



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Jahresbericht und Zwischenbericht
nach plan. QI-RL

Geburtshilfe

Erfassungsjahr 2019 (Jahresbericht)
Erfassungsquartal 4/2019 (Zwischenbericht)

Rems-Murr-Kliniken gGmbH

Am Jakobsweg 1
71364 Winnenden

Krankenhausstandort: 260810738-00
IK-Nr: 260810738

Stand: 09.04.2020
Datenstand: 23.03.2020

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Übersicht der Auffälligkeiten,	5
Datengrundlage	6
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	7
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen,	9
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	11
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung,	13
QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	15
Basisauswertung	18

Einleitung

Vorliegender Jahresbericht zum Erfassungsjahr 2019 sowie zum 4. Quartal 2019 beinhaltet Ihre Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.¹ Eine Leseanleitung liegt diesem Bericht als Anlage bei.

In der Übersicht der Auffälligkeiten finden Sie je Qualitätsindikator die Information, ob Ihr Krankenhaus rechnerisch bzw. statistisch auffällig geworden ist. Anhand der darauffolgenden Datengrundlage können Sie die Vollständigkeit Ihrer übermittelten Datensätze entnehmen. Im Anschluss sind die detaillierten Ergebnisse für die einzelnen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargestellt, sowohl für die Quartale als auch für das gesamte Erfassungsjahr 2019.

Zur besseren Einordnung Ihrer Ergebnisse in den bundesweiten Kontext werden Ihnen die Ergebnisse ebenfalls mittels grafischer Darstellungen zur Verfügung gestellt.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Datengrundlage der Jahresauswertung sind alle Datensätze, die bis zum 28. Februar 2020 bei der auf Landesebene beauftragten Stelle eingegangen sind. Dies schließt Nachlieferungen und Korrekturen ein – stornierte Datensätze sind nicht enthalten.
- Unterschiede zwischen früheren Quartalsberichten und Ergebnissen in diesem Bericht lassen sich erklären durch
 - Nachlieferungen, Korrekturen und Stornierungen sowie
 - beschlossene Änderungen der endgültigen Rechenregeln gegenüber den prospektiven Rechenregeln.
- Bitte beachten Sie ebenfalls, dass die Jahresauswertung für das Erfassungsjahr 2019 auf Basis des behandelnden Standorts stattfindet, analog zu den Quartalsberichten.
- Sofern Ihr Krankenhausstandort in einem Indikator rechnerisch bzw. statistisch auffällige Ergebnisse aufweist, erhalten Sie in der maschinenlesbaren Version des Berichts (AV-Listen) eine Auflistung der Vorgangsnummern, bei denen das Qualitätsziel des Indikators nicht erreicht worden ist.

Alle Informationen zu dem Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren finden Sie außerdem auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>

¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2816/>

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/>

Übersicht der Auffälligkeiten

Tabelle 1: Kernergebnisse der Jahresauswertung für das Erfassungsjahr 2019 zum Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe (16/1)

QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Rechnerisch auffällig	Statistisch auffällig	Stat. auffällig in 2017	Stat. auffällig in 2018
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	Nein	Nein	Nein	Nein
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	Nein	Nein	Nein	Nein
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Nein	Nein	Nein	Nein
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	Nein	Nein	Nein	Nein
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	Nein	Nein	Nein	Nein

Datengrundlage

Tabelle 2: Vollständigkeit der Datensätze im Erfassungsjahr 2019

	Datenbestand	Erwartet	Vollständigkeit in %
Datensätze gesamt	2.153	2.164	99,49
Basisdaten	2.153		
MDS	0		

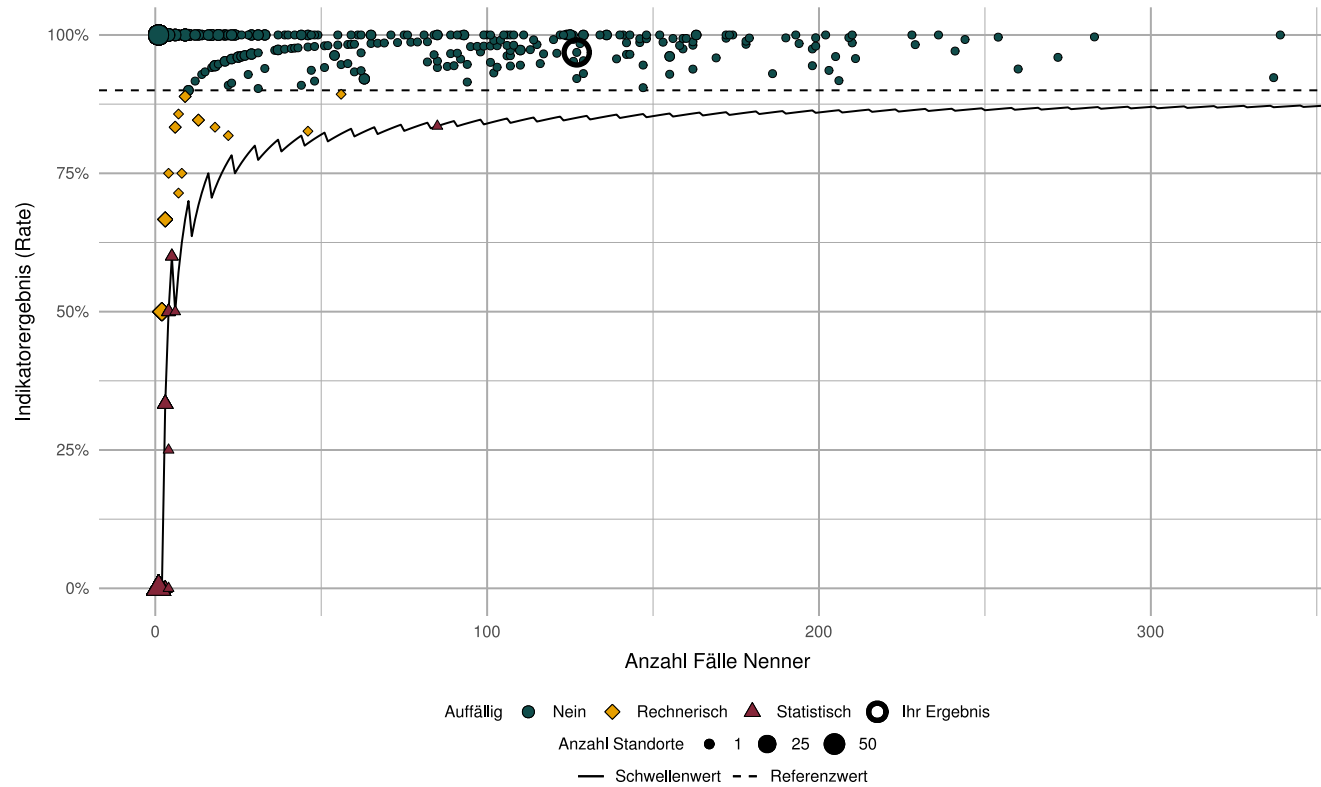
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Grundgesamtheit (N)	Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden
Zähler	Pädiater bei Geburt anwesend
Referenzbereich	≥ 90,00 %

	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Grundgesamtheit / Nenner	Zähler	Rechnerisch auffällig	p-Wert	Statistisch auffällig
Jahresauswertung 2019	96,85	93,38 - 98,74	127	123	Nein	0,99790	Nein
Quartal 4/2019	100,00	-	35	35	Nein	-	-
Quartal 3/2019	100,00	-	38	38	Nein	-	-
Quartal 2/2019	96,43	-	28	27	Nein	-	-
Quartal 1/2019	88,46	-	26	23	Ja	-	-

Krankenhausstandort: 260810738-00

Abbildung: Ergebnis zum QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten im fallzahlabhängigen Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Deutschland im Erfassungsjahr 2019



