

Jahresauswertung 2012 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 71
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.894
Datensatzversion: PNEU 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12540-L81744-P38721

Jahresauswertung 2012 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 71
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.894
Datensatzversion: PNEU 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12540-L81744-P38721

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
1a: 2012/PNEU/2005					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			96,2%	>= 95,0%	1.1
1b: 2012/PNEU/2006					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			96,3%	nicht definiert	1.1
1c: 2012/PNEU/2007					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			92,8%	nicht definiert	1.1
2012/PNEU/2009					
QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			92,3%	>= 90,0%	1.6
QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme					
3a: 2012/PNEU/2012					
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			95,8%	>= 90,2%	1.10
3b: 2012/PNEU/2013					
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			92,1%	>= 80,5%	1.10
2012/PNEU/2015					
QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme			96,7%	>= 95,0%	1.14

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens					
5a: 2012/PNEU/2018					
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			95,3%	>= 95,0%	1.16
5b: 2012/PNEU/2019					
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			96,6%	>= 95,0%	1.16
2012/PNEU/2028					
QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			92,0%	>= 95,0%	1.20
2012/PNEU/2036					
QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			98,1%	>= 95,0%	1.23
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus					
8a: 2012/PNEU/11878					
Sterblichkeit im Krankenhaus			10,7%	<= 14,4%	1.26
8b: 2012/PNEU/50778					
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,97	nicht definiert	1.28
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:					
8c: 2012/PNEU/11879					
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			1,8%	<= 4,8%	1.30
8d: 2012/PNEU/11880					
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			11,2%	<= 15,2%	1.30
8e: 2012/PNEU/11881					
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			27,8%	<= 40,9%	1.30
2012/PNEU/50722					
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			91,7%	>= 98,0%	1.39

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 Confusion) |
| o Spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$ | (Respiratory rate) |
| o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) | (Blood 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:

- o Antimikrobielle Therapie,
- o Frühmobilisation,
- o Verlaufskontrolle CRP / PCT,
- o Überprüfung Diagnostik / Therapie,
- o Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien und
- o 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:	2012/PNEU/2005
	Gruppe 2:	2012/PNEU/2006
	Gruppe 3:	2012/PNEU/2007
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	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			
Referenzbereich	>= 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

	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	11.439 / 11.894	11.103 / 11.532	336 / 362
Vertrauensbereich	95,8% - 96,5%	95,9% - 96,6%	89,7% - 95,1%
Referenzbereich	>= 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	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			

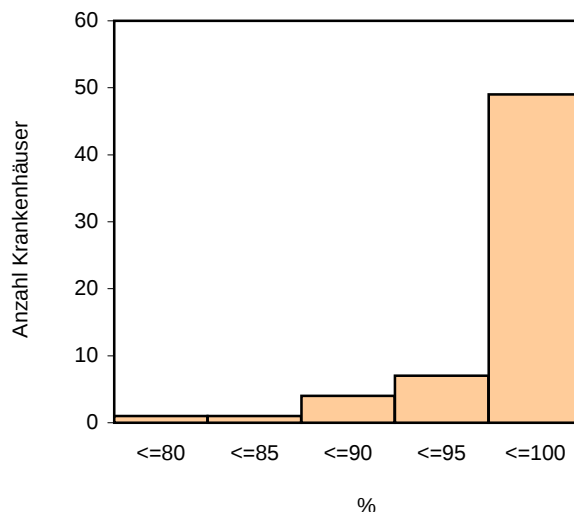
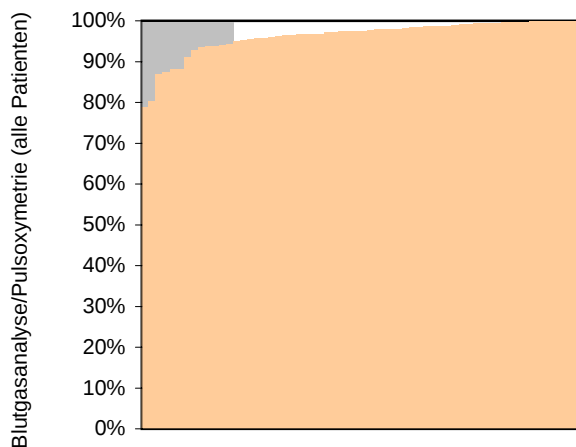
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	11.147 / 11.649	10.762 / 11.240	385 / 409
	95,7%	95,7%	94,1%
Vertrauensbereich	95,3% - 96,0%	95,4% - 96,1%	91,4% - 96,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2012/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:

