Jahresauswertung 2013
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 40
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.183
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14279-L88935-P43317

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2013
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 40
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.183
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14279-L88935-P43317

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie							
1a: 2013/PNEU/2005 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			96,6%	>= 95,0%	innerhalb	96,5%	9
1b: 2013/PNEU/2006 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			97,0%	nicht definiert	-	97,0%	9
1c: 2013/PNEU/2007 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			88,6%	nicht definiert	-	86,8%	9

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2013/PNEU/2009 **QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**			92,7%	>= 90,0%	innerhalb	92,2%	14
QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme							
3a: 2013/PNEU/2012 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			95,7%	>= 95,0%	innerhalb	95,3%	18
3b: 2013/PNEU/2013 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			90,7%	>= 90,0%	innerhalb	92,3%	18
2013/PNEU/2015 **QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme**			96,4%	>= 95,0%	innerhalb	96,2%	22

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens							
5a: 2013/PNEU/2018 Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			92,7%	>= 95,0%	auffällig	94,8%	24
5b: 2013/PNEU/2019 Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			7,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	1,0 Fälle	24
2013/PNEU/2028 **QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**			90,5%	>= 95,0%	auffällig	89,8%	28
2013/PNEU/2036 **QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**			97,2%	>= 95,0%	innerhalb	97,4%	31

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus							
8a: 2013/PNEU/11878							
Sterblichkeit im Krankenhaus			12,5%	<= 13,8%	innerhalb	11,4%	34
8b: 2013/PNEU/50778							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			1,33	nicht definiert	-	1,24	36
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:							
8c: 2013/PNEU/11879							
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			3,1%	<= 4,4%	innerhalb	2,1%	38
8d: 2013/PNEU/11880							
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			12,9%	<= 14,4%	innerhalb	12,4%	38
8e: 2013/PNEU/11881							
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			35,3%	<= 40,7%	auffällig	30,0%	38
2013/PNEU/50722							
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			91,9%	>= 98,0%	auffällig	88,0%	47

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren

- Antimikrobielle Therapie
- Frühmobilisation
- Anpassung Diagnostik / Therapie
- Krankenhaus-Letalität

erfolgt mit Hilfe des Risiko-Scores CRB-65. Die Daten für diesen Score werden bei der Aufnahme erfasst und ermöglichen eine Aussage über die Schwere der Pneumonie und zur Prognose.

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- o Pneumoniebedingte Desorientiertheit (Mental **C**onfusion)
- o Spontane Atemfrequenz >= 30/min (**R**espiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90mmHg oder diastolisch <= 60mmHg) (**B**lood pressure)
- o Alter >= 65 Jahre (**65** Jahre)

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

1. Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit niedrig: ca. 1%)
2. Risikoklasse 2 = 1 - 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit mittel: ca. 8%)
3. Risikoklasse 3 = 3 - 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit hoch: ca. 31 - 34%)

Beatmete Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

Im Datensatz für das Erfassungsjahr 2008 ist erstmals folgendes Datenfeld aufgenommen worden (Datenfeld 26):

"Wurde dokumentiert, dass aufgrund der Schwere der Grunderkrankung die Pneumonie-Episode als terminale Manifestation einer chronischen Krankheit eingeschätzt und damit als Therapieziel primär oder im Verlauf die Symptomkontrolle definiert wurde?"[1]

Dieses Datenfeld besagt bei Beantwortung mit "ja", dass bei diesem Patienten aufgrund der **infausten Prognose der Grunderkrankung** auf die antimikrobielle Therapie gänzlich verzichtet oder diese im Verlauf des stationären Aufenthaltes vorzeitig beendet wurde.

Das Datenfeld kann nur dann mit „ja“ beantwortet werden, wenn **in der Patientenakte schriftlich dokumentiert** wurde, dass die Therapie im **Einvernehmen mit dem Willen des Patienten** oder der Angehörigen eingestellt wurde (vgl. Datensatz und Ausfüllhinweise).

Bei einigen Qualitätsindikatoren stehen diese Patienten nicht unmittelbar im Fokus der Qualitätssicherung und werden daher in diesen Fällen aus der Grundgesamtheit herausgenommen. Diese Patienten werden dennoch weiterhin beobachtet und gesondert ausgewertet, um mögliche Versorgungsprobleme frühzeitig erkennen zu können.

Bei folgenden Indikatoren werden Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (Datenfeld 26 = ja) ausgeschlossen:

- Antimikrobielle Therapie,
- Frühmobilisation,
- Verlaufskontrolle CRP / PCT,
- Überprüfung Diagnostik / Therapie,
- Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien und
- Klinische Stabilitätskriterien

Der Indikator Krankenhaus-Letalität wird in zwei Versionen dargestellt, zuerst bezogen auf alle Patienten (wie bis 2007) und anschließend ohne Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

[1] Datenfeldbeschriftung ab 2012 geändert (siehe Datensatz oder Spezifikation 15.0)

Qualitätsindikatorengruppe 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Gruppe 3: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 1a): 2013/PNEU/2005
Gruppe 2 (QI 1b): 2013/PNEU/2006
Gruppe 3 (QI 1c): 2013/PNEU/2007

Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

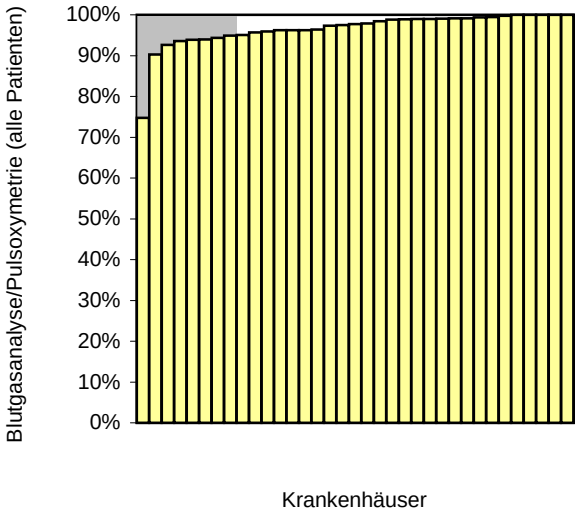
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	7.908 / 8.183	7.620 / 7.858	288 / 325
	96,6%	97,0%	88,6%
Vertrauensbereich	96,2% - 97,0%	96,6% - 97,3%	84,7% - 91,6%
Referenzbereich	>= 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

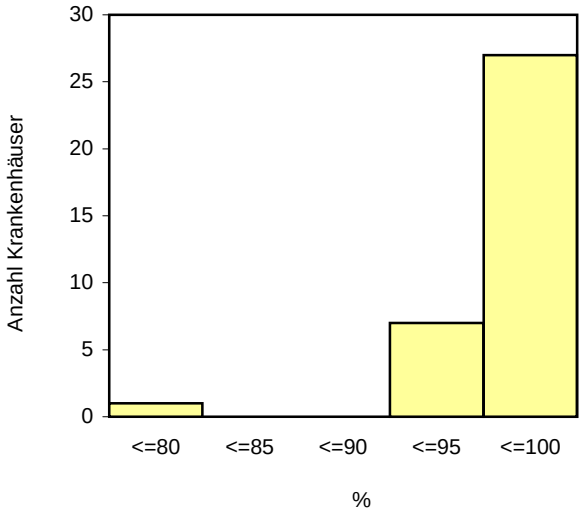
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	7.270 / 7.530	6.994 / 7.212	276 / 318
	96,5%	97,0%	86,8%
Vertrauensbereich	96,1% - 96,9%	96,6% - 97,3%	82,6% - 90,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2013/PNEU/2005]:
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten

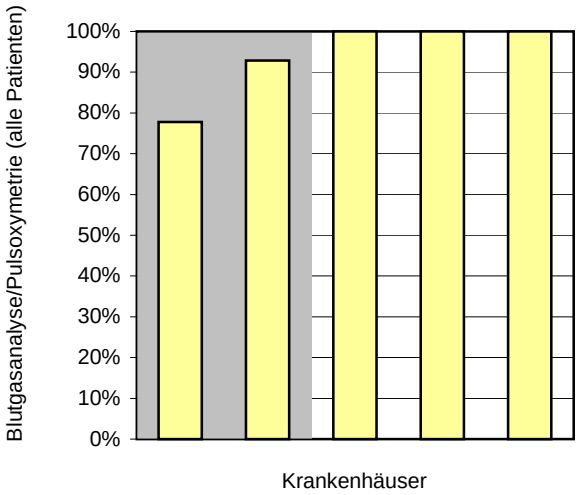
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,8	90,2	93,6	95,0	97,7	99,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

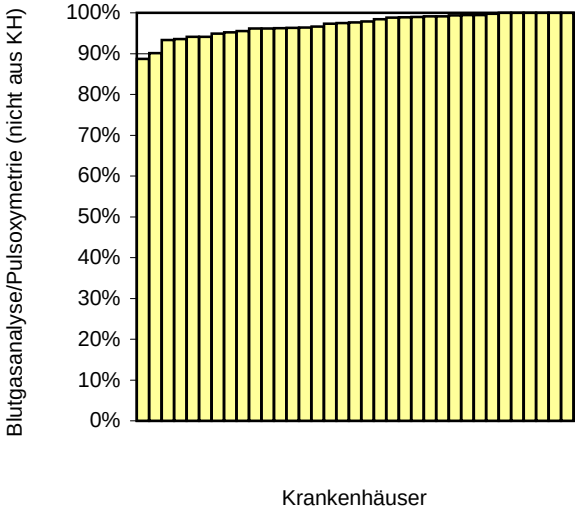


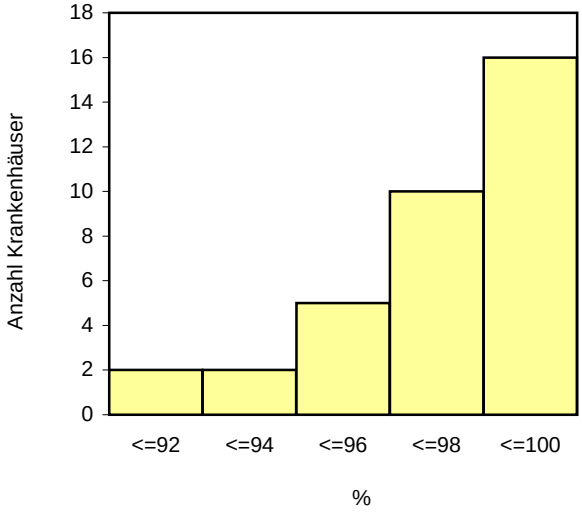
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8			92,9	100,0	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2013/PNEU/2006]:
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