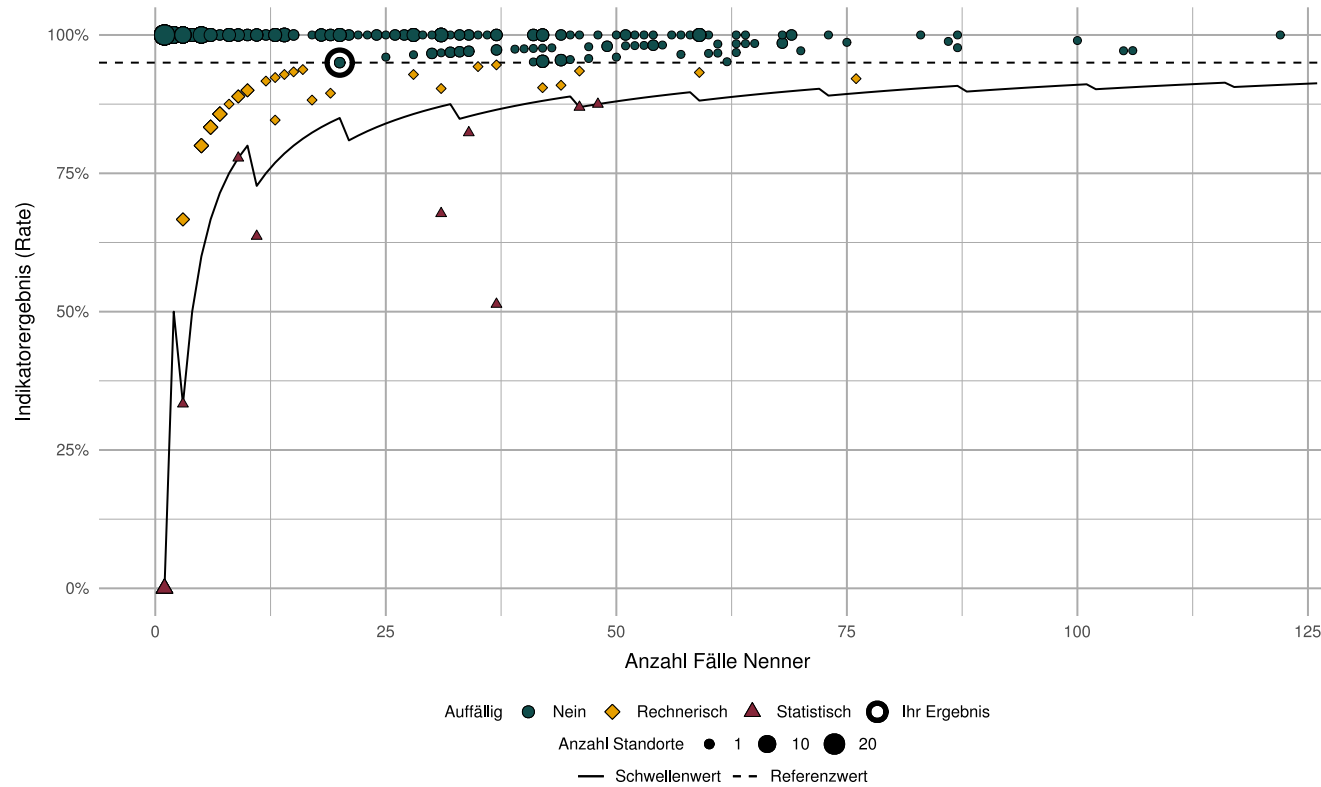
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Grundgesamtheit (N)	Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Zähler	Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie
Referenzbereich	≥ 95,00 %

	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Grundgesamtheit / Nenner	Zähler	Rechnerisch auffällig	p-Wert	Statistisch auffällig
Jahresauswertung 2019	95,00	81,05 - 99,50	20	19	Nein	0,45284	Nein
Quartal 4/2019	100,00	-	6	6	Nein	-	-
Quartal 3/2019	100,00	-	5	5	Nein	-	-
Quartal 2/2019	87,50	-	8	7	Ja	-	-
Quartal 1/2019	100,00	-	1	1	Nein	-	-

Krankenhausstandort: 260810738-00

Abbildung: Ergebnis zum QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen im fallzahlabhängigen Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Deutschland im Erfassungsjahr 2019



Krankenhausstandort: 260810738-00

QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Grundgesamtheit (N)	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
Zähler	E-E-Zeit > 20 min
Referenzbereich	Sentinel Event

	Ergebnis	Grundgesamtheit / Nenner	Zähler	Rechnerisch auffällig	Schwellenwert	Statistisch auffällig
Jahresauswertung 2019	0	40	0	Nein	1	Nein
Quartal 4/2019	0	11	0	Nein	-	-
Quartal 3/2019	0	11	0	Nein	-	-
Quartal 2/2019	0	7	0	Nein	-	-
Quartal 1/2019	0	11	0	Nein	-	-

Krankenhausstandort: 260810738-00

Tabelle: Anzahl liefernder Standorte und statistisch auffälliger Standorte in Deutschland QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten im Erfassungsjahr 2019

Anzahl Sentinel-Ereignisse	Anzahl Standorte	Anzahl statistisch auffälliger Standorte
0	661	0
1	17	17
2	2	2
3	1	1
4	2	2

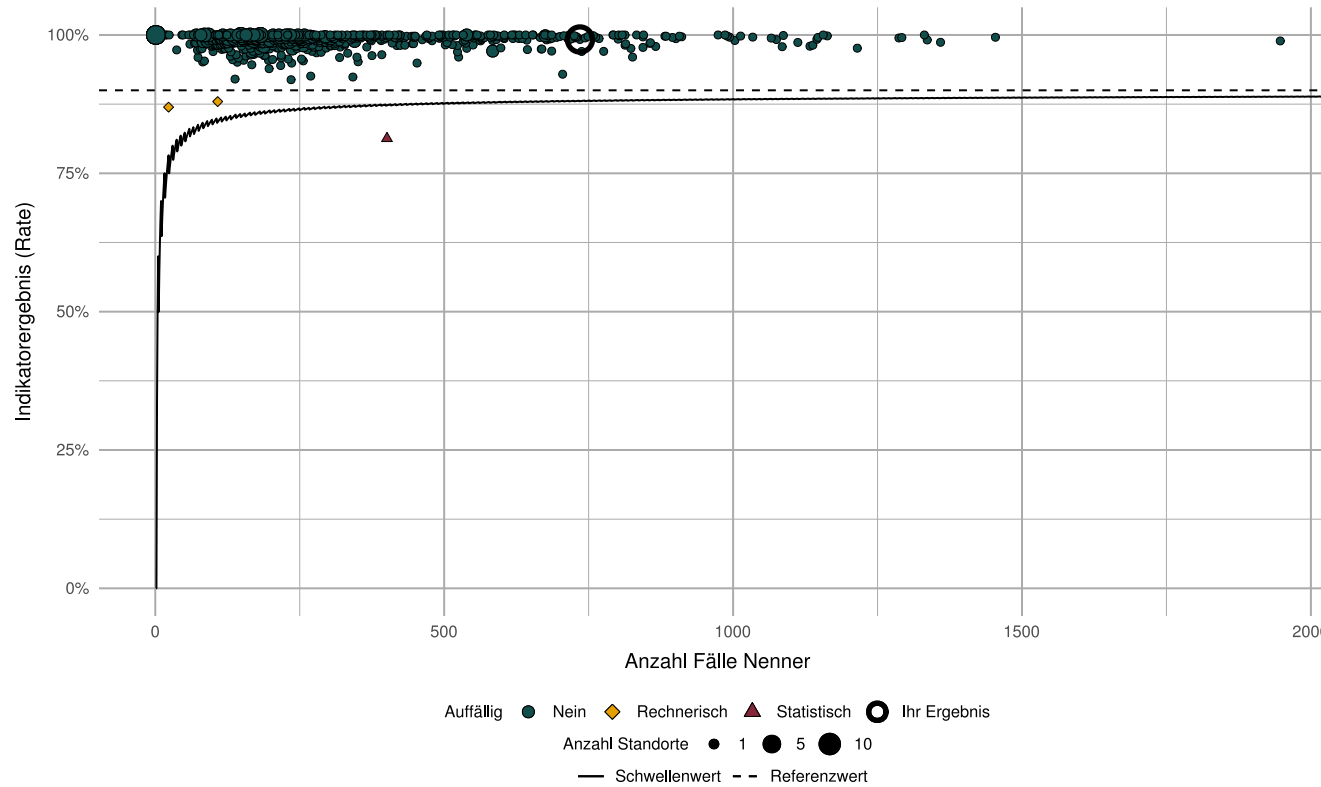
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Grundgesamtheit (N)	Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
Zähler	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Referenzbereich	≥ 90,00 %