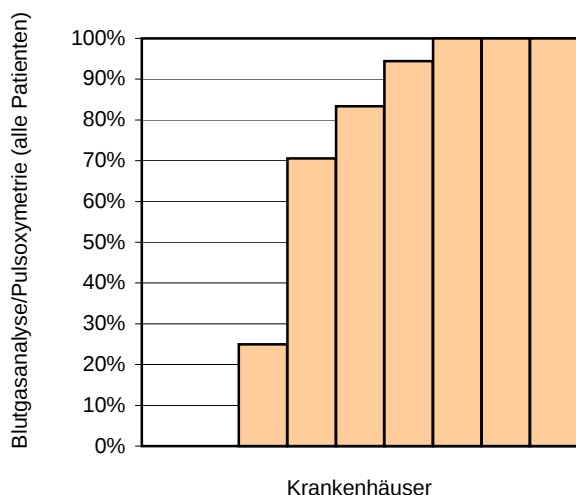
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,8	87,3	91,1	95,3	97,4	99,2	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	83,3	100,0			100,0

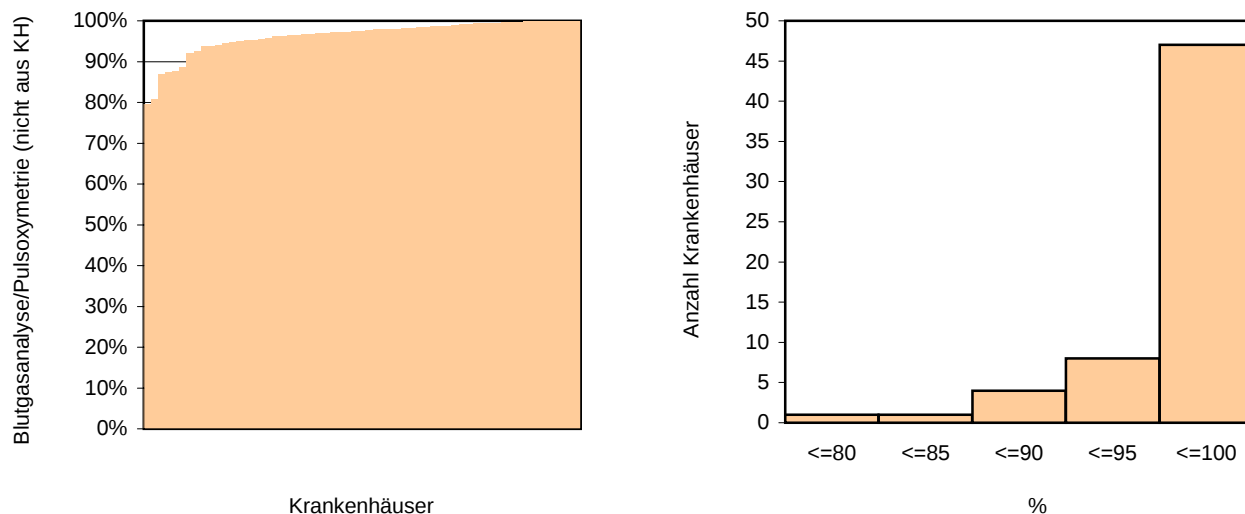
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2012/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:

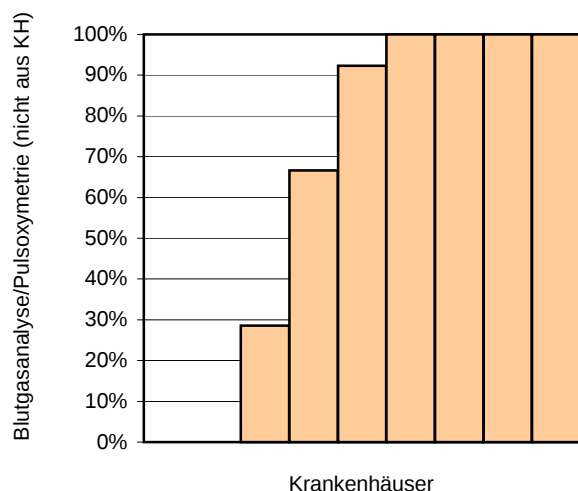
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,5	87,3	91,9	95,2	97,4	99,2	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			28,6	92,3	100,0			100,0

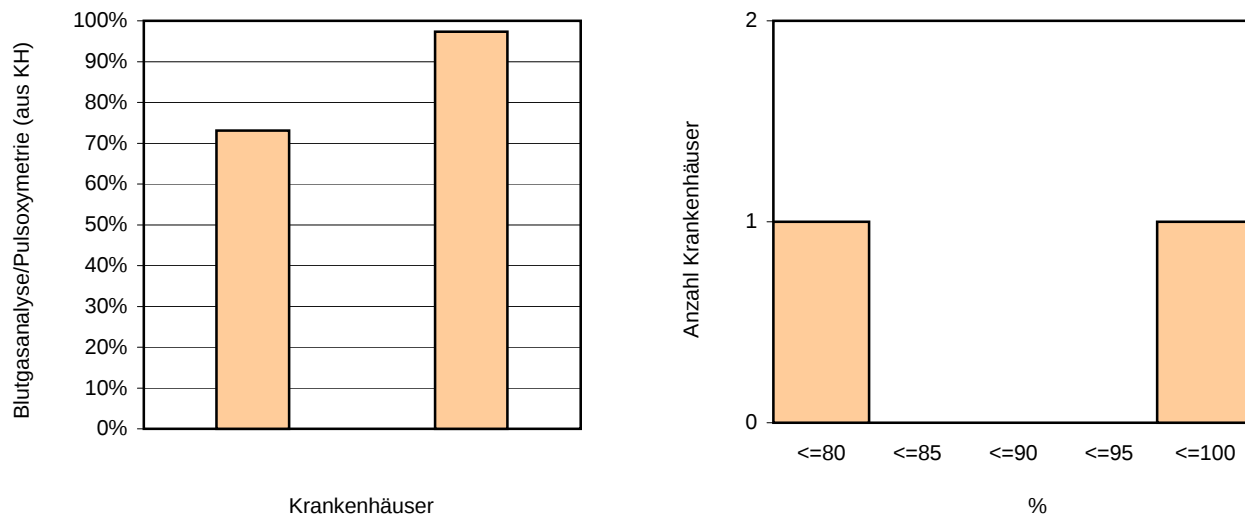
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2012/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:

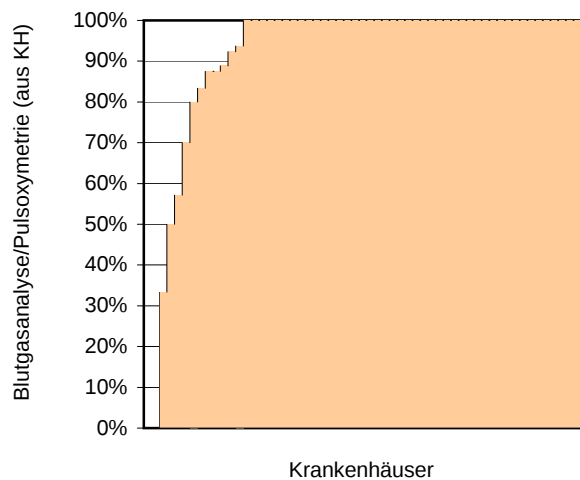
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,1				85,2				97,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

57 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	33,3	70,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

12 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:	2012/PNEU/2009
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	10.068 / 10.935	9.783 / 10.604	285 / 331
	92,1%	92,3%	86,1%
Vertrauensbereich		91,7% - 92,8%	
Referenzbereich		>= 90,0%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	117 / 10.935	105 / 10.604	12 / 331
	1,1%	1,0%	3,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