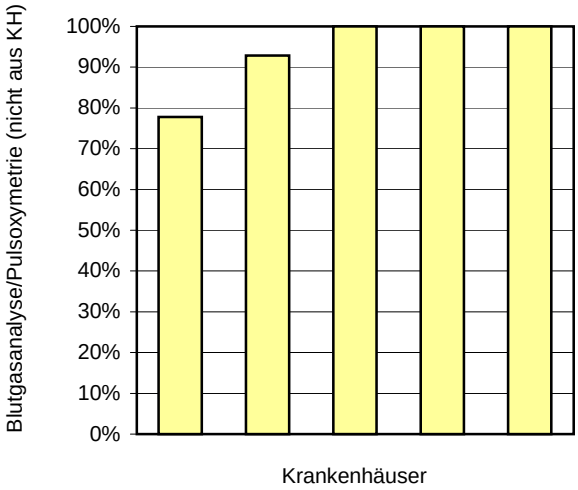
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,7	90,1	93,6	95,5	97,6	99,4	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

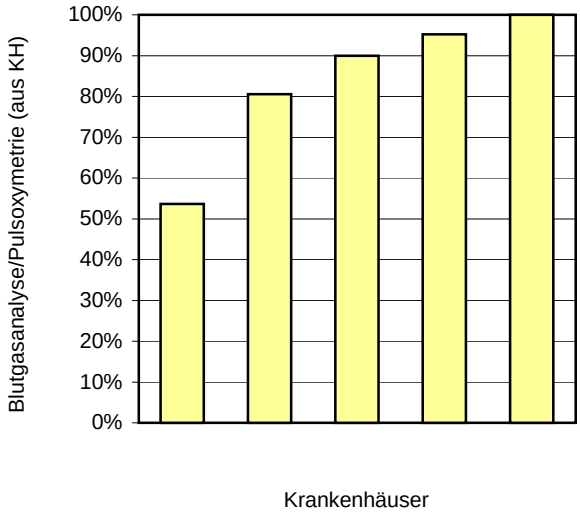


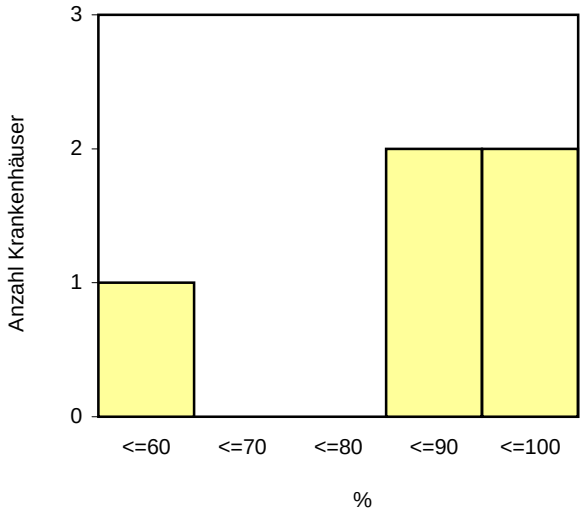
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8			92,9	100,0	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2013/PNEU/2007]:
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

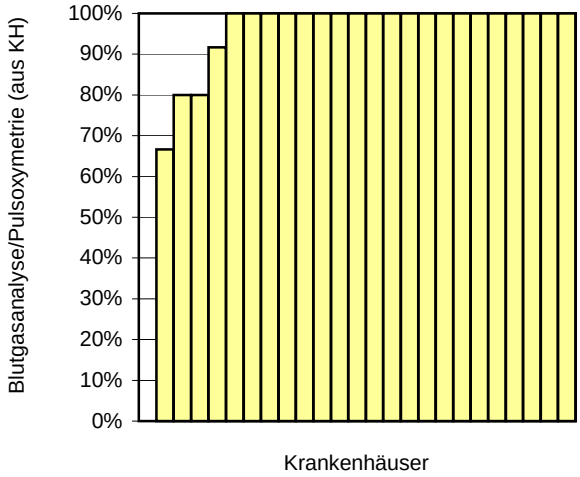
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,7			80,6	90,0	95,2			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	66,7	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)

Qualitätsziel:	Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Indikator-ID:	Gruppe 2:	2013/PNEU/2009
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 90,0%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

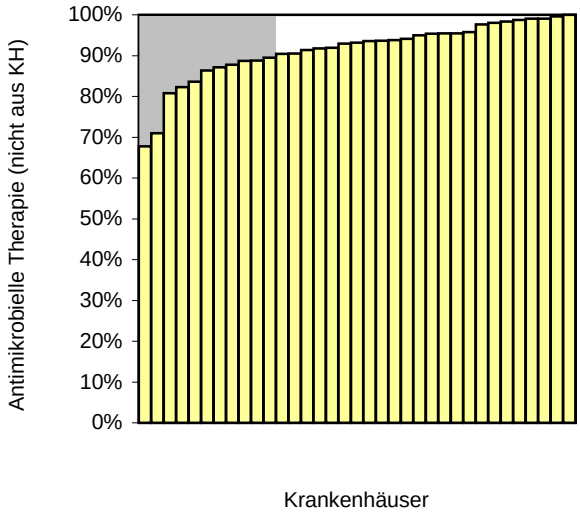
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	7.049 / 7.645 92,2%	6.809 / 7.342 92,7%	240 / 303 79,2%
Vertrauensbereich		92,1% - 93,3%	
Referenzbereich		>= 90,0%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	112 / 7.645 1,5%	76 / 7.342 1,0%	36 / 303 11,9%

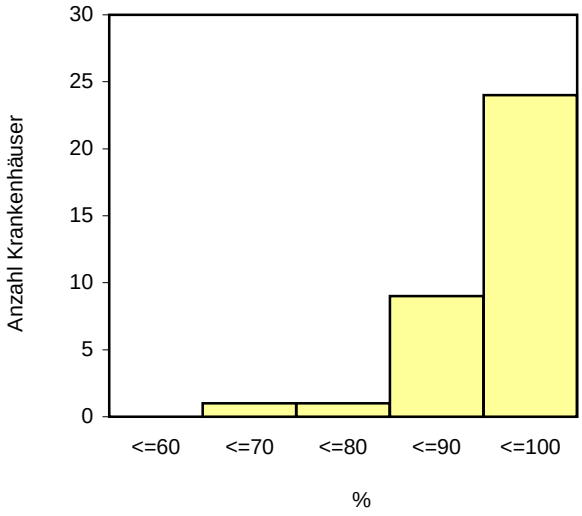
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	6.562 / 7.162 91,6%	6.323 / 6.856 92,2%	239 / 306 78,1%
Vertrauensbereich		91,6% - 92,8%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	114 / 7.162 1,6%	73 / 6.856 1,1%	41 / 306 13,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/PNEU/2009]:
Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden und bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

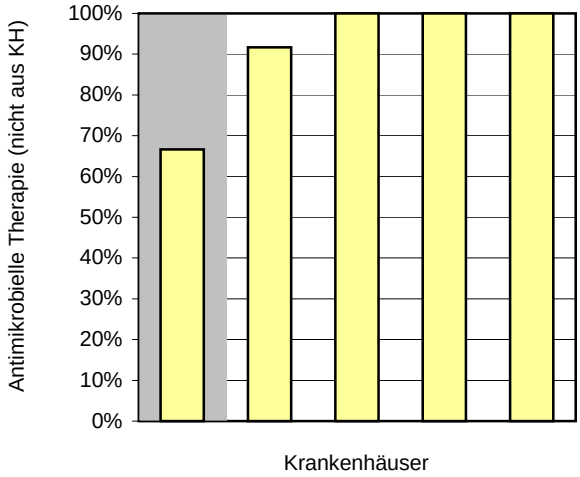
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,7	71,0	82,3	88,7	93,2	95,7	99,0	99,6	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7			91,7	100,0	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:

Risikoklasse 1:	Geringes Risiko (0 Scorepunkte)
Risikoklasse 2:	Mittleres Risiko (1 bis 2 Scorepunkte)
Risikoklasse 3:	Hohes Risiko (3 bis 4 Scorepunkte)

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			

	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.242 / 1.370 90,7%	5.362 / 5.807 92,3%	445 / 468 95,1%

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:

Risikoklasse 1:	Geringes Risiko (0 Scorepunkte)
Risikoklasse 2:	Mittleres Risiko (1 bis 2 Scorepunkte)
Risikoklasse 3:	Hohes Risiko (3 bis 4 Scorepunkte)

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			

	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.207 / 1.331 90,7%	5.189 / 5.579 93,0%	413 / 432 95,6%

Qualitätsindikatorengruppe 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel: Häufig eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchführen

Grundgesamtheit: Patienten, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind (Ausschluss: Verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer <= 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			4.779 / 5.219	91,6%

Risikoklassen nach CRB-65

Patienten, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind
(Ausschluss: Verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer <= 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:
Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Scorepunkte)
Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Scorepunkte)
Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Scorepunkte)

Indikator-ID:
Risikoklasse 1 (QI 3a): 2013/PNEU/2012
Risikoklasse 2 (QI 3b): 2013/PNEU/2013

Referenzbereich:
Risikoklasse 1: >= 95,0% (Zielbereich)
Risikoklasse 2: >= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%	>= 90,0%	

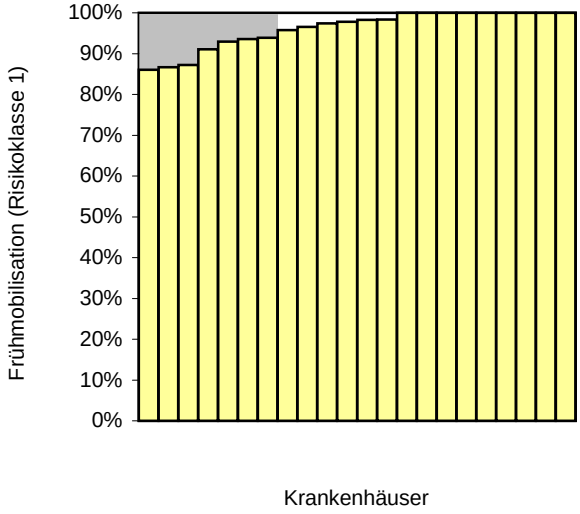
	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.103 / 1.152	3.541 / 3.906	135 / 161
	95,7%	90,7%	83,9%
Vertrauensbereich	94,4% - 96,8%	89,7% - 91,5%	
Referenzbereich	>= 95,0%	>= 90,0%	