	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Grundgesamtheit / Nenner	Zähler	Rechnerisch auffällig	p-Wert	Statistisch auffällig
Jahresauswertung 2019	99,18	98,47 - 99,61	735	729	Nein	1,00000	Nein
Quartal 4/2019	99,49	-	198	197	Nein	-	-
Quartal 3/2019	99,53	-	214	213	Nein	-	-
Quartal 2/2019	99,29	-	140	139	Nein	-	-
Quartal 1/2019	98,36	-	183	180	Nein	-	-

Krankenhausstandort: 260810738-00

Abbildung: Ergebnis zum QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung im fallzahlabhängigen Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Deutschland im Erfassungsjahr 2019



QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Grundgesamtheit (N)	Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert
Zähler (O)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
Nenner (E)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3.

Krankenhausstandort: 260810738-00

Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803

UND

Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803

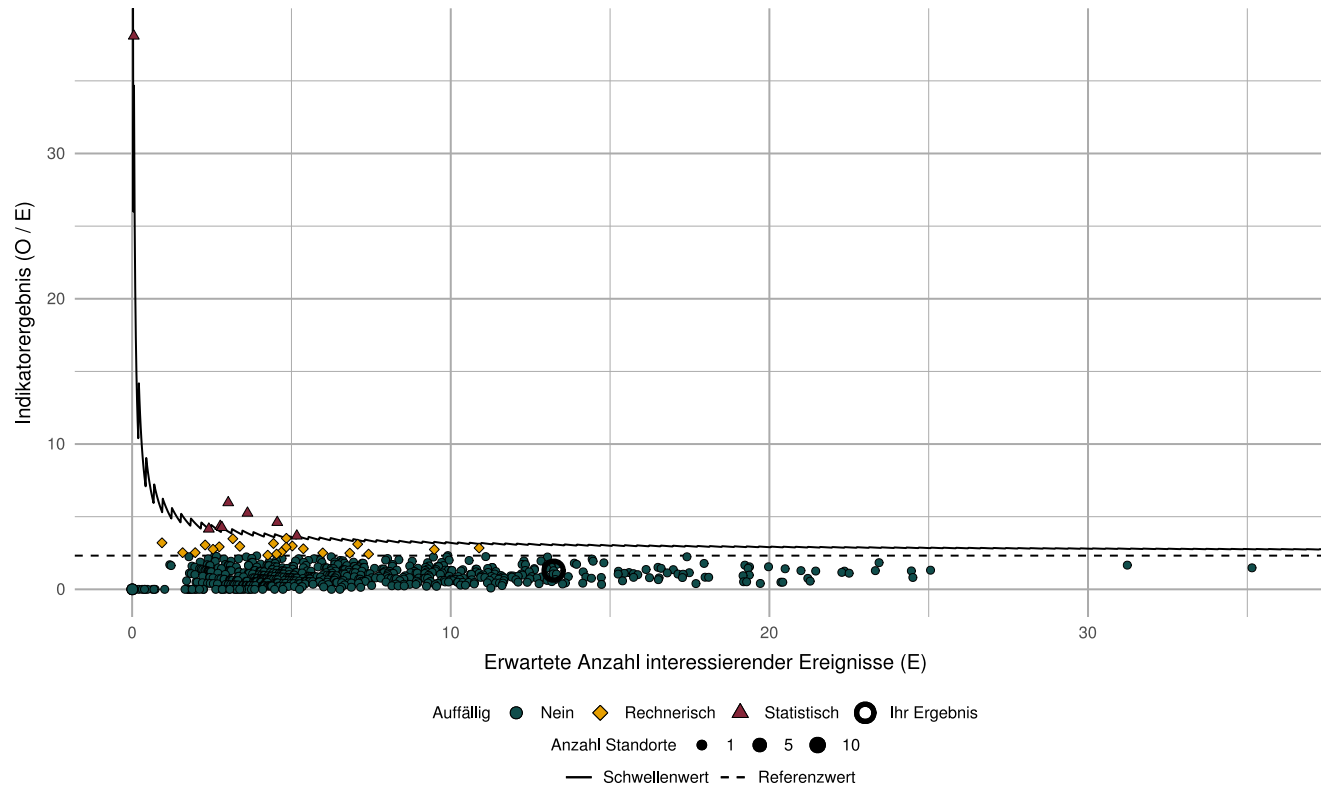
Referenzbereich

≤ 2,32

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Grundgesamtheit	Zähler (O)	Nenner (E)	Rechnerisch auffällig	p-Wert	Statistisch auffällig
Jahresauswertung 2019	1,29	0,85 - 1,89	1.960	17	13,23	Nein	0,99600	Nein
Quartal 4/2019	0,31	-	483	1	3,25	Nein	-	-
Quartal 3/2019	2,13	-	563	8	3,76	Nein	-	-
Quartal 2/2019	0,96	-	442	3	3,11	Nein	-	-
Quartal 1/2019	1,61	-	472	5	3,10	Nein	-	-

Krankenhausstandort: 260810738-00

Abbildung: Ergebnis zum QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen im fallzahlabhängigen Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Deutschland im Erfassungsjahr 2019



Basisauswertung

Basisdokumentation

	2018		2019	
	n	%	n	%
Anzahl der Mütter				
Alle Mütter	2.017	100,00	2.153	100,00

	2018		2019	
	n	%	n	%
Anzahl der Kinder				
Alle Kinder	2.081	100,00	2.225	100,00

Informationen zur Schwangeren

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Schwangeren	N = 2.017		N = 2.153	
Alter				
< 18	8	0,40	3	0,14
18 - 29	771	38,23	809	37,58
30 - 34	754	37,38	811	37,67
35 - 39	409	20,28	439	20,39
≥ 40	75	3,72	91	4,23

Informationen zur jetzigen Schwangerschaft

Präpartaler stationärer Aufenthalt

Verweildauer

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Mütter	N = 2.017		N = 2.153	
Präpartale Verweildauer				
0 Tage	1.272	63,06	1.325	61,54
1 Tag	535	26,52	587	27,26
> 1 Tag	207	10,26	241	11,19

Antenatale Kortikosteroidtherapie

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Schwangeren	N = 2.017		N = 2.153	
Antenatale Kortikosteroidtherapie				
Antenatale Kortikosteroidtherapie	67	3,32	50	2,32

Informationen zur Entbindung

Aufnahme

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Geburten	N = 2.017		N = 2.153	
Aufnahmeart				
(1) Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt	2.004	99,36	2.141	99,44
(2) Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant	6	0,30	5	0,23
(3) Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	7	0,35	7	0,33

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Geburten	N = 2.017		N = 2.153	
Aufnahmediagnose (ICD 10)				
(O42.-) Vorzeitiger Blasensprung	32	1,59	33	1,53
(O43.-) Pathologische Zustände der Plazenta	0	0,00	1	0,05
(O44.-) Placenta praevia	3	0,15	2	0,09
(O45.-) Vorzeitige Plazentalösung	1	0,05	3	0,14
(O48) Übertragene Schwangerschaft	0	0,00	3	0,14
(O80) Spontangeburt eines Einlings	1.255	62,22	1.323	61,45
(O82) Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung	435	21,57	420	19,51