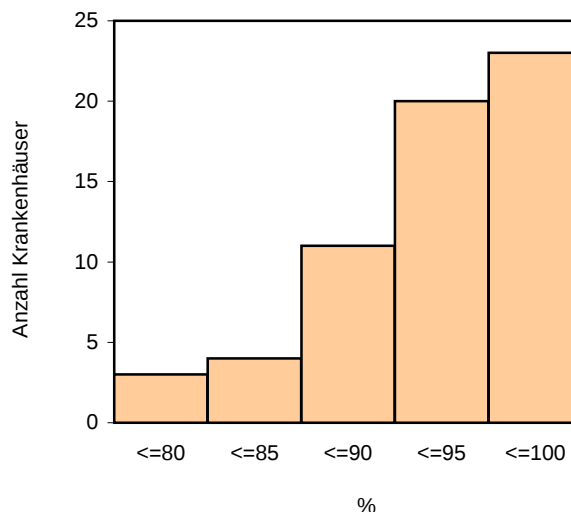
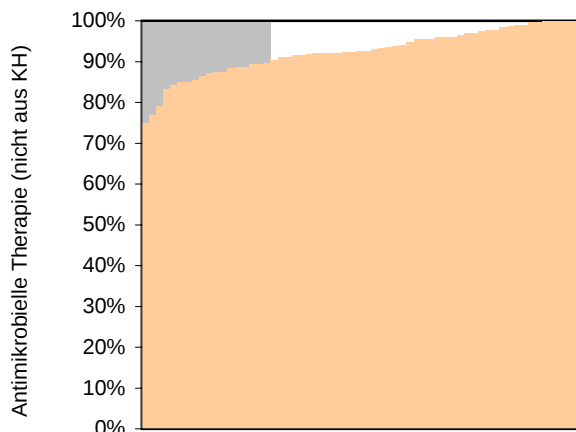
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	10.277 / 11.184 91,9%	9.937 / 10.800 92,0% 91,5% - 92,5%	340 / 384 88,5%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	169 / 11.184 1,5%	150 / 10.800 1,4%	19 / 384 4,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/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:

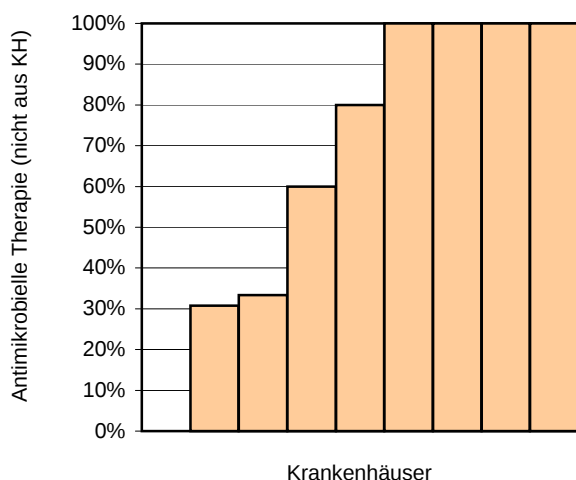
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	83,2	85,0	89,3	92,5	96,9	99,6	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			33,3	80,0	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat 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 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Gesamt 2012			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.677 / 1.845 90,9%	7.704 / 8.374 92,0%	687 / 716 95,9%

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 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Gesamt 2012			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.635 / 1.796 91,0%	7.513 / 8.147 92,2%	635 / 661 96,1%

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 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			6.930 / 7.480	92,6%

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: 2012/PNEU/2012
Risikoklasse 2: 2012/PNEU/2013

Referenzbereich:
Risikoklasse 1: >= 90,2% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Risikoklasse 2: >= 80,5% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 90,2%	>= 80,5%	

	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.519 / 1.586	5.192 / 5.635	219 / 259
Vertrauensbereich	95,8%	92,1%	84,6%
Referenzbereich	94,7% - 96,7%	91,4% - 92,8%	
	>= 90,2%	>= 80,5%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