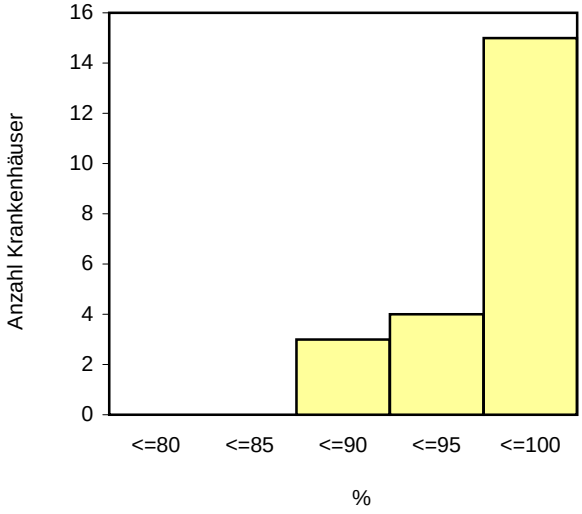
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.147 / 1.203	3.392 / 3.673	119 / 134
	95,3%	92,3%	88,8%
Vertrauensbereich	94,0% - 96,4%	91,4% - 93,2%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/PNEU/2012]:
Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde unter Ausschluss von verstorbenen Patienten und Patienten mit einer Verweildauer <= 1 Tag

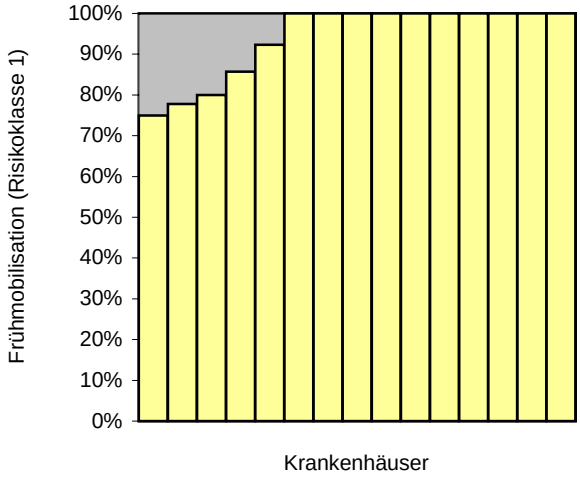
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,0	86,7	87,2	93,5	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
15 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

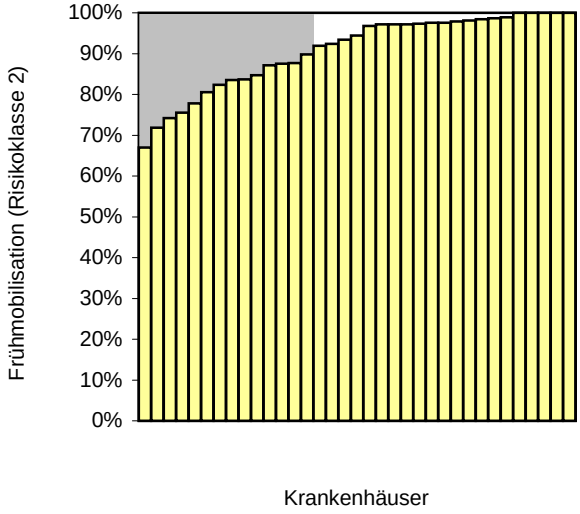


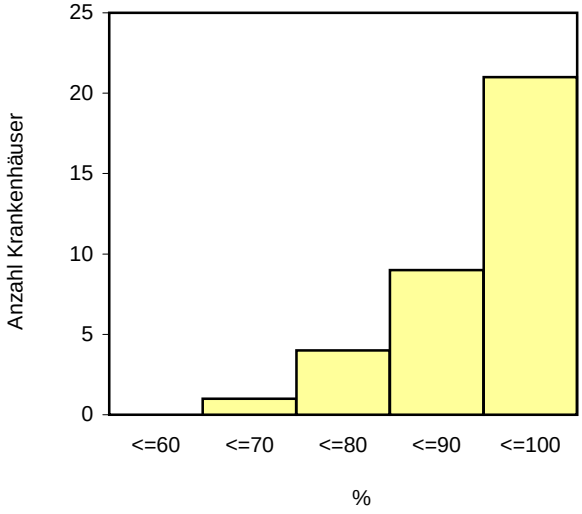
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0		77,8	85,7	100,0	100,0	100,0		100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/PNEU/2013]:
Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde unter Ausschluss von verstorbenen Patienten und Patienten mit einer Verweildauer <= 1 Tag

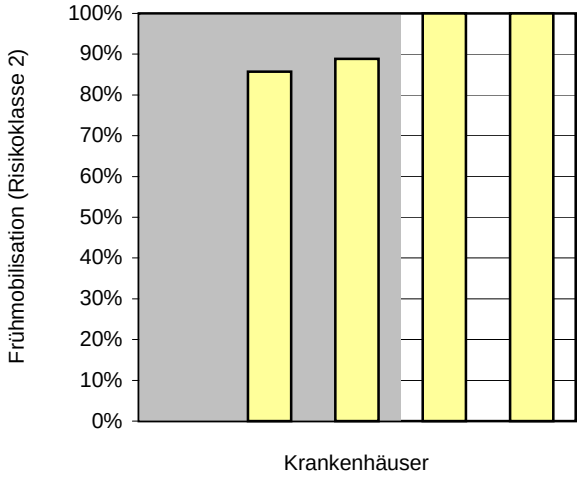
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,0	71,8	75,5	83,7	94,4	98,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			85,7	88,9	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme

Qualitätsziel: Häufig eine Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitonins im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmen

Grundgesamtheit: Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 5 Tagen (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Indikator-ID: 2013/PNEU/2015

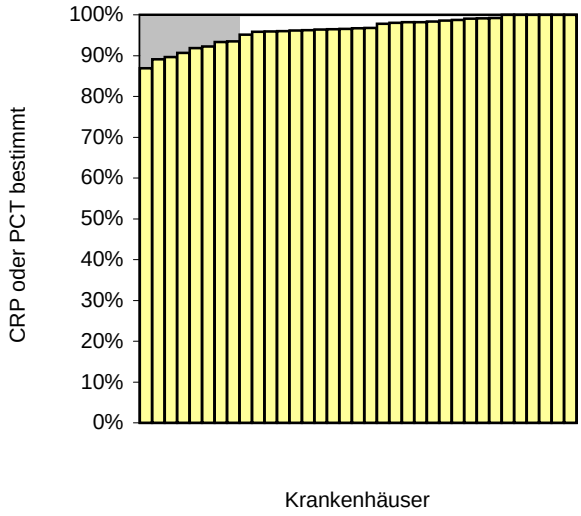
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

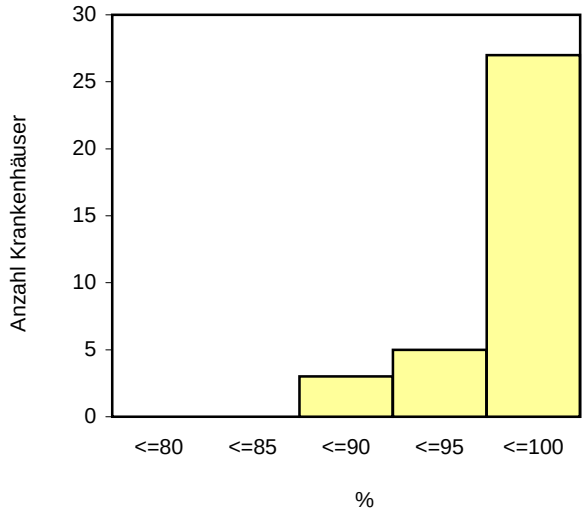
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			6.639 / 6.888	96,4%
Vertrauensbereich				95,9% - 96,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			6.159 / 6.402	96,2%
Vertrauensbereich				95,7% - 96,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2013/PNEU/2015]:
Anteil von Patienten, bei denen das CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme bestimmt wurde, an Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 5 Tagen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

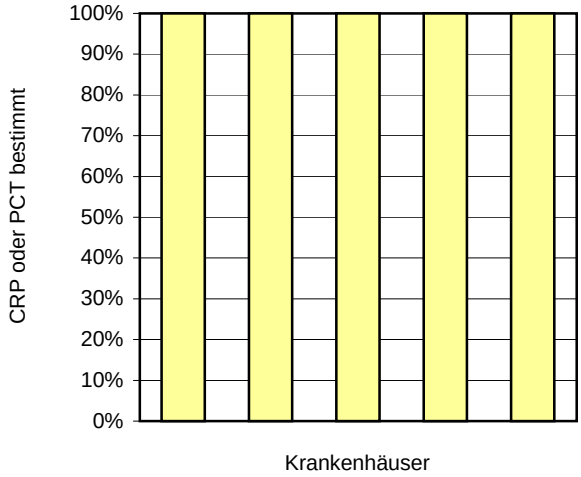
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,9	89,1	90,7	95,1	96,7	99,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens

Qualitätsziel: Häufig eine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens, wenn der CRP- oder PCT-Wert innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes nicht abgefallen ist

Grundgesamtheit: Patienten ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			987 / 1.064	92,8%
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			77 / 1.064	7,2%

Risikoklassen nach CRB-65

Patienten ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:
Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Scorepunkte)
Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Scorepunkte)
Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Scorepunkte)

Indikator-ID:
Risikoklasse 2 (QI 5a): 2013/PNEU/2018
Risikoklasse 3 (QI 5b): 2013/PNEU/2019

Referenzbereich:
Risikoklasse 2: >= 95,0% (Zielbereich)
Risikoklasse 3: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95,0%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Referenzbereich			Sentinel Event

	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	129 / 137 94,2%	784 / 846 92,7%	
Vertrauensbereich		90,7% - 94,2%	
Referenzbereich		>= 95,0%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			7 / 81 7,0 Fälle
Referenzbereich			Sentinel Event

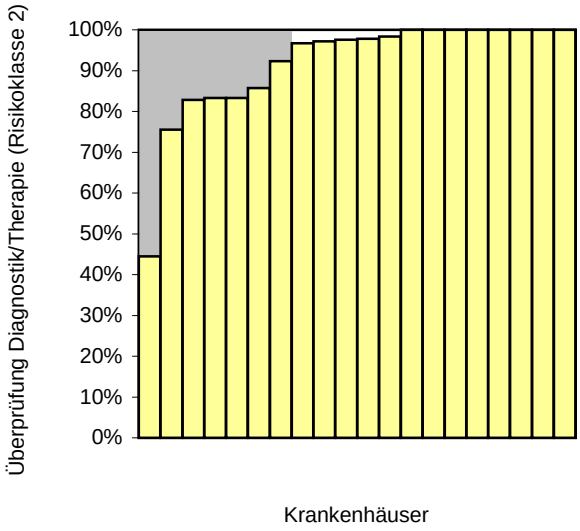
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens[1]			