Entbindungsmodus

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Kinder < 1500g	N = 34		N = 39	
Entbindungsmodus bei Kindern < 1500g				
Spontangeburt	2	5,88	6	15,38
primäre Sectio caesarea	12	35,29	9	23,08
sekundäre Sectio caesarea	13	38,24	16	41,03
vaginal-operativ	0	0,00	0	0,00
sonstige	7	20,59	8	20,51

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Kinder ≥ 1500g	N = 2.047		N = 2.186	
Entbindungsmodus bei Kindern ≥ 1500g				
Spontangeburt	1.194	58,33	1.263	57,78
primäre Sectio caesarea	387	18,91	397	18,16
sekundäre Sectio caesarea	265	12,95	285	13,04
vaginal-operativ	139	6,79	164	7,50
sonstige	62	3,03	77	3,52

E-E-Zeit

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Notsectios	N = 22		N = 40	
E-E-Zeit				
< 21 Minuten	22	100,00	40	100,00
21 - 30 Minuten	0	0,00	0	0,00
> 30 Minuten	0	0,00	0	0,00

Befunde und Risiken

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Schwangeren	N = 2.017		N = 2.153	
Befunde während der Schwangerschaft				
Schwangere ohne Befund	348	17,25	361	16,77
Schwangere mit Befund	1.669	82,75	1.792	83,23
Geburtsrisiken				
Schwangere ohne Geburtsrisiken	412	20,43	485	22,53
Schwangere mit Geburtsrisiken	1.605	79,57	1.668	77,47

	2018		2019	
	n	%	n	%
Schwangere mit Befund	N = 1.669		N = 1.792	
Befunde während der Schwangerschaft (Schlüssel 1)				
(01) Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	527	31,58	522	29,13
(02) Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	443	26,54	491	27,40
(03) Blutungs-/Thromboseneigung	38	2,28	48	2,68
(04) Allergie	635	38,05	671	37,44
(05) Frühere Bluttransfusionen	45	2,70	32	1,79
(06) Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)	36	2,16	44	2,46
(07) Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)	30	1,80	43	2,40
(08) Rhesus-Inkompatibilität (bei vorausgegangenen Schwangerschaften)	1	0,06	0	0,00
(09) Diabetes mellitus	16	0,96	20	1,12
(10) Adipositas	287	17,20	335	18,69
(11) Kleinwuchs	63	3,77	73	4,07
(12) Skelettanomalien	15	0,90	22	1,23
(13) Schwangere unter 18 Jahren	8	0,48	3	0,17
(14) Schwangere über 35 Jahren	360	21,57	395	22,04
(15) Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	16	0,96	18	1,00
(16) Z.n. Sterilitätsbehandlung	56	3,36	68	3,79
(17) Z.n. Frühgeburt	15	0,90	12	0,67
(18) Z.n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht < 2500g)	1	0,06	3	0,17
(19) Z.n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	143	8,57	149	8,31
(20) Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	19	1,14	31	1,73
(21) Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	19	1,14	15	0,84
(22) Komplikationen post partum	14	0,84	11	0,61
(23) Z.n. Sectio caesarea	245	14,68	233	13,00
(24) Z.n. anderen Uterusoperationen	32	1,92	22	1,23

	2018		2019	
	n	%	n	%
Schwangere mit Befund	N = 1.669		N = 1.792	
(25) rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)	28	1,68	25	1,40
(26) sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde	141	8,45	165	9,21
(27) Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung	37	2,22	22	1,23
(28) Dauermedikation	46	2,76	34	1,90
(29) Abusus	48	2,88	41	2,29
(30) Besondere psychische Belastung	19	1,14	18	1,00
(31) Besondere soziale Belastung	12	0,72	8	0,45
(32) Blutungen < 28 SSW	59	3,54	77	4,30
(33) Blutungen ≥ 28 SSW	6	0,36	5	0,28
(34) Placenta praevia	11	0,66	10	0,56
(35) Mehrlingsschwangerschaft	59	3,54	67	3,74
(36) Hydramnion	3	0,18	6	0,33
(37) Oligohydramnie	9	0,54	9	0,50
(38) Terminunklarheit	2	0,12	0	0,00
(39) Plazentainsuffizienz	2	0,12	2	0,11
(40) Isthmozervikale Insuffizienz	18	1,08	23	1,28
(41) Vorzeitige Wehentätigkeit	19	1,14	22	1,23
(42) Anämie	8	0,48	15	0,84
(43) Harnwegsinfektion	4	0,24	3	0,17
(44) Indirekter Coombstest positiv	0	0,00	0	0,00
(45) Risiko aus anderen serologischen Befunden	5	0,30	1	0,06
(46) Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	15	0,90	25	1,40
(47) Eiweißausscheidung über 1000mg/l Urin	2	0,12	13	0,73
(48) Mittelgradige - schwere Ödeme	1	0,06	5	0,28
(49) Hypotonie	0	0,00	0	0,00
(50) Gestationsdiabetes	176	10,55	215	12,00
(51) Lageanomalie	25	1,50	54	3,01

	2018		2019	
	n	%	n	%
Schwangere mit Befund	N = 1.669		N = 1.792	
(52) sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	148	8,87	175	9,77
(53) Hyperemesis	6	0,36	5	0,28
(54) Z. n. HELLP-Syndrom	5	0,30	13	0,73
(55) Z. n. Eklampsie	3	0,18	0	0,00
(56) Z. n. Hypertonie	1	0,06	1	0,06

	2018		2019	
	n	%	n	%
Schwangere mit Geburtsrisiken	N = 1.605		N = 1.668	
Geburtsrisiken				
(60) vorzeitiger Blasensprung	504	31,40	531	31,83
(61) Übertragung des Termins	3	0,19	3	0,18
(62) Fehlbildung	5	0,31	4	0,24
(63) Frühgeburt	30	1,87	20	1,20
(64) Mehrlingsschwangerschaft	62	3,86	72	4,32
(65) Plazentainsuffizienz (Verdacht auf)	2	0,12	4	0,24
(66) Gestose/Eklampsie	30	1,87	51	3,06
(67) Rh-Inkompatibilität	2	0,12	0	0,00
(68) Diabetes mellitus	6	0,37	5	0,30
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	357	22,24	324	19,42
(70) Placenta praevia	13	0,81	15	0,90
(71) vorzeitige Plazentalösung	12	0,75	8	0,48
(72) sonstige uterine Blutungen	14	0,87	12	0,72
(73) Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf)	57	3,55	27	1,62
(74) Fieber unter der Geburt	7	0,44	10	0,60
(75) mütterliche Erkrankung	126	7,85	110	6,59
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	4	0,25	3	0,18
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	206	12,83	211	12,65
(78) grünes Fruchtwasser	215	13,40	186	11,15
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	2	0,12	6	0,36
(80) Nabelschnurvorfall	2	0,12	5	0,30
(81) V. a. sonstige Nabelschnurkomplikationen	54	3,36	27	1,62
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	45	2,80	57	3,42
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	87	5,42	112	6,71

	2018		2019	
	n	%	n	%
Schwangere mit Geburtsrisiken	N = 1.605		N = 1.668	
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	8	0,50	5	0,30
(85) drohende/erfolgte Uterusruptur	7	0,44	7	0,42
(86) Querlage/Schräglage	23	1,43	14	0,84
(87) Beckenendlage	124	7,73	135	8,09
(88) hintere Hinterhauptslage	50	3,12	38	2,28
(89) Vorderhauptslage	4	0,25	6	0,36
(90) Gesichtslage/Stirnlage	2	0,12	3	0,18
(91) tiefer Querstand	8	0,50	10	0,60
(92) hoher Geradstand	9	0,56	13	0,78
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	10	0,62	23	1,38
(95) HELLP-Syndrom	16	1,00	15	0,90
(96) intrauteriner Fruchttod	3	0,19	4	0,24
(97) pathologischer Dopplerbefund	1	0,06	0	0,00
(98) Schulterdystokie	11	0,69	12	0,72
(94) sonstige	431	26,85	425	25,48

