung	0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation	0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme	0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss ²	0	0,0	-	-
wenn Patient verstorben				
Todesursache				
Infektion	1 / 6	16,7	0 / 6	0,0
kardiovaskulär	2 / 6	33,3	3 / 6	50,0
cerebrovaskulär	0 / 6	0,0	0 / 6	0,0
Malignom	0 / 6	0,0	0 / 6	0,0
andere	3 / 6	50,0	3 / 6	50,0
unbekannt	0 / 6	0,0	0 / 6	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | |

² Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.

1-Jahres-Follow-up

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Anzahl erwarteter Follow-up Untersuchungen	125	
Zeitabstand Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation/ Follow-up		
Anzahl gültiger Angaben Median (Tage)	109	381,0
Anteil selbsterhobener Follow-up Untersuchungen	108	99,1
Patient verstorben		
nein	107	98,2
ja	1	0,9
unbekannt ¹ wenn ja:	1	0,9
Zeitabstand Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation/ Todesdatum		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median (Tage)	1	343,0
Todesursache		
Infektion	0 / 1	0,0
kardiovaskulär	0 / 1	0,0
cerebrovaskulär	0 / 1	0,0
Malignom	0 / 1	0,0
andere	1 / 1	100,0
unbekannt	0 / 1	0,0
wenn nein:		
Körpergröße (cm)		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	107	174,0
Körpergewicht (kg)		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	107	72,5

¹ Angabe „unbekannt“ oder das Follow-up eines überlebenden Patienten wurde früher als ein Jahr nach der Transplantation übermittelt.

1-Jahres-Follow-up (Fortsetzung)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei	88	82,2
wenn ja:		
HbA1c (%)		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	88	
Median		5,0
Patienten mit Amaurosis	7	8,0
Patienten mit Amputation		
minor	6	6,8
major	0	0,0
wenn nein:		
Zeitabstand Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation/ Beginn der Insulintherapie		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	14	
Median (Tage)		1,5
Ursache des Transplantatversagens		
Rejektion	3	21,4
Gefäßverschluss	5	35,7
Blutung	0	0,0
Infektion im OP-Bereich	0	0,0
primäre Nichtfunktion	1	7,1
chronisches Transplantatversagen	2	14,3
andere	3	21,4
Entnahme des Transplantats erforderlich	12	85,7
Patienten mit Follow-up nach kombinierter Pankreas-Nieren-Transplantation	94 / 113	83,2
davon mit funktionierendem Nierentransplantat	89	94,7

Immunsuppression

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Cyclosporin	12 / 107	11,2
Tacrolimus	92 / 107	86,0
Azathioprin	2 / 107	1,9
Mycophenolat	89 / 107	83,2
Steroide	90 / 107	84,1
m-ToR-Inhibitor	6 / 107	5,6
andere	4 / 107	3,7
Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie		
Anzahl Patienten mit Folgeerkrankung	5 / 107	4,7
davon		
Hauttumore	1	20,0
Lymphome	0	0,0
Karzinome	1	20,0
andere Folgeerkrankungen	3	60,0



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. 2.4) 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 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "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".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 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% 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 Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2008.

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.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 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 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 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.

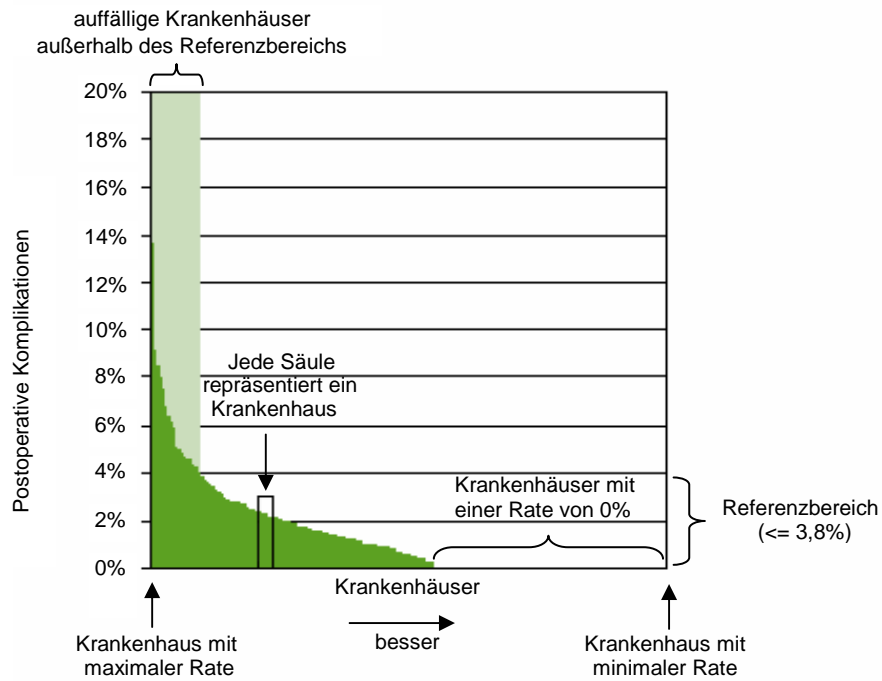
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

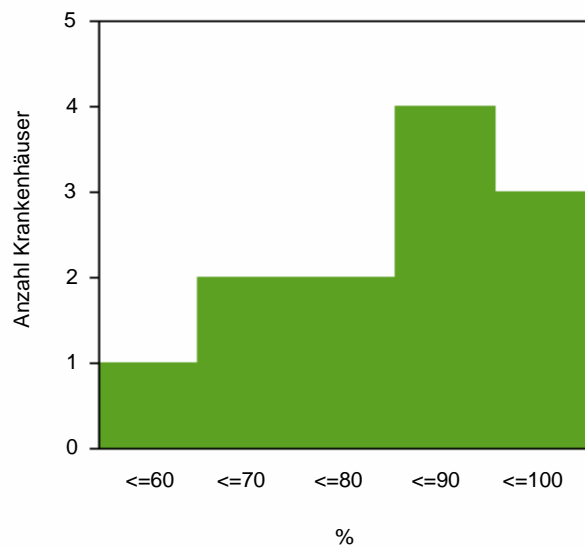
Beispiel:

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 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) 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.

Perzentil 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.