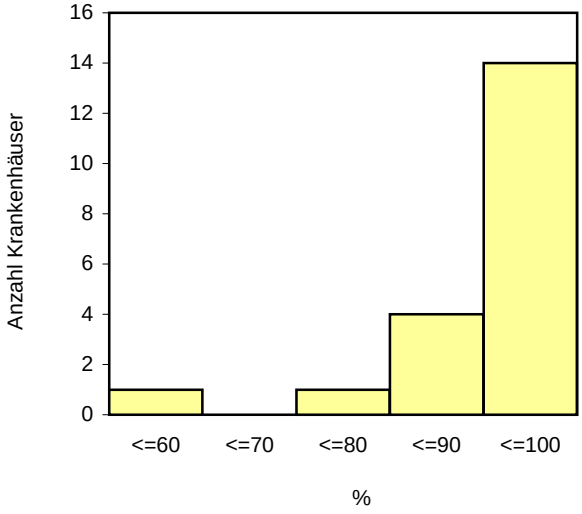
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	108 / 114 94,7%	655 / 691 94,8%	
Vertrauensbereich		92,9% - 96,2%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens[1]			1 / 66 1,0 Fälle

[1] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den komplementären Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch ergeben sich Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/PNEU/2018]:
Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

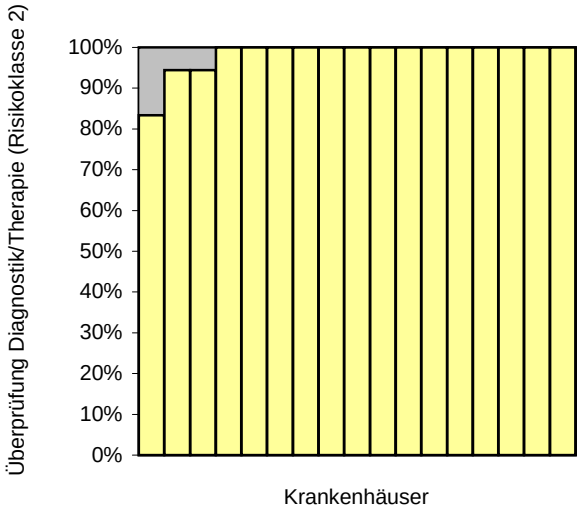
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,4	60,0	79,2	84,5	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

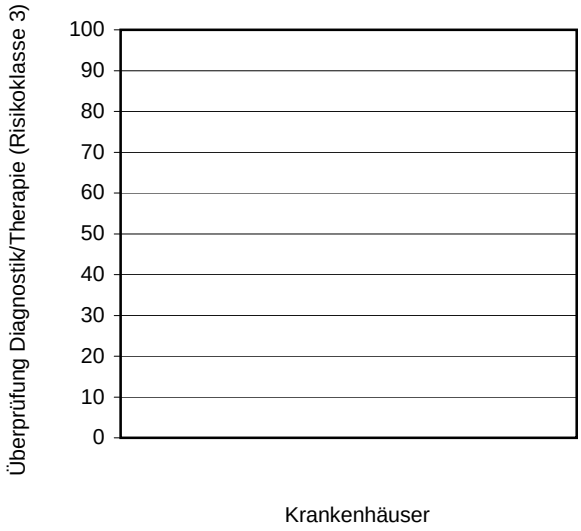


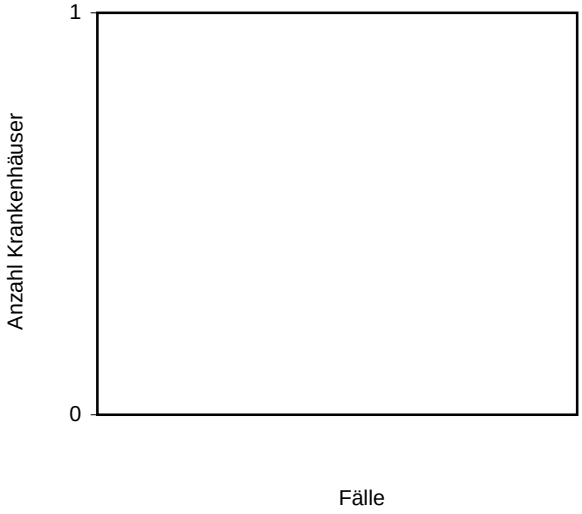
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3		94,4	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/PNEU/2019]:
Anzahl Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens von Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

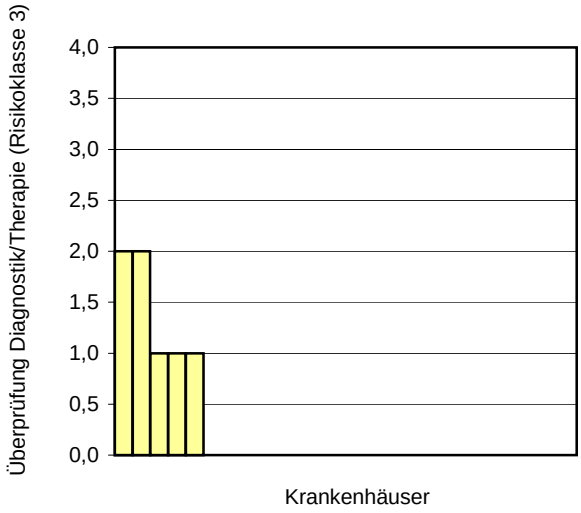
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
26 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
- Behandlung regulär beendet
- Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Indikator-ID: 2013/PNEU/2028

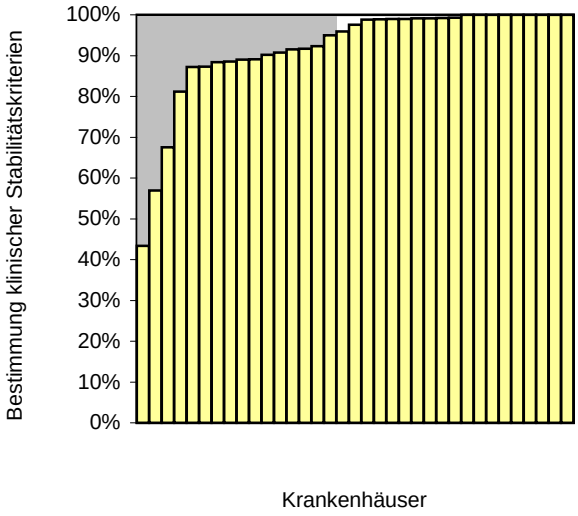
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

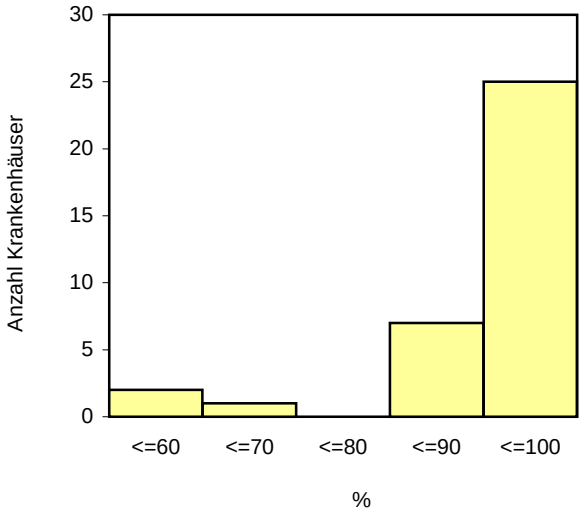
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			4.566 / 5.048	90,5%
Vertrauensbereich				89,6% - 91,2%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Desorientierung			5.048 / 5.048	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.048 / 5.048	100,0%
Spontane Atemfrequenz			4.693 / 5.048	93,0%
Herzfrequenz			5.028 / 5.048	99,6%
Temperatur			5.016 / 5.048	99,4%
Sauerstoffsättigung			4.755 / 5.048	94,2%
Blutdruck systolisch			5.026 / 5.048	99,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			4.336 / 4.828	89,8%
Vertrauensbereich				88,9% - 90,6%
Desorientierung			4.828 / 4.828	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.828 / 4.828	100,0%
Spontane Atemfrequenz			4.445 / 4.828	92,1%
Herzfrequenz			4.810 / 4.828	99,6%
Temperatur			4.806 / 4.828	99,5%
Sauerstoffsättigung			4.561 / 4.828	94,5%
Blutdruck systolisch			4.812 / 4.828	99,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/PNEU/2028]:
Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

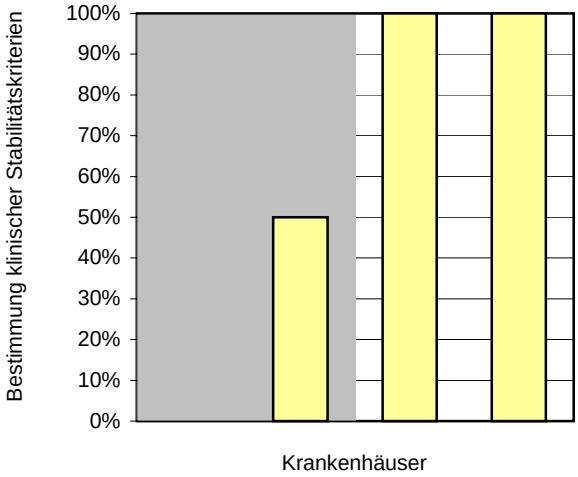
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,3	56,9	81,2	89,0	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			25,0	75,0	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
- Behandlung regulär beendet
- Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Indikator-ID: 2013/PNEU/2036

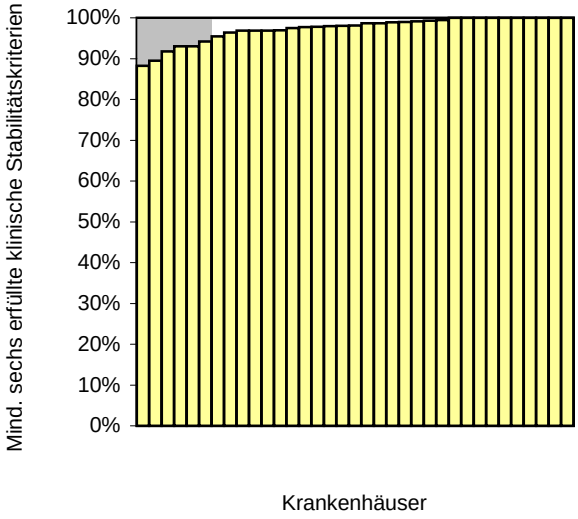
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