Informationen zum Kind

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Kinder	N = 2.081		N = 2.225	
Tragzeit (in abgeschlossenen Wochen)				
< 28 SSW	14	0,67	13	0,58
28 - 31 SSW	25	1,20	30	1,35
32 - 36 SSW	198	9,51	219	9,84
37 - 41 SSW	1.842	88,52	1.962	88,18
> 41 SSW	2	0,10	1	0,04

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Kinder	N = 2.081		N = 2.225	
Geschlecht				
männlich	1.080	51,90	1.126	50,61
weiblich	1.001	48,10	1.098	49,35
unbestimmt	0	0,00	1	0,04

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Kinder	N = 2.081		N = 2.225	
Geburtsgewicht				
(1) < 500 g	2	0,10	2	0,09
(2) 500 - 749 g	6	0,29	5	0,22
(3) 750 - 999 g	8	0,38	6	0,27
(4) 1000 - 1499 g	18	0,86	26	1,17
(5) 1500 - 1999 g	44	2,11	45	2,02
(6) 2000 - 2499 g	145	6,97	130	5,84
(7) 2500 - 2999 g	316	15,19	380	17,08
(8) 3000 - 3999 g	1.365	65,59	1.452	65,26
(9) 4000 - 4499 g	159	7,64	161	7,24
(10) ≥ 4500 g	18	0,86	18	0,81

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle lebendgeborenen Kinder	N = 2.076		N = 2.218	
Apgar nach 5 Minuten				
0	2	0,10	3	0,14
1 - 3	9	0,43	5	0,23
4 - 6	52	2,50	46	2,07
7 - 9	426	20,52	511	23,04
10	1.570	75,63	1.642	74,03
ohne Angabe	17	0,82	11	0,50

	2018		2019	
	n	%	n	%
Lebendgeborene Kinder mit durchgeführter Blutgasanalyse der Nabelschnurarterie	N = 2.064		N = 2.206	
pH-Wert Nabelschnurarterie				
< 7,00	5	0,24	10	0,45
7,00 - 7,09	33	1,60	44	1,99
7,10 - 7,19	315	15,26	337	15,28
≥ 7,20	1.711	82,90	1.815	82,28
Base Excess Nabelschnurarterie				
Base Excess < -10	89	4,31	79	3,58
Base Excess -10 bis < -5	562	27,23	626	28,38
Base Excess -5 bis 0	1.168	56,59	1.253	56,80

Perinatale Mortalität

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Kinder	N = 2.081		N = 2.225	
Perinatale Mortalität				
Perinatale Mortalität gesamt	9	0,43	7	0,31
Totgeborene gesamt	5	0,24	7	0,31
Tod ante partum	3	0,14	5	0,22
Tod sub partu	0	0,00	1	0,04
Todeszeitpunkt unbekannt	2	0,10	1	0,04
Tod vor Klinikaufnahme	4	0,19	6	0,27
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	4	0,19	0	0,00

Informationen zur Mutter**Entlassung**

	2018		2019	
	n	%	n	%
Alle Mütter	N = 2.017		N = 2.153	
Entlassungsgrund (nach §301 SGB V)				
(01) Behandlung regulär beendet	1.984	98,36	2.108	97,91
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,35	15	0,70
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19	0,94	26	1,21
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2	0,10	0	0,00
(07) Tod	0	0,00	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0,00	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00	1	0,05
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen	0	0,00	1	0,05
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung	0	0,00	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr	5	0,25	2	0,09

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Leseanleitung zu Jahres- und Zwischen- berichten

Stand: 08. April 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Datengrundlage für die Berichte	2
2.1	Zwischenbericht zum ersten Erfassungsquartal.....	2
2.2	Zwischenbericht zum zweiten und dritten Erfassungsquartal	2
2.3	Zwischenbericht zum vierten Erfassungsquartal/Jahresbericht zum Erfassungsjahr	3
2.4	Neuberechnete Jahresberichte	3
3	Tabellen zu Indikatorergebnissen	3
3.1	Rechnerische und statistische Auffälligkeiten.....	4
3.2	Beispieldarstellung: Zwischenbericht und Jahresbericht.....	5
4	Weitere Informationen (nur im Jahresbericht enthalten)	7
4.1	Übersicht der Auffälligkeiten (Tabelle 1)	7
4.2	Datengrundlage (Tabelle 2).....	7
4.3	Vergleichende Darstellung mit anderen Krankenhausstandorten (Funnelplots).....	7
4.4	Basisauswertung	8
5	CSV-Dateien mit Ergebnissen bzw. Vorgangsnummern	8
	Glossar.....	10

1 Einleitung

Vorliegende Leseanleitung dient als Interpretationshilfe für die Zwischen- und Jahresberichte zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus einem der Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburts-hilfe* bzw. *Mammachirurgie*.

Sowohl die Quartals- als auch die Jahresauswertungen weisen die Ergebnisse des aktuellen Berichtsquartals, zurückliegender Vorquartale und ggf. der rollierenden Jahresauswertung aus. Die Berichte untergliedern sich jeweils in eine Einleitung mit allgemeinen Informationen, gefolgt von Informationen zu dem jeweiligen Indikator, die das Qualitätsziel, Grundgesamtheit, Zähler, ggf. Nenner und Referenzbereich enthalten. Anschließend werden die ermittelten Ergebnisse pro Qualitätsindikator ausgewiesen.

Zusätzlich zu diesen Informationen enthalten die Jahresberichte eine Gesamtübersicht der statistischen Auffälligkeiten in dem jeweiligen QS-Verfahren, sowie zur Vollzähligkeit der Datensätze im Erfassungsjahr und vergleichende Ergebnisdarstellungen zu anderen Krankenhausstandorten. Nähere Hinweise zu diesen Informationen finden Sie weiter unten im Dokument. Am Schluss dieser Leseanleitung werden in einem Glossar alle hier verwendeten Begrifflichkeiten erläutert.

2 Datengrundlage für die Berichte

Grundlage für Zwischenberichte sind Datensätze, die bis zur Quartalslieferfrist an die auf Landesebene beauftragte Stelle geliefert wurden. Demnach sind die nach Ende der Lieferfrist eingegangenen oder korrigierten Datensätze für das Berichtsquartal nicht enthalten. Die einzelnen Berichte berücksichtigen folgende Datensätze:

2.1 Zwischenbericht zum ersten Erfassungsquartal

- alle Datensätze, die bis 15. Mai des jeweiligen Erfassungsjahres (EJ) an die auf Landesebene beauftragte Stelle geliefert wurden
- alle Datensätze aus dem Vorjahr (EJ-1), die bis 28. Februar an die auf Landesebene beauftragte Stelle geliefert wurden und zu dem zweiten, dritten und vierten Quartal des Vorjahres (EJ-1) gehören

2.2 Zwischenbericht zum zweiten und dritten Erfassungsquartal

- alle Datensätze, die bis 15. August bzw. 15. November des aktuellen Erfassungsjahres an die auf Landesebene beauftragte Stelle geliefert wurden
- alle Datensätze aus dem dritten und/oder vierten Quartal des Vorjahres (EJ-1) (Achtung: hier sind die im Rahmen der Datenvalidierung zweiterfassten Daten enthalten)

2.3 Zwischenbericht zum vierten Erfassungsquartal/Jahresbericht zum Erfassungsjahr

- alle Datensätze des Erfassungsjahres, die bis 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres (EJ+1) an die auf Landesebene beauftragte Stelle geliefert wurden
- alle Datensätze der Erfassungsquartale 1-3 des Erfassungsjahres

2.4 Neuberechnete Jahresberichte

Werden im Rahmen der Datenvalidierung nach § 9 der plan. QI-RL Änderungen zu Angaben in Datenfeldern festgestellt, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, erfolgt eine Neuberechnung der jeweiligen Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 10 der plan. QI-RL. Anschließend wird ein neuer Jahresbericht erstellt und dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Datengrundlage hierfür bilden:

- alle Datensätze des aktuellen Erfassungsjahres, die bis 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres (EJ+1) an die auf Landesebene beauftragte Stelle geliefert wurden, sowie
- alle Datensatzänderungen, die sich im Rahmen der Datenvalidierung ergeben haben und die in die Neuberechnung einfließen können.