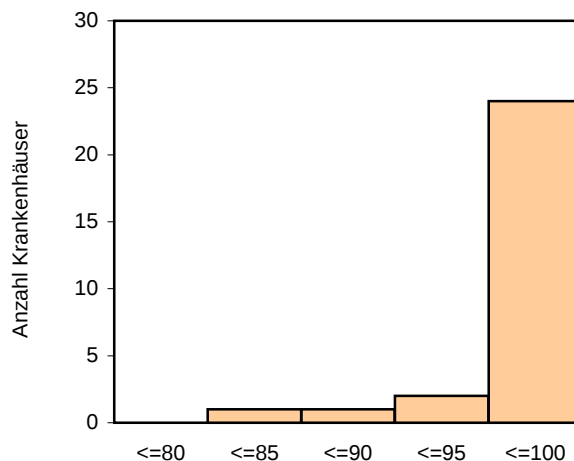
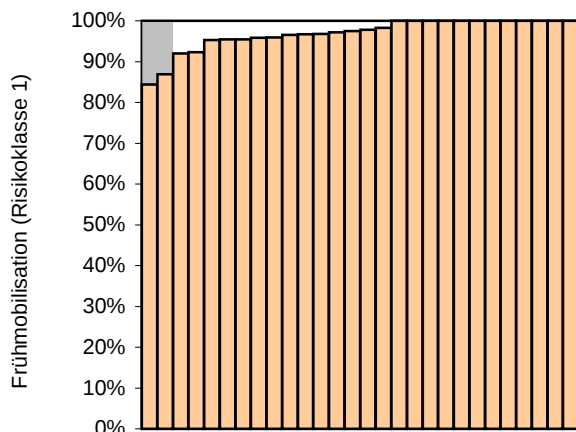
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.721 / 1.802 95,5% 94,4% - 96,4%	4.877 / 5.374 90,8% 89,9% - 91,5%	218 / 241 90,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/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:

28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



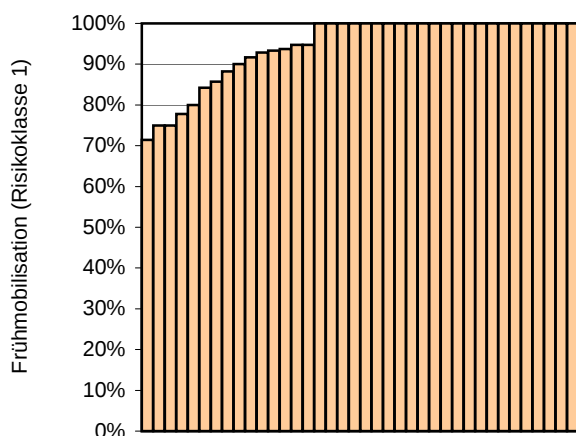
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,4	86,9	92,0	95,6	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

38 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,4	75,0	77,8	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

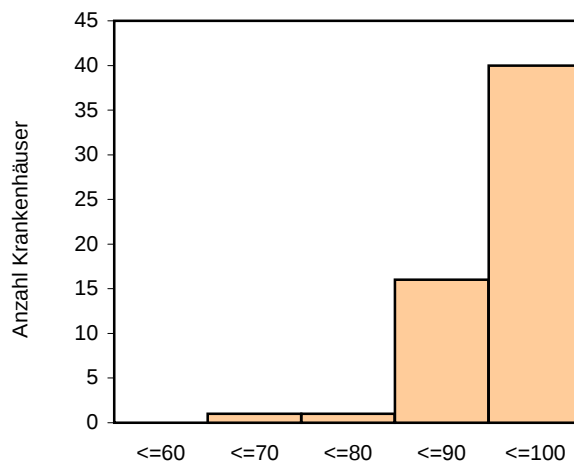
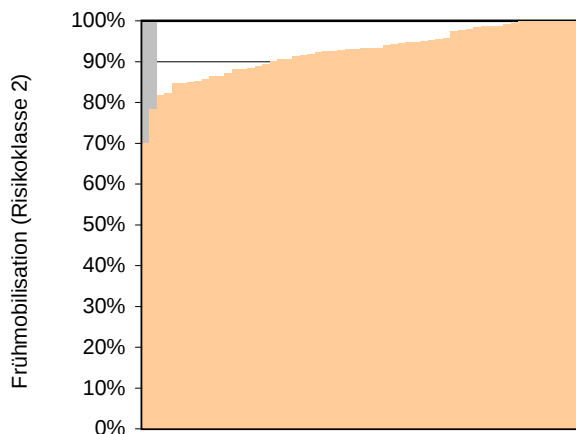
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/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:

58 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



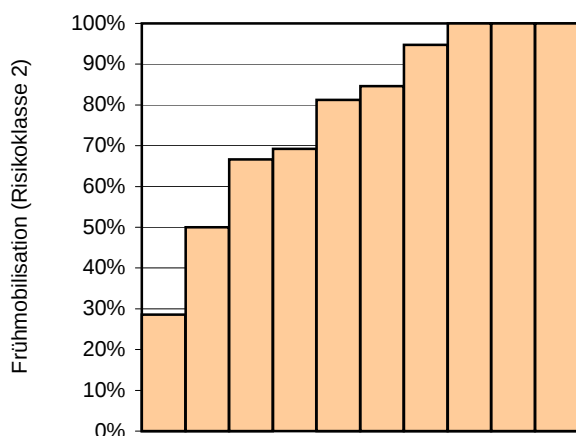
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,9	81,7	84,8	88,5	93,1	98,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6		39,3	66,7	82,9	100,0	100,0		100,0

3 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:	2012/PNEU/2015
Referenzbereich:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			9.683 / 10.014	96,7%
Vertrauensbereich				96,3% - 97,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

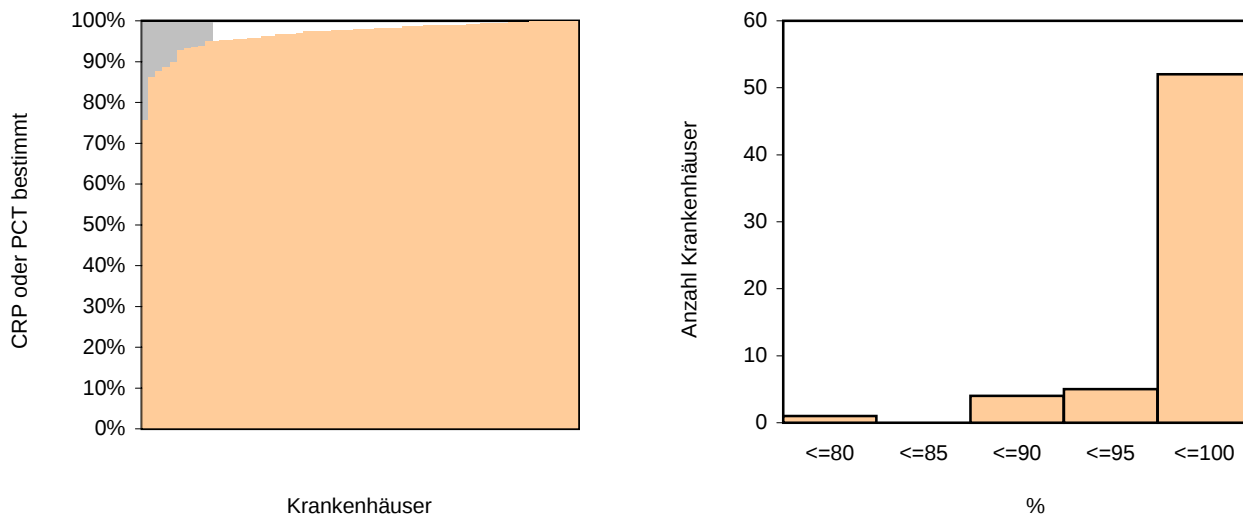
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			9.787 / 10.218	95,8%
Vertrauensbereich				95,4% - 96,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2012/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:

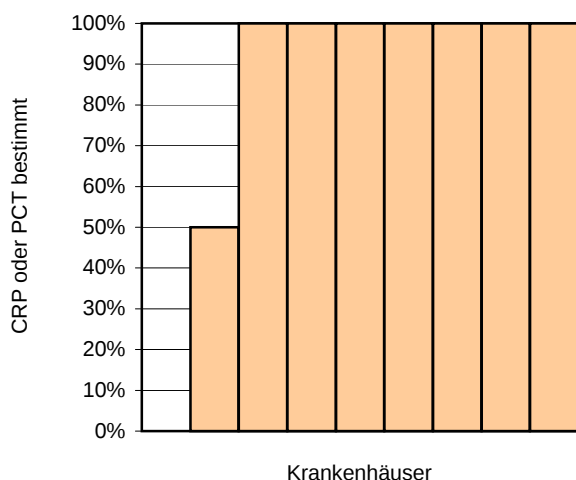
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,6	88,6	93,2	95,7	97,9	99,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			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 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.611 / 1.688	95,4%

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: 2012/PNEU/2018
- Risikoklasse 3: 2012/PNEU/2019

Referenzbereich:

- Risikoklasse 2: >= 95,0% (Zielbereich)
- Risikoklasse 3: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 95,0%

	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	197 / 206	1.299 / 1.363	115 / 119
Vertrauensbereich	95,6%	95,3%	96,6%
Referenzbereich		94,0% - 96,3%	91,7% - 98,7%
		>= 95,0%	>= 95,0%

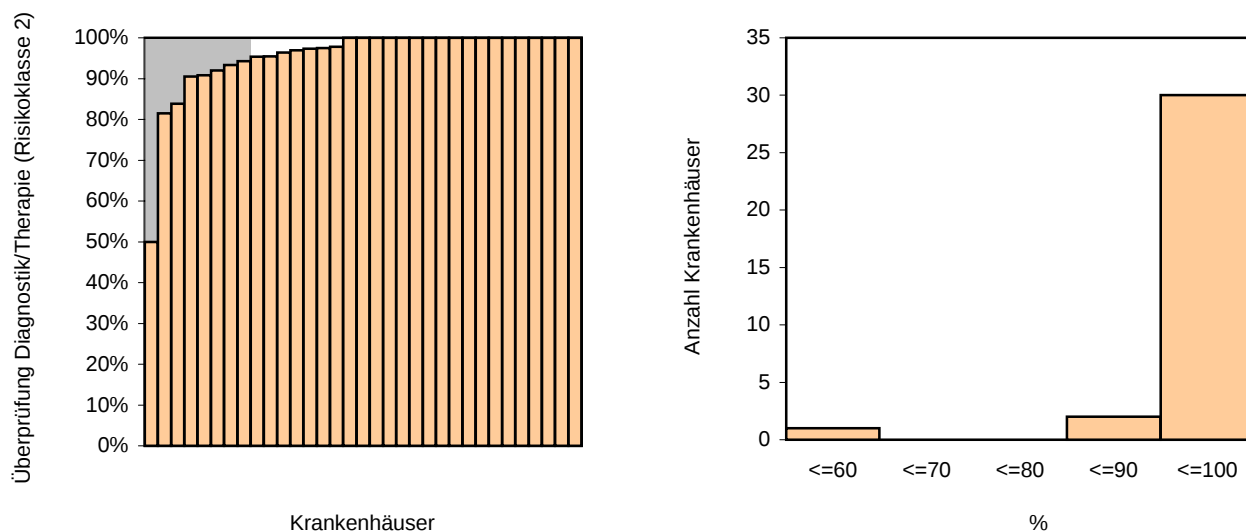
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	182 / 187 97,3%	1.333 / 1.403 95,0% 93,7% - 96,0%	121 / 125 96,8% 92,1% - 98,7%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/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:

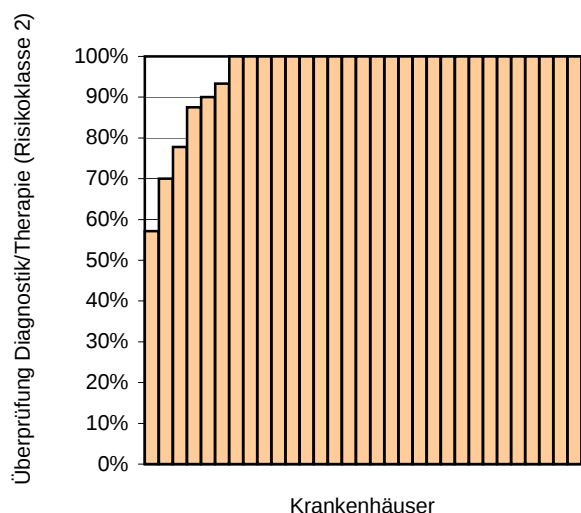
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	81,5	90,5	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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
	57,1	70,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