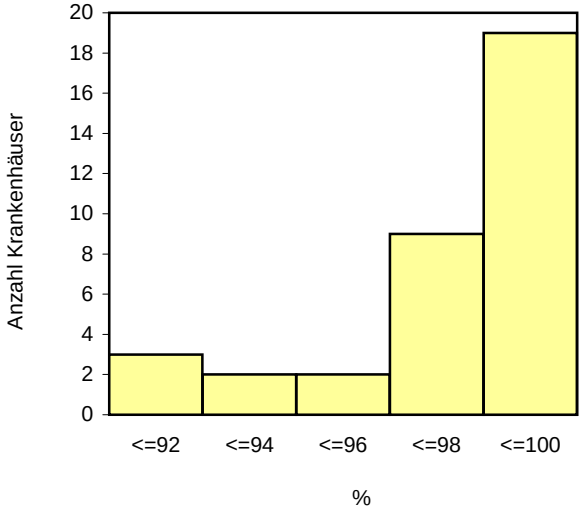
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			4.436 / 4.566	97,2%
Vertrauensbereich				96,6% - 97,6%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.498 / 4.566	98,5%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.431 / 4.566	97,0%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.495 / 4.566	98,4%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.472 / 4.566	97,9%
Temperatur maximal 37,2°C			4.329 / 4.566	94,8%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.387 / 4.566	96,1%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.516 / 4.566	98,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			4.223 / 4.336	97,4%
Vertrauensbereich				96,9% - 97,8%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.305 / 4.336	99,3%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.219 / 4.336	97,3%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.305 / 4.336	99,3%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.290 / 4.336	98,9%
Temperatur maximal 37,2°C			4.196 / 4.336	96,8%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.185 / 4.336	96,5%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.254 / 4.336	98,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2013/PNEU/2036]:
Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

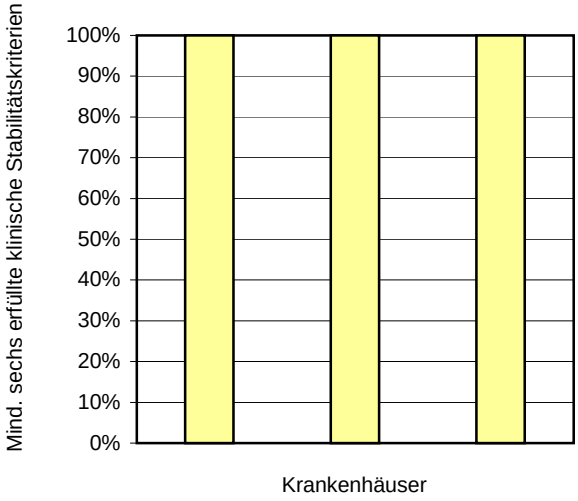
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,3	89,5	93,0	96,8	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Indikator-ID: Gruppe 2 (QI 8a): 2013/PNEU/11878

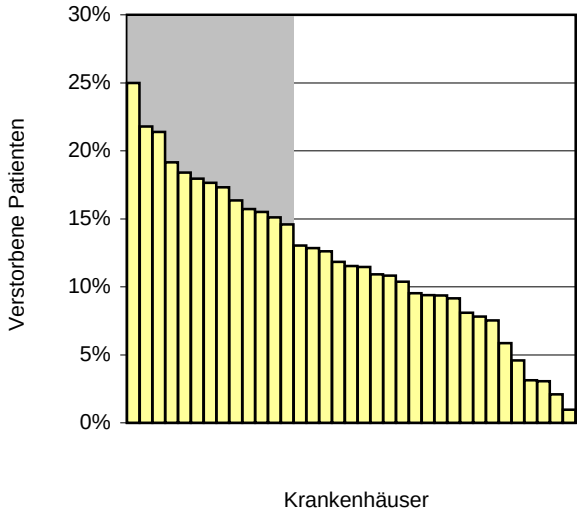
Referenzbereich: Gruppe 2: <= 13,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

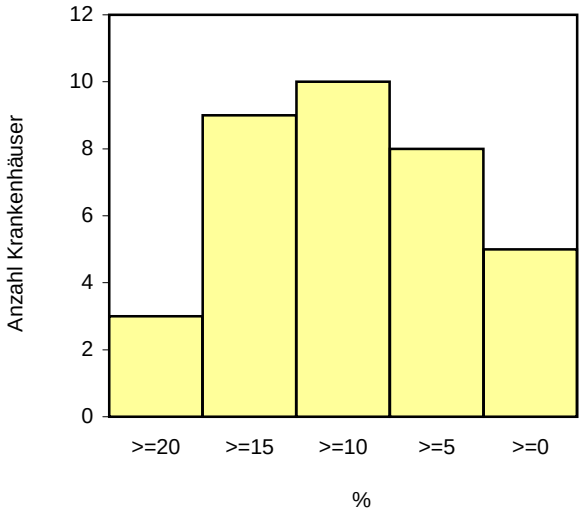
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Verstorbene Patienten			1.232 / 8.183	15,1%
Gruppe 2				
Verstorbene Patienten			955 / 7.645	12,5%
Vertrauensbereich				11,8% - 13,3%
Referenzbereich		<= 13,8%		<= 13,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Verstorbene Patienten			1.017 / 7.530	13,5%
Gruppe 2				
Verstorbene Patienten			815 / 7.162	11,4%
Vertrauensbereich				10,7% - 12,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/PNEU/11878]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

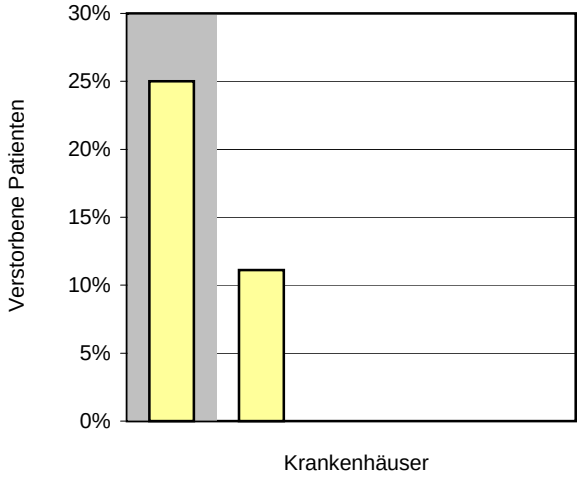
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,0	2,1	3,1	8,1	11,5	16,3	19,2	21,8	25,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	11,1			25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Indikator-ID: (QI 8b): 2013/PNEU/50778

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		955 / 7.645 12,49%
vorhergesagt (E)[1]		718,22 / 7.645 9,39%
O - E		3,10%

[1] Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für QI-ID 50778.

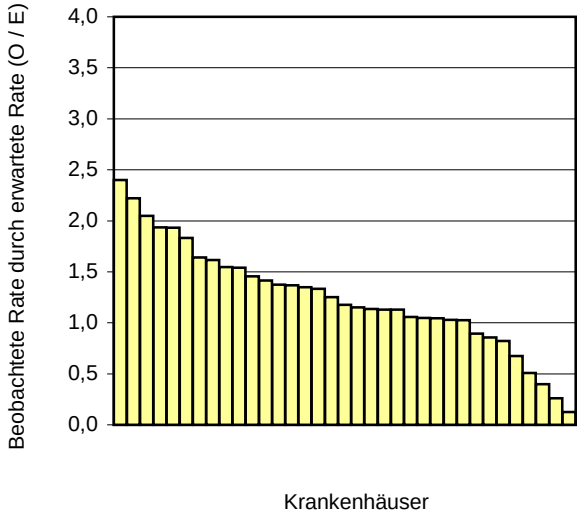
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,33
Vertrauensbereich		1,25 - 1,41
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

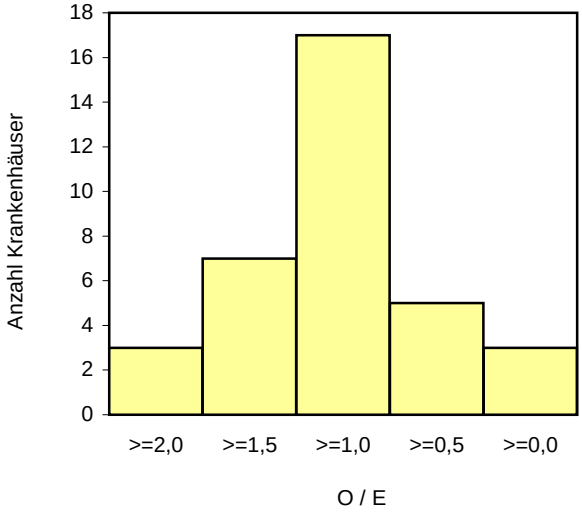
[2] Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen st 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		815 / 7.162 11,38%
vorhergesagt (E)		659,91 / 7.162 9,21%
O - E		2,17%
O / E		1,24
Vertrauensbereich		1,16 - 1,32

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/PNEU/50778]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

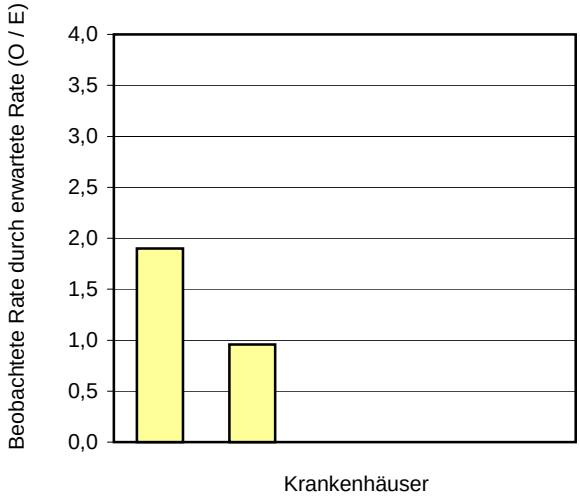
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,12	0,26	0,51	1,02	1,18	1,55	1,93	2,22	2,40

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,96			1,90

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus - Risikoklassen nach CRB-65

Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:
Risikoklasse 1: Geringes Geringes Risiko (0 Scorepunkte)
Risikoklasse 2: Mittleres I Mittleres Risiko (1 bis 2 Scorepunkte)
Risikoklasse 3: Hohes Ri: Hohes Risiko (3 bis 4 Scorepunkte)

Indikator-ID:
Gruppe 2:
Risikoklasse 1 (QI 8c): 2013/PNEU/11879
Risikoklasse 2 (QI 8d): 2013/PNEU/11880
Risikoklasse 3 (QI 8e): 2013/PNEU/11881

Referenzbereich:
Gruppe 2:
Risikoklasse 1: <= 4,4% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Risikoklasse 2: <= 14,4% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Risikoklasse 3: <= 40,7% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 4,4%	<= 14,4%	<= 40,7%