3 Tabellen zu Indikatorergebnissen

Zu jedem Indikator wird das Ergebnis des Krankenhausstandorts tabellarisch dargestellt. Jede Zeile der jeweiligen Tabelle entspricht einem ausgewerteten Zeitintervall (Quartal oder Jahr). Jeder Bericht enthält vier vorangegangene Berichtsquartale sowie das Ergebnis einer rollierenden Jahresauswertung. Für Quartalsauswertungen werden Grundgesamtheit, Zähler und Nenner sowie die Angabe, ob eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt, ausgewiesen. Für die rollierende Jahresauswertung wird zusätzlich die Einstufung zur statistischen Auffälligkeit angegeben, sowie ein Vertrauensbereich und ein p-Wert bzw. Schwellenwert (im Fall von Indikatoren mit Sentinel-Event).

Bei Qualitätsindikatoren ohne Risikoadjustierung stimmen Grundgesamtheit und Nenner überein und werden daher in einer gemeinsamen Spalte dargestellt. Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren hingegen entspricht der Nenner (E) der erwarteten Anzahl von interessierenden Ereignissen, während im Zähler (O) die beobachtete Anzahl interessierender Ereignisse ausgewiesen wird. Fälle mit interessierendem Ereignis können zu einer statistischen Auffälligkeit führen. Das Verhältnis zwischen beiden (O/E) entspricht dem risikoadjustierten Ergebnis. Die Grundgesamtheit wird bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren gesondert ausgewiesen. Bei dem Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI 51803) im QS-Verfahren *Geburtshilfe (16/1)* entspricht die Grundgesamtheit der Anzahl an Kindern, die jeweils in mindestens einer der vier Indexebenen eingehen. Für die Berechnung von O und E werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert. Die Angaben zu einem Kind können somit bis zu vier Mal im Zähler enthalten sein.

Daher kann bei diesem Qualitätsindikator der Wert des Zählers größer sein als die Gesamtanzahl an Fällen mit interessierendem Ereignis.

Falls in einem Feld aus methodischen Gründen keine Angaben gemacht werden können wie bspw. Angaben zur statistischen Auffälligkeit, die nur im Jahresbericht und der rollierenden Jahresauswertung angegeben werden, wird dies mit einem Strich (–) kenntlich gemacht. Da bei den Quartalsauswertungen nur die jeweilige rechnerische Auffälligkeit ermittelt wird, entfallen die Angaben für Vertrauensbereich und p-Wert bzw. Grenzwert bei Sentinel-Events und ob eine statistische Auffälligkeit vorliegt (–).

Das jeweilige Ergebnis und die Anzahl im Nenner (E) werden zur besseren Lesbarkeit in den PDF-Dateien auf zwei Nachkommastellen gerundet. Dies bedeutet, dass bei einer Angabe von 0,00 der Wert kleiner als 0,005 ist. Eine größere Zahl an Nachkommastellen finden Sie in der maschinenlesbaren CSV-Datei.

Sollten Sie einen Bericht zu einem QS-Verfahren erhalten haben, in dem keine Fälle in den einzelnen indikatorbezogenen Tabellen ausgewiesen sind, ist dieser Bericht als „Negativmeldung“ zu verstehen. Aus Ihrem Krankenhausstandort wurden dann Fälle zu dem jeweiligen QS-Verfahren geliefert, die aber nicht unter die Einschlussbedingungen eines der planungsrelevanten Indikatoren fallen.

Im Erfassungsjahr 2017 erfolgte die Zuordnung eines Falls zu einem Quartal bzw. Jahr nach dem Aufnahmedatum. Seit dem Erfassungsjahr 2018 werden die einzelnen Fälle bei der Auswertung dem Entlassdatum zugeordnet. Unstimmigkeiten bei der Zuordnung (z. B. mehrfache Zuordnung eines Falles) wurden dabei ausgeschlossen. Ab dem Erfassungsjahr 2019 werden die Fälle nach behandelndem Standort ausgewertet.

3.1 Rechnerische und statistische Auffälligkeiten

Eine rechnerische Auffälligkeit ist eine Abweichung eines Qualitätsindikatorergebnisses von einem definierten Referenzbereich. Eine statistische Auffälligkeit zeigt an, dass das Ergebnis eines Krankenhausstandorts trotz Berücksichtigung möglicher zufallsbedingter Einflussfaktoren auffällig ist (vgl. Methodischen Grundlagen, V 1.1, Abschnitt 12.4¹). Die Einstufung berücksichtigt hierbei die fallzahlabhängige Streubreite der Qualitätsergebnisse. Zur Beurteilung, ob eine rechnerische Auffälligkeit auch eine statistische Auffälligkeit ist, wird ein zweiseitiger 90 %- Vertrauensbereich und der p-Wert des einseitigen Tests ausgewiesen. Schließt der Vertrauensbereich die Grenze des Referenzbereichs ein bzw. ist der p-Wert größer 0,05 (5%), liegt keine statistische Auffälligkeit für den jeweiligen Indikator vor.

Detaillierte Angaben zur statistischen Methodik finden Sie im Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Abschnitt 3.4)² bzw. in der

¹Methodische Grundlagen V1.1. IQTIG 2019. URL: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen/>

² Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. IQTIG 2016. URL: <https://iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>

Vignette des R-Pakets des IQTIG zur statistischen Auffälligkeitseinstufung von Qualitätsergebnissen³. Eine statistische Auffälligkeit in einer rollierenden Jahresauswertung zeigt einen Verlauf im Trend der Qualitätserbringung an, löst aber per se noch keine Datenvalidierung und ein evtl. damit verbundenes Stellungnahmeverfahren aus.

3.2 Beispieldarstellung: Zwischenbericht und Jahresbericht

Der nachfolgende Tabellenauszug ist ein fiktives Beispiel zum Qualitätsindikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ mit der QI-ID 10211. Der Referenzbereich beträgt $\leq 20,00\%$. Die Spalte Grundgesamtheit/Nenner (Spalte 4) umfasst hier alle Fälle des Beispiel-Krankenhausstandorts, die unter die Indikatordefinition fallen; der Zähler (Spalte 5) enthält die Anzahl der Fälle, bei denen das interessierende Ereignis, hier die vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund, aufgetreten ist. Da der Qualitätsindikator nicht risikoadjustiert ist, sind die Werte für die Grundgesamtheit und den Nenner identisch.