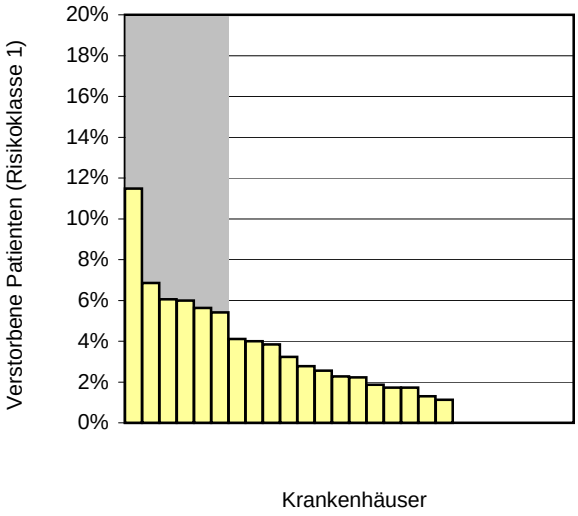
	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	52 / 1.412 3,7%	945 / 6.213 15,2%	235 / 558 42,1%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	43 / 1.370 3,1%	747 / 5.807 12,9%	165 / 468 35,3%
Vertrauensbereich	2,3% - 4,2%	12,0% - 13,7%	31,1% - 39,7%
Referenzbereich	<= 4,4%	<= 14,4%	<= 40,7%

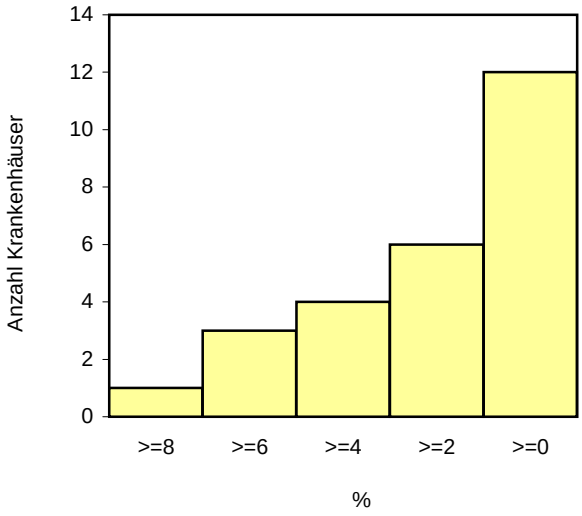
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	35 / 1.406 2,5%	805 / 5.663 14,2%	177 / 461 38,4%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	29 / 1.377 2,1%	668 / 5.392 12,4%	118 / 393 30,0%
Vertrauensbereich	1,5% - 3,0%	11,5% - 13,3%	25,7% - 34,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2013/PNEU/11879]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

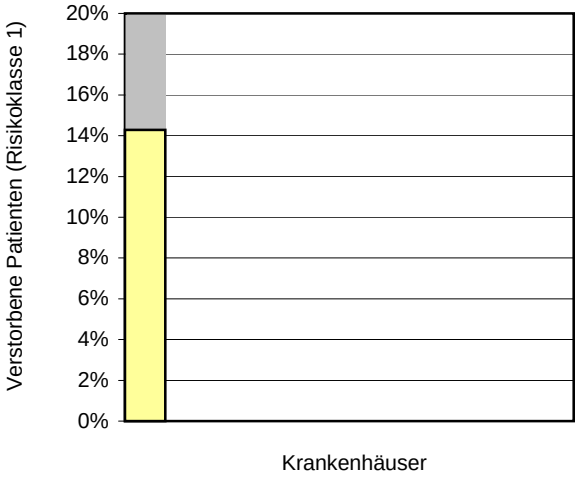
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	4,1	6,1	6,8	11,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

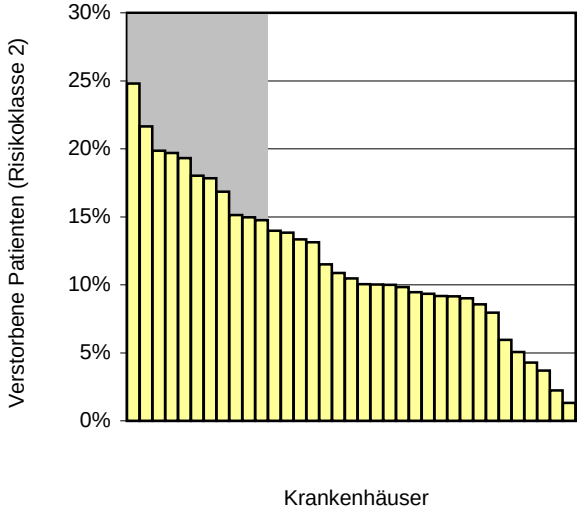


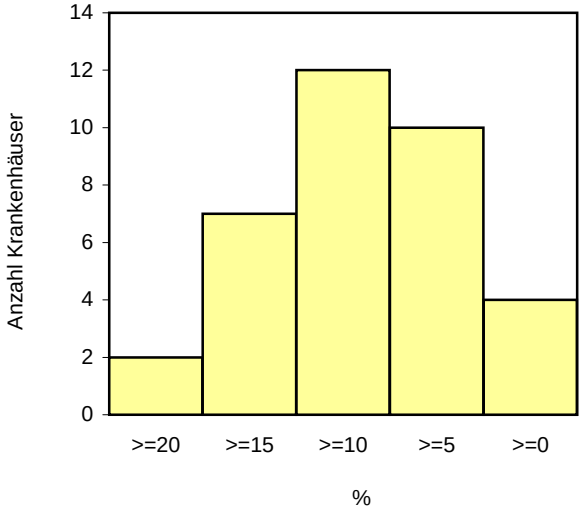
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		14,3

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2013/PNEU/11880]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

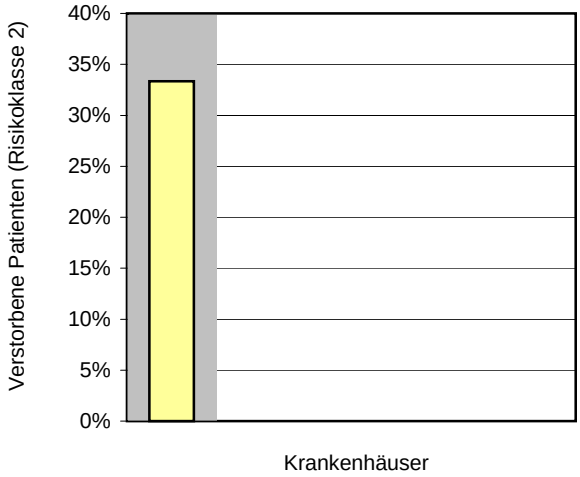
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,3	2,2	4,3	9,0	10,5	15,1	19,7	21,6	24,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

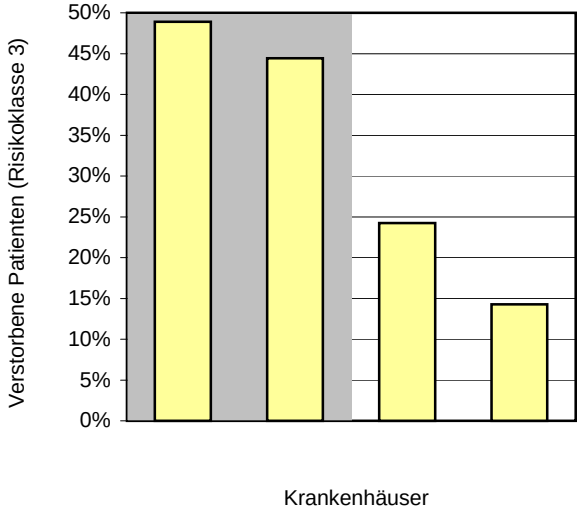


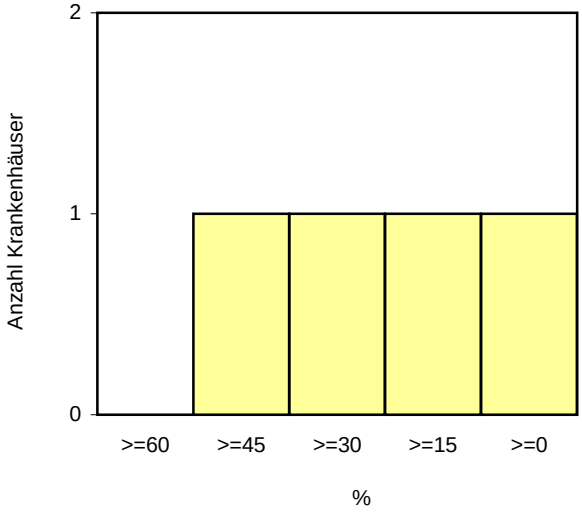
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			33,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2013/PNEU/11881]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

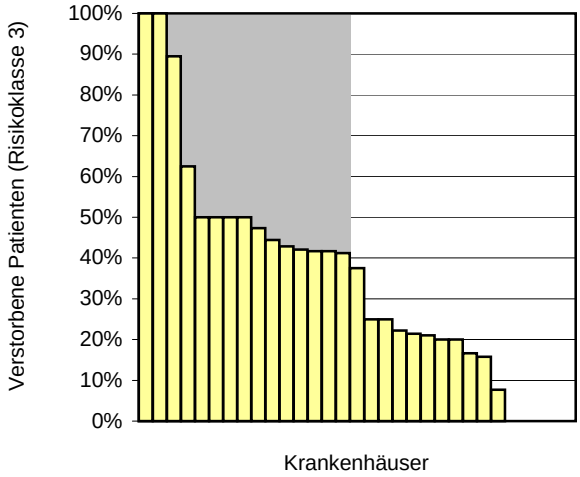
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	14,3			19,3	34,3	46,7			48,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	16,7	37,5	50,0	62,5	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Anzahl der verstorbenen Patienten bezogen auf alle Patienten (Letalitätsrate) nach Altersklassen getrennt

Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			8.183	
18 - 19 Jahre			0 / 14	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 129	0,8%
30 - 39 Jahre			6 / 197	3,0%
40 - 49 Jahre			21 / 349	6,0%
50 - 59 Jahre			44 / 741	5,9%
60 - 69 Jahre			117 / 1.068	11,0%
70 - 79 Jahre			338 / 2.441	13,8%
80 - 89 Jahre			517 / 2.532	20,4%
>= 90 Jahre			188 / 712	26,4%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			7.530	
18 - 19 Jahre			0 / 15	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 182	0,5%
30 - 39 Jahre			3 / 222	1,4%
40 - 49 Jahre			11 / 376	2,9%
50 - 59 Jahre			46 / 663	6,9%
60 - 69 Jahre			86 / 951	9,0%
70 - 79 Jahre			264 / 2.246	11,8%
80 - 89 Jahre			449 / 2.236	20,1%
>= 90 Jahre			157 / 639	24,6%

Anzahl der verstorbenen Patienten bezogen auf alle Patienten (Letalitätsrate) nach Altersklassen getrennt (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			7.645	
18 - 19 Jahre			0 / 14	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 125	0,8%
30 - 39 Jahre			4 / 191	2,1%
40 - 49 Jahre			16 / 337	4,7%
50 - 59 Jahre			40 / 723	5,5%
60 - 69 Jahre			89 / 1.008	8,8%
70 - 79 Jahre			254 / 2.275	11,2%
80 - 89 Jahre			408 / 2.335	17,5%
>= 90 Jahre			143 / 637	22,4%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			7.162	
18 - 19 Jahre			0 / 13	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 176	0,6%
30 - 39 Jahre			3 / 221	1,4%
40 - 49 Jahre			9 / 367	2,5%
50 - 59 Jahre			33 / 633	5,2%
60 - 69 Jahre			66 / 917	7,2%
70 - 79 Jahre			215 / 2.134	10,1%
80 - 89 Jahre			362 / 2.112	17,1%
>= 90 Jahre			126 / 589	21,4%

Anzahl der Verstorbenen nach Altersklassen getrennt jeweils bezogen auf alle verstorbenen Patienten

Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.232 / 8.183	
18 - 19 Jahre			0 / 1.232	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 1.232	0,1%
30 - 39 Jahre			6 / 1.232	0,5%
40 - 49 Jahre			21 / 1.232	1,7%
50 - 59 Jahre			44 / 1.232	3,6%
60 - 69 Jahre			117 / 1.232	9,5%
70 - 79 Jahre			338 / 1.232	27,4%
80 - 89 Jahre			517 / 1.232	42,0%
>= 90 Jahre			188 / 1.232	15,3%

Vorjahresdaten **Gruppe 1**	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.017 / 7.530	
18 - 19 Jahre			0 / 1.017	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 1.017	0,1%
30 - 39 Jahre			3 / 1.017	0,3%
40 - 49 Jahre			11 / 1.017	1,1%
50 - 59 Jahre			46 / 1.017	4,5%
60 - 69 Jahre			86 / 1.017	8,5%
70 - 79 Jahre			264 / 1.017	26,0%
80 - 89 Jahre			449 / 1.017	44,1%
>= 90 Jahre			157 / 1.017	15,4%

Anzahl der Verstorbenen nach Altersklassen getrennt jeweils bezogen auf alle verstorbenen Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			955 / 7.645	
18 - 19 Jahre			0 / 955	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 955	0,1%
30 - 39 Jahre			4 / 955	0,4%
40 - 49 Jahre			16 / 955	1,7%
50 - 59 Jahre			40 / 955	4,2%
60 - 69 Jahre			89 / 955	9,3%
70 - 79 Jahre			254 / 955	26,6%
80 - 89 Jahre			408 / 955	42,7%
>= 90 Jahre			143 / 955	15,0%

Vorjahresdaten **Gruppe 2**	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			815 / 7.162	
18 - 19 Jahre			0 / 815	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 815	0,1%
30 - 39 Jahre			3 / 815	0,4%
40 - 49 Jahre			9 / 815	1,1%
50 - 59 Jahre			33 / 815	4,0%
60 - 69 Jahre			66 / 815	8,1%
70 - 79 Jahre			215 / 815	26,4%
80 - 89 Jahre			362 / 815	44,4%
>= 90 Jahre			126 / 815	15,5%

Qualitätsindikator 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Qualitätsziel: Möglichst immer Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden

Indikator-ID: 2013/PNEU/50722

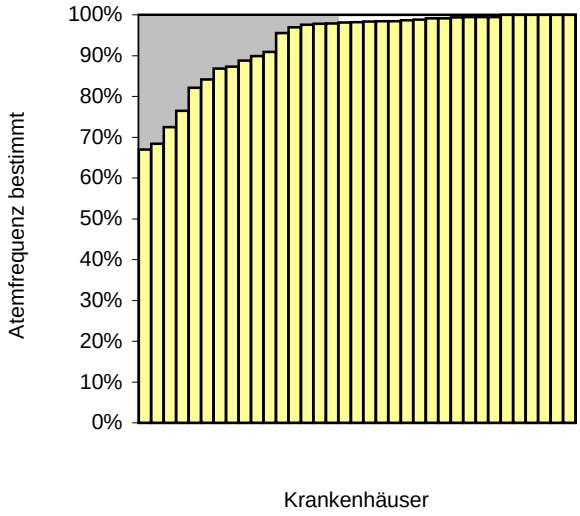
Referenzbereich: >= 98,0% (Zielbereich)

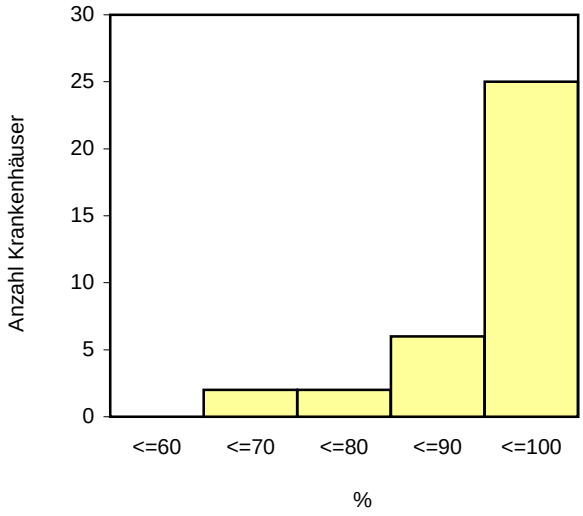
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			7.420 / 8.074	91,9%
Vertrauensbereich				91,3% - 92,5%
Referenzbereich		>= 98,0%		>= 98,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			6.538 / 7.433	88,0%
Vertrauensbereich				87,2% - 88,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2013/PNEU/50722]:
Anteil von Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme an allen Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet wurden

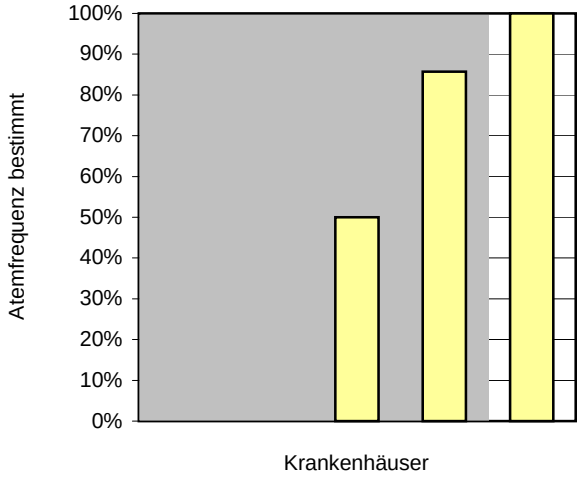
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,0	68,4	76,5	88,8	98,2	99,5	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	50,0	85,7			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 40
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.183
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14279-L88935-P43317

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.809	34,3	2.222	29,5
2. Quartal			2.066	25,2	1.830	24,3
3. Quartal			1.559	19,1	1.558	20,7
4. Quartal			1.749	21,4	1.920	25,5
Gesamt			8.183		7.530	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthalts-dauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		8.183		7.530	
Median			*8,0*		*8,0*
Mittelwert			*9,6*		*9,7*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
4	E86	Volumenmangel
5	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	E87.6	Hypokaliämie
8	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				J18.9	2.461	30,1	J18.9	2.186	29,0
2				I10.00	1.904	23,3	I10.00	1.835	24,4
3				J18.0	1.662	20,3	J18.0	1.672	22,2
4				E86	1.297	15,8	E86	1.250	16,6
5				J18.8	1.196	14,6	J18.8	1.029	13,7
6				E11.90	963	11,8	E11.90	955	12,7
7				E87.6	952	11,6	J18.1	866	11,5
8				J18.1	933	11,4	J96.00	839	11,1

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2012 und ICD-10-GM 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.183 / 8.183		7.530 / 7.530	
18 - 19 Jahre			14 / 8.183	0,2	15 / 7.530	0,2
20 - 29 Jahre			129 / 8.183	1,6	182 / 7.530	2,4
30 - 39 Jahre			197 / 8.183	2,4	222 / 7.530	2,9
40 - 49 Jahre			349 / 8.183	4,3	376 / 7.530	5,0
50 - 59 Jahre			741 / 8.183	9,1	663 / 7.530	8,8
60 - 69 Jahre			1.068 / 8.183	13,1	951 / 7.530	12,6
70 - 79 Jahre			2.441 / 8.183	29,8	2.246 / 7.530	29,8
80 - 89 Jahre			2.532 / 8.183	30,9	2.236 / 7.530	29,7
>= 90 Jahre			712 / 8.183	8,7	639 / 7.530	8,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.183		7.530	
Median				*76,0*		*76,0*
Mittelwert				*73,1*		*72,0*
Geschlecht						
männlich			4.709	57,5	4.328	57,5
weiblich			3.474	42,5	3.202	42,5

Aufnahme

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.057	25,1	1.651	21,9
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			325	4,0	318	4,2
Chronische Bettlägerigkeit			1.955	23,9	1.743	23,1
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung						
ja			109	1,3	97	1,3
nein			8.074	98,7	7.433	98,7
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
nein			5.172	64,1	4.981	67,0
pneumoniebedingt			689	8,5	444	6,0
nicht pneumoniebedingt			2.213	27,4	2.008	27,0
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			7.420		6.538	
Median				*22,0*		*22,0*
Mittelwert				*22,8*		*22,9*
nicht bestimmt			654	8,1	895	12,0
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			8.074		7.433	
Median				*130,0*		*130,0*
Mittelwert				*131,7*		*131,3*
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			8.074		7.433	
Median				*75,0*		*75,0*
Mittelwert				*74,6*		*74,3*

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			156	1,9	139	1,8
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			7.639	93,4	7.017	93,2
4 bis unter 8 Stunden			269	3,3	253	3,4
8 Stunden und später			119	1,5	121	1,6
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			128	1,6	127	1,7
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			6.925	84,6	6.362	84,5
4 bis unter 8 Stunden			623	7,6	541	7,2
8 Stunden und später			507	6,2	500	6,6

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation (mindestens 20 Minuten außerhalb des Bettes)						
keine Mobilisation			1.286	15,7	750	10,0
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			6.278	76,7	6.288	83,5
nach 24 Stunden und später			619	7,6	492	6,5
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes			7.530	92,0	6.843	90,9
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			6.143	81,6	5.756	84,1
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.278	92,1	1.019	93,7
Maschinelle Beatmung						
nein			7.741	94,6	7.198	95,6
ja, ausschließlich nicht-invasiv			145	1,8	102	1,4
ja, ausschließlich invasiv			199	2,4	154	2,0
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			98	1,2	76	1,0
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			442		332	
Median				*101,5*		*105,0*
Mittelwert				*207,5*		*209,6*
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			28	0,3	16	0,2
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				*237,0*		*393,5*
Beatmung mit positivem endexspiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			412	93,2	294	88,6