Bei einem fiktiven Krankenhausstandort gab es im aktuellen Berichtsquartal eine Grundgesamtheit/Nenner von insgesamt 11 Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff und mindestens einer Angabe zur Histologie (Spalte 4). In 2 Fällen lag kein pathologischer Befund vor (Spalte 5). Das Ergebnis im aktuellen Berichtsquartal beträgt $18,18\%$ (Spalte 2) und liegt daher im Referenzbereich. Folglich ist der Krankenhausstandort in diesem Quartal rechnerisch unauffällig (Spalte 6). Im vorangegangenen Quartal (Berichtsquartal -1) ist der Krankenhausstandort mit 3 Fällen ohne pathologischen Befund (Zähler/Spalte 5) und bei einer Grundgesamtheit/Nenner von 15 Patientinnen (Spalte 4) mit einem Ergebnis von $20,00\%$ (Spalte 2) nicht rechnerisch auffällig (Spalte 6). Im Berichtsquartal -2 ist der Krankenhausstandort mit 6 Fällen ohne pathologischen Befund (Zähler/Spalte 5) und bei einer Grundgesamtheit/Nenner von 15 Patientinnen (Spalte 4) mit einem Ergebnis von $40,00\%$ (Spalte 2) rechnerisch auffällig (Spalte 6). Im Berichtsquartal -3 ist der Krankenhausstandort mit 4 Fällen ohne pathologischen Befund (Zähler/Spalte 5) und bei einer Grundgesamtheit/Nenner von ebenfalls 11 Patientinnen (Spalte 4) mit einem Ergebnis von $36,36\%$ (Spalte 2) rechnerisch auffällig (Spalte 6).

Da bei einzelnen Berichtsquartalen keine Ergebnisse zu statistischen Auffälligkeiten vorgesehen sind, sind die entsprechenden Felder in der Zeile mit einem Strich versehen (Spalten 3, 7 und 8).

Bei dem fiktiven Krankenhausstandort ist es in der (rollierenden) Jahresauswertung, in die alle vier jahresübergreifenden Vorquartale eingegangen sind, zu einer Grundgesamtheit/Nenner von insgesamt 52 Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff und mindestens einer Angabe zur Histologie (Spalte 4) gekommen. In 15 Fällen lag kein pathologischer Befund vor (Spalte 5).

³ Biometrische Methoden. IQTIG 2018. URL: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/biometrische-methoden/>

Das Ergebnis der rollierenden Jahresauswertung beträgt 28,85 % (Spalte 2) und liegt daher außerhalb des Referenzbereichs. Folglich ist der Krankenhausstandort in der rollierenden Jahresauswertung rechnerisch auffällig (Spalte 6). Da der Vertrauensbereich (Spalte 3) den Referenzbereich nicht einschließt und der p-Wert (Spalte 7) unter 0,05 % liegt, ist der Krankenhausstandort in diesem Indikator statistisch auffällig (Spalte 8). Die statistische Auffälligkeit wird durch Fettdruck gekennzeichnet.

Zwischenbericht Beispiel-Krankenhausstandort:

1	2 Ergebnis %	3 Vertrauensbereich %	4 Grundgesamtheit/ Nenner	5 Zähler	6 Rechnerisch auffällig	7 p-Wert	8 Statistisch auffällig
aktuelles Berichtsquartal	18,18	–	11	2	Nein	–	–
Berichtsquartal 1	20,00	–	15	3	Nein	–	–
Berichtsquartal 2	40,00	–	15	6	Ja	–	–
Berichtsquartal 3	36,36	–	11	4	Ja	–	–
(Rollierende) Jahresauswertung (Berichtsquartal 3 bis aktuelles Berichtsquartal/Vorjahresergebnis)	28,85	29,27 – 32,54	52	15	Ja	0,03255	Ja

Jahresbericht Beispiel-Krankenhausstandort:

1	2 Ergebnis %	3 Vertrauensbereich %	4 Grundgesamtheit/ Nenner	5 Zähler	6 Rechnerisch auffällig	7 p-Wert	8 Statistisch auffällig
Jahresauswertung aktuelles Berichtsjahr	28,85	29,27 – 32,54	52	15	Ja	0,03255	Ja
Quartal 4/ aktuelles Berichtsjahr	18,18	–	11	2	Nein	–	–
Quartal 3/ aktuelles Berichtsjahr	40,00	–	15	6	Ja	–	–
Quartal 2/ aktuelles Berichtsjahr	36,36	–	11	4	Ja	–	–
Quartal 1/ aktuelles Berichtsjahr	20,00	–	15	3	Nein	–	–

4 Weitere Informationen (nur im Jahresbericht enthalten)

4.1 Übersicht der Auffälligkeiten (Tabelle 1)

Dieser Übersichtstabelle können Sie auf einen Blick entnehmen, ob Ihr Krankenhausstandort in einem der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des jeweiligen QS-Verfahrens rechnerisch oder sogar statistisch auffällig ist. Wenn zu einem Indikator bei Ihnen keine Fälle dokumentiert worden sind, können die Indikatoren nicht ausgewertet werden; dies wird in der Übersicht mit einem Strich (–) kenntlich gemacht.

4.2 Datengrundlage (Tabelle 2)

Der Tabelle zur Datengrundlage können Sie Informationen zur Vollständigkeit entnehmen. Dabei werden die von Ihrem Krankenhausstandort übermittelten Datensätze im gesamten QS-Verfahren (Spalte: Datenbestand) mit den im Rahmen der Sollstatistik übermittelten Angaben (Spalte: Erwartet) abgeglichen. Die Vollständigkeit sollte möglichst bei 100 % liegen. In die Berechnung der Vollständigkeit werden dabei Basisdaten (klassische QS-Datensätze) und Minimaldatensätze einbezogen. Minimaldatensätze sind Datensätze, die nur im Ausnahmefall als Ersatz für einen QS-Datensatz übermittelt werden.

4.3 Vergleichende Darstellung mit anderen Krankenhausstandorten (Funnelplots)

Die Darstellung der Ergebnisse mittels Funnelplots ermöglicht den Vergleich des eigenen Krankenhausstandorts mit anderen Krankenhäusern bundesweit unter Berücksichtigung der fallzahlabhängigen Variabilität der Ergebnisse. Auf der horizontalen Achse (waagrecht; x-Achse) sind die Fallzahlen entsprechend der Grundgesamtheiten bzw. die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen des Indikators abgebildet. Auf der Vertikalen (senkrecht, y-Achse) ist das Indikatorergebnis (Rate oder Verhältnis O/E) abgetragen. Jeder Punkt, jede Raute und jedes Dreieck stellen Ergebnisse eines Krankenhausstandorts dar – das Ergebnis Ihres Standorts ist im jeweiligen Bericht schwarz eingekreist. Liegen mehrere Krankenhausstandorte bei gleicher Fallzahl auf dem gleichen Indikatorergebnis, wird das Zeichen (Punkt, Raute, Dreieck) größer dargestellt. Der Referenzwert ist als waagrechte, gestrichelte Linie eingezeichnet. Krankenhausstandorte, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen, sind als grüne Kreise dargestellt.

Die eingezeichnete Kurve zeigt den fallzahlabhängigen Schwellenwert zur Einstufung, ob ein Krankenhausstandort statistisch auffällig ist (siehe 3.1). Krankenhausstandorte, die statistisch auffällig sind, werden als rote Dreiecke dargestellt. Krankenhausstandorte, die rechnerisch, aber nicht statistisch, auffällig sind und somit zwischen Referenzwert und fallzahlabhängigem Schwellenwert liegen, werden als gelbe Rauten dargestellt.

Bei Sentinel-Event-Indikatoren bietet sich zum Vergleich der Krankenhausstandorte untereinander die tabellarische Darstellungsform an. Sentinel-Event-Indikatoren sind Indikatoren, bei denen ein einziger Zähler-Fall in einem Krankenhausstandort zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. In der Tabelle ist jeweils dargestellt, wie viele Standorte welche Anzahl an Sentinel-Ereignissen hatte und wie viele Standorte davon nach der vom G-BA beschlossenen Methodik für Sentinel-Event-Indikatoren als statistisch auffällig gelten.

4.4 Basisauswertung

Die Basisauswertung ist der abschließende Teil einer Auswertung. Sie enthält deskriptive Statistiken (Median, Mittelwert und/oder weitere Kennwerte) sowie Häufigkeiten für alle wichtigen Datenfelder, die für das jeweilige QS-Verfahren erfasst werden.

Abhängig vom QS-Verfahren beziehen sich die deskriptiven Analysen in unterschiedlichem Umfang auf folgende Gebiete:

- Patientenmerkmale/Merkmale zum Kind/zur Mutter
- Anamnese/Befunde/Risiken
- Prä- und postoperative Diagnostik
- Operation/Behandlung/Therapie/Entbindung
- Status der Patientin/des Patienten bei Entlassung

5 CSV-Dateien mit Ergebnissen bzw. Vorgangsnummern

Die indikatorbezogenen Ergebnisse erhalten Sie außer in vorliegendem Bericht zudem maschinenlesbar als CSV-Datei. Diese Datei beinhaltet eine größere Genauigkeit hinsichtlich der Anzahl an Nachkommastellen.

Haben Sie in einem Quartal in einem QS-Verfahren zwar Daten geliefert, gehen diese aber nicht in die Grundgesamtheit eines planungsrelevanten Qualitätsindikators ein, erscheinen in den entsprechenden Feldern (Ergebnis, Grundgesamtheit etc.) Nullen (0). Sofern dies für Ihren Krankenhausstandort in jedem Quartal zutreffend ist, wird auch die entsprechende Zeile für die (rollierende) Jahresauswertung in der CSV-Datei mit Nullen gekennzeichnet. Haben Sie in einem Quartal in einem QS-Verfahren keine Daten geliefert, fällt diese Zeile in der CSV-Datei weg.

Wir stellen Ihnen ebenfalls die Vorgangsnummern von Fällen als CSV-Datei zur Verfügung, bei denen es zu einem „interessierenden Ereignis“ gekommen ist. Rechnerische bzw. statistische Auffälligkeiten sind in der Datei entsprechend gekennzeichnet. Kommt es zu keiner rechnerischen bzw. statistischen Auffälligkeit, kann die Vorgangsnummern-Datei trotzdem Daten enthalten. Diese Vorgangsnummern zeigen „interessierende Ereignisse“ an, führen aber nicht zu einer rechnerischen Auffälligkeit. Dieses Vorgehen soll dazu führen, dass auch bei einem rechnerisch unauffälligen Ergebnis eine Qualitätsverbesserung angestoßen werden kann.

Weitere Informationen zu den CSV-Listen entnehmen Sie bitte den Begleitdokumenten „Erläuterungen zu den Attributen der auffälligen Vorgänge“ sowie der „Beschreibung der Spalten in den Ergebnislisten“.

Glossar

Auffällig, rechnerisch

Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer außerhalb des Referenzbereichs liegt. Rechnerische Auffälligkeiten ziehen üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Strukturierter Dialog), bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Auffällig, statistisch

Eine statistische Auffälligkeit zeigt an, dass das Ergebnis eines Krankenhausstandorts trotz Berücksichtigung möglicher zufallsbedingter Einflussfaktoren auffällig ist (vgl. Methodischen Grundlagen, V 1.1, Abschnitt 12.4⁴). Die Einstufung berücksichtigt hierbei die fallzahlabhängige Streubreite der Qualitätsergebnisse. Zur Beurteilung, ob eine rechnerische Auffälligkeit auch eine statistische Auffälligkeit ist, wird ein zweiseitiger 90 %- Vertrauensbereich und der p-Wert des einseitigen Tests ausgewiesen. Schließt der Vertrauensbereich die Grenze des Referenzbereichs ein bzw. ist der p-Wert größer 0,05 (5%), liegt keine statistische Auffälligkeit für den jeweiligen Indikator vor.

Basisdatensatz

Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Aufenthalt mehrere Prozeduren erhält.

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird.

Median

Der Median teilt die nach Größe sortierten Datenpunkte in zwei gleich große Hälften: Mindestens 50 % der Werte sind kleiner oder gleich dem Median und mindestens 50 % der Werte sind größer oder gleich dem Median. Im Gegensatz zum üblichen Mittelwert (arithmetisches Mittel) hat der Median den Vorteil, gegen extrem kleine oder große Werte weniger empfindlich zu sein. Das bedeutet, dass sich der Median verglichen zum arithmetischen Mittel geringer verändert, wenn zum Beispiel einige extreme Werte hinzukommen. Der Median entspricht dem 50. Perzentil.

Minimaldatensatz (MDS)

Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollständigen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

⁴ Methodische Grundlagen V1.1. IQTIG 2019. URL: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen/>

Odds Ratio (Quotenverhältnis)

Das Odds Ratio quantifiziert den Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen mit jeweils zwei Ausprägungen, z. B. dem Vorliegen einer Begleiterkrankung und dem Auftreten einer Komplikation. Es berechnet sich als Verhältnis von zwei Quoten. Im genannten Beispiel entspricht die erste Quote dem Quotienten aus der Wahrscheinlichkeit, dass bei Vorliegen einer Begleiterkrankung eine Komplikation auftritt und der Gegenwahrscheinlichkeit für dieses Ereignis. Die zweite Quote entspricht der Wahrscheinlichkeit, dass ohne Begleiterkrankung eine Komplikation auftritt versus der Gegenwahrscheinlichkeit.

Für risikoadjustierte Indikatoren wird für jeden Risikofaktor (bei kategorialen Einflussgrößen für jede Kategorie in Bezug auf die Referenzkategorie) das Odds Ratio für das interessierende Ereignis (z. B. das Auftreten einer Komplikation) errechnet.

Ein Odds Ratio größer 1 bedeutet, dass bspw. bei Patientinnen und Patienten mit einer Begleiterkrankung eher Komplikationen auftreten als ohne Begleiterkrankungen. Umgekehrt bedeutet ein Wert kleiner 1, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Begleiterkrankung seltener Komplikationen auftreten.

Referenzbereich

Der Referenzbereich eines Indikators ist der Bereich, der erwartbare Qualität im Sinne eines einzuhaltenden Standards beschreibt. Eine Konsequenz ist deswegen, dass Leistungserbringerergebnisse für diesen Indikator im Referenzbereich liegen müssen, um rechnerisch unauffällig zu sein. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs sind rechnerisch auffällig und ziehen üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Strukturierter Dialog), bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt. Der Referenzbereich eines Indikators ist für alle Leistungserbringer gleich.

Sentinel Event, Sentinel-Event-Indikator

Sentinel Events sind seltene, schwerwiegende Ereignisse von besonderer Bedeutung. Jeder Fall in einem Sentinel-Event-Indikator führt zu einer rechnerischen Auffälligkeit, die eine weitere Beurteilung im Strukturierten Dialog nach sich zieht, bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Qualitätsindikator (QI)

Ein Qualitätsindikator ist ein Konstrukt, das aus Versorgungsdaten nachvollziehbare Bewertungen der Versorgungsqualität ableitet. Jeder Qualitätsindikator hat ein Qualitätsziel (z. B. „die Häufigkeit von Komplikationen soll möglichst gering sein“). Das Indikatorergebnis für einen Leistungserbringer wird basierend auf dem Referenzbereich als rechnerisch auffällig oder unauffällig bewertet.

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

Ein Vertrauensbereich ist ein Bereich um einen berechneten Ergebniswert eines Indikators. Der Vertrauensbereich berücksichtigt, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Die Breite des Vertrauensbereichs gibt an, wie stark diese unbeobachteten Einflüsse ins Gewicht fallen. Je schmaler der Vertrauensbereich, desto belastbarer ist die Information, die aus den erhobenen Daten über das Ergebnis gewonnen werden kann. Die Breite des Vertrauensbereichs hängt u. a. von der Fallzahl ab, die dem Ergebnis zugrunde liegt. Je größer die Fallzahl, desto schmaler ist der Vertrauensbereich. Liegt der Vertrauensbereich eines Ergebnisses außerhalb des Referenzbereichs, so ist das Ergebnis auch unter Berücksichtigung der unbeobachteten Einflüsse auffällig.

Zähler

Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.