Verlauf: Dauer der maschinellen Beatmung

(Ausschluss: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und/oder bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)

Dauer der maschinellen Beatmung[1] (Median in Stunden)	Krankenhaus 2013 Anzahl	Gesamt 2013 Anzahl		Gesamt 2012 Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		311		215	
Median			*100,0*		*72,0*
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		68		48	
Median			*260,5*		*186,5*
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		121		80	
Median			*33,0*		*34,5*
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		122		87	
Median			*138,5*		*125,0*
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		7	
Median			*112,0*		*150,0*
Risikoklasse 2 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		88		71	
Median			*173,5*		*135,0*
Risikoklasse 3 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13		9	
Median			*59,0*		*56,0*

[1] Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: Stratifizierte Beatmungsdauer

(Ausschluss: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und/oder bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)

Dauer der maschinellen Beatmung[1] (Median in Stunden)	Krankenhaus 2013 Anzahl	Gesamt 2013 Anzahl		Gesamt 2012 Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		72		61	
Median			*12,0*		*7,0*
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		82		54	
Median			*57,0*		*49,0*
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		35		16	
Median			*120,0*		*122,5*
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		122		84	
Median			*329,5*		*350,5*
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4		9	
Median			*14,0*		*10,0*
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13		5	
Median			*71,0*		*58,0*
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		6		2	
Median			*130,0*		*130,0*
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		45		32	
Median			*333,0*		*352,0*

[1] Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: Stratifizierte Beatmungsdauer (Fortsetzung)

(Ausschluss: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und/oder bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)

Dauer der maschinellen Beatmung[1] (Median in Stunden)	Krankenhaus 2013 Anzahl	Gesamt 2013 Anzahl		Gesamt 2012 Anzahl	
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		53		34	
Median			*12,0*		*8,0*
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		37		27	
Median			*54,0*		*48,0*
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14		5	
Median			*116,5*		*109,0*
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		17		14	
Median			*285,0*		*348,5*
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		15		18	
Median			*9,0*		*4,0*
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		32		22	
Median			*53,5*		*49,0*
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		15		9	
Median			*116,0*		*129,0*
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		60		38	
Median			*323,5*		*322,5*

[1] Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			199	2,4	154	2,0
davon						
Beatmung mit positivem endexspiratorischen Druck von mindestens 5 cm H_2O			194	97,5	147	95,5
Dokumentierter Therapieverzicht Wurde dokumentiert, dass aufgrund der Schwere der Grunderkrankung die Pneumonie-Episode als terminale Manifestation einer chronischen Krankheit eingeschätzt und damit als Therapieziel primär oder im Verlauf die Symptomkontrolle definiert wurde?			538 / 8.183	6,6	368 / 7.530	4,9

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <> 7	Krankenhaus 2013 Anzahl	Krankenhaus 2013 %	Gesamt 2013 Anzahl	Gesamt 2013 %	Gesamt 2012 Anzahl	Gesamt 2012 %
Anzahl Patienten			6.951	84,9	6.513	86,5
Desorientierung						
nein			4.973	71,5	4.770	73,2
pneumoniebedingt			109	1,6	76	1,2
nicht pneumoniebedingt			1.423	20,5	1.286	19,7
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme						
nein			260	3,7	201	3,1
ja			6.236	89,7	5.911	90,8
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			5.915	85,1	5.560	85,4
über 24/min			114	1,6	64	1,0
nicht bestimmt			432	6,2	496	7,6
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung[1]			28	0,4	-	-
Herzfrequenz						
maximal 100/min			6.302	90,7	5.987	91,9
über 100/min			164	2,4	105	1,6
nicht bestimmt			34	0,5	31	0,5
Temperatur						
maximal 37,2° C			6.085	87,5	5.850	89,8
über 37,2° C			366	5,3	237	3,6
nicht bestimmt			46	0,7	37	0,6
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			280	4,0	217	3,3
mindestens 90%			5.835	83,9	5.530	84,9
nicht bestimmt			368	5,3	374	5,7
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			115	1,7	140	2,1
mindestens 90 mmHg			6.345	91,3	5.953	91,4
nicht bestimmt			33	0,5	28	0,4

[1] neuer Schlüsselwert in 2013

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5.096	62,3	4.804	63,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			91	1,1	109	1,4
03: aus sonstigen Gründen			10	0,1	8	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			81	1,0	59	0,8
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	2	0,0
06: Verlegung			326	4,0	320	4,2
07: Tod			1.232	15,1	1.017	13,5
08: Verlegung nach § 14			6	0,1	6	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			85	1,0	50	0,7
10: in Pflegeeinrichtung			1.231	15,0	1.106	14,7
11: in Hospiz			7	0,1	5	0,1
12: interne Verlegung			0	0,0	3	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,0	2	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	3	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,0	2	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			12	0,1	22	0,3
18: Rückverlegung			0	0,0	2	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	4	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	1	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,0
22: Fallabschluss			1	0,0	3	0,0

[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
16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
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
19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <> 7)	Krankenhaus 2013 Anzahl	Krankenhaus 2013 %	Gesamt 2013 Anzahl	Gesamt 2013 %	Gesamt 2012 Anzahl	Gesamt 2012 %
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflege-einrichtung erfolgte			5.486	78,9	5.331	81,9
davon						
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			244	4,4	300	5,6

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.232 / 8.183	15,1	1.017 / 7.530	13,5
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			592 / 2.057	28,8	469 / 1.651	28,4
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			36 / 109	33,0	33 / 97	34,0
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			51 / 325	15,7	36 / 318	11,3
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus			1.181 / 7.858	15,0	981 / 7.212	13,6
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			10 / 28	35,7	1 / 16	6,3
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus und **nicht** aus stationärer Pflegeeinrichtung			589 / 5.801	10,2	512 / 5.561	9,2
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			172 / 442	38,9	131 / 332	39,5
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			42 / 145	29,0	38 / 102	37,3
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			89 / 199	44,7	66 / 154	42,9
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			41 / 98	41,8	27 / 76	35,5

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			955 / 7.645	12,5	815 / 7.162	11,4
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			465 / 1.823	25,5	369 / 1.483	24,9
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			26 / 94	27,7	23 / 81	28,4
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			37 / 303	12,2	28 / 306	9,2
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus			918 / 7.342	12,5	787 / 6.856	11,5
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			6 / 24	25,0	1 / 16	6,3
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus und **nicht** aus stationärer Pflegeeinrichtung			453 / 5.519	8,2	418 / 5.373	7,8
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			129 / 382	33,8	91 / 283	32,2
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			26 / 121	21,5	20 / 82	24,4
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			71 / 174	40,8	51 / 134	38,1
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			32 / 87	36,8	20 / 67	29,9

Ambulant erworbene Pneumonie
Risikoadjustierung mit dem logistischen Pneumonie-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter www.sqg.de.

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 Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für ein Qualitätsindikator 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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

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.
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:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% 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)

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.
Anstelle des Referenzbereichs wird 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".

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 <= 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 <= 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 2013.

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:<= 2,5%
5 von 200 = 2,5% <= 2,5% (unauffällig)
5 von 195 = 2,6% (gerundet) > 2,5% (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 <= 2,5%
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 scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten” und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

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 unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

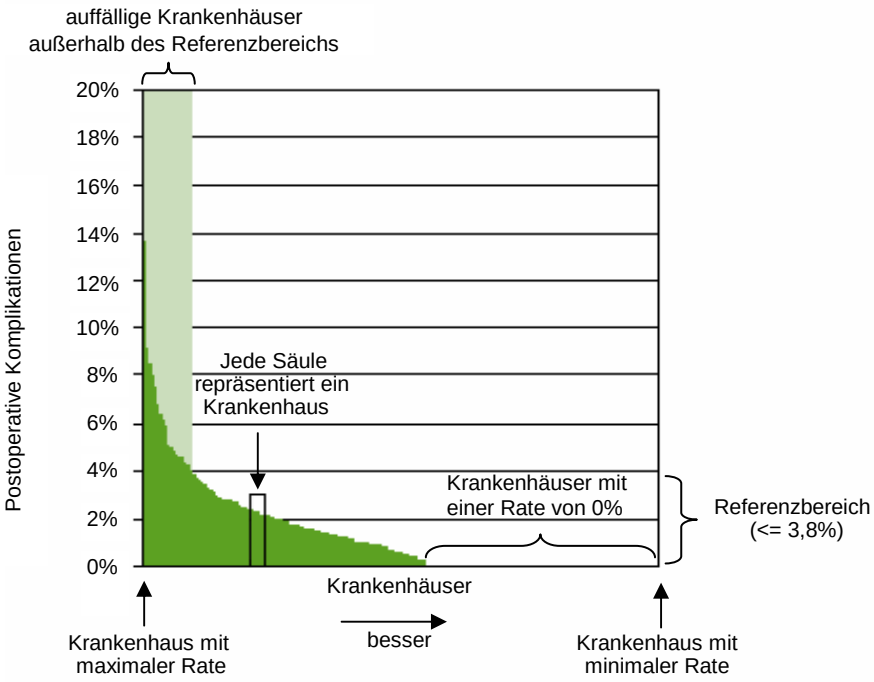
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

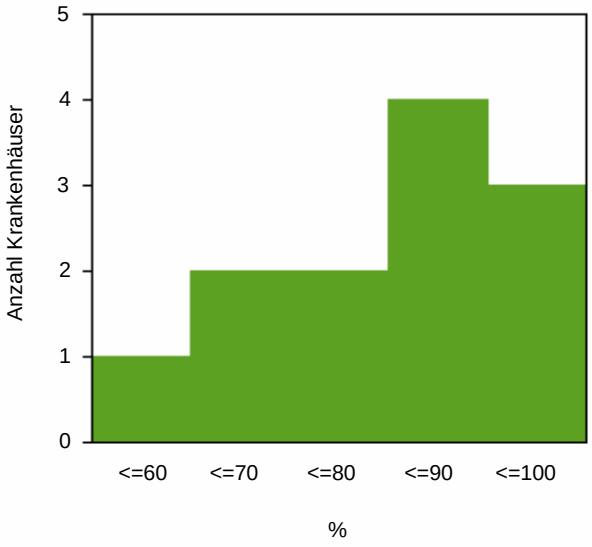
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: <= 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 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. 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.

6. 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. 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).

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 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.
Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

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 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe
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 zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen 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.

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 Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.