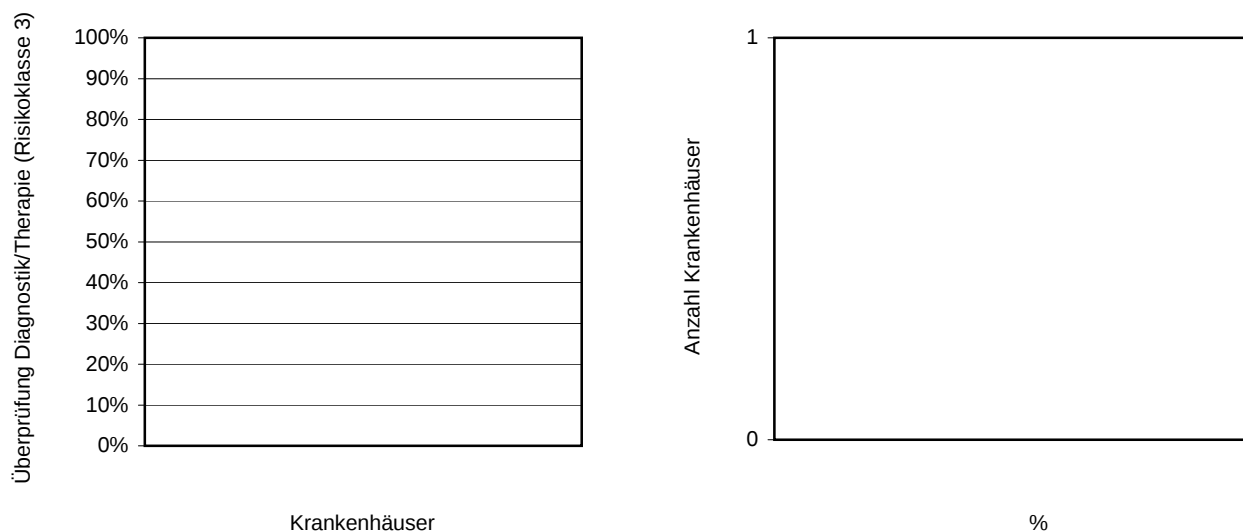
7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/PNEU/2019]:

Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

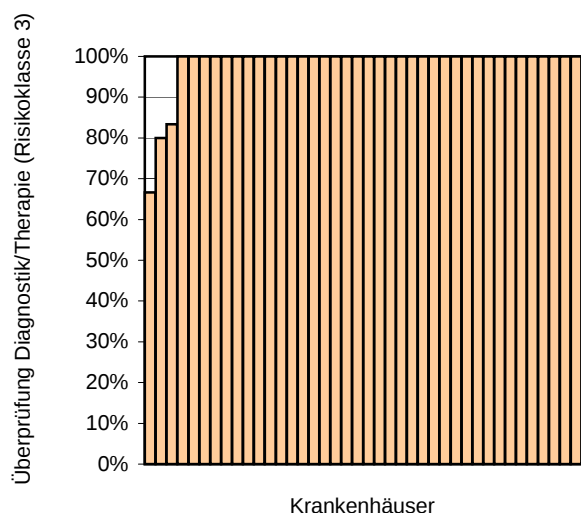
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

40 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	81,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

31 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 dem Entlassungsgrund:
 - 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: 2012/PNEU/2028

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			7.162 / 7.785	92,0%
Vertrauensbereich				91,4% - 92,6%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Desorientierung			7.785 / 7.785	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.785 / 7.785	100,0%
Spontane Atemfrequenz			7.300 / 7.785	93,8%
Herzfrequenz			7.763 / 7.785	99,7%
Temperatur			7.775 / 7.785	99,9%
Sauerstoffsättigung			7.414 / 7.785	95,2%
Blutdruck systolisch			7.763 / 7.785	99,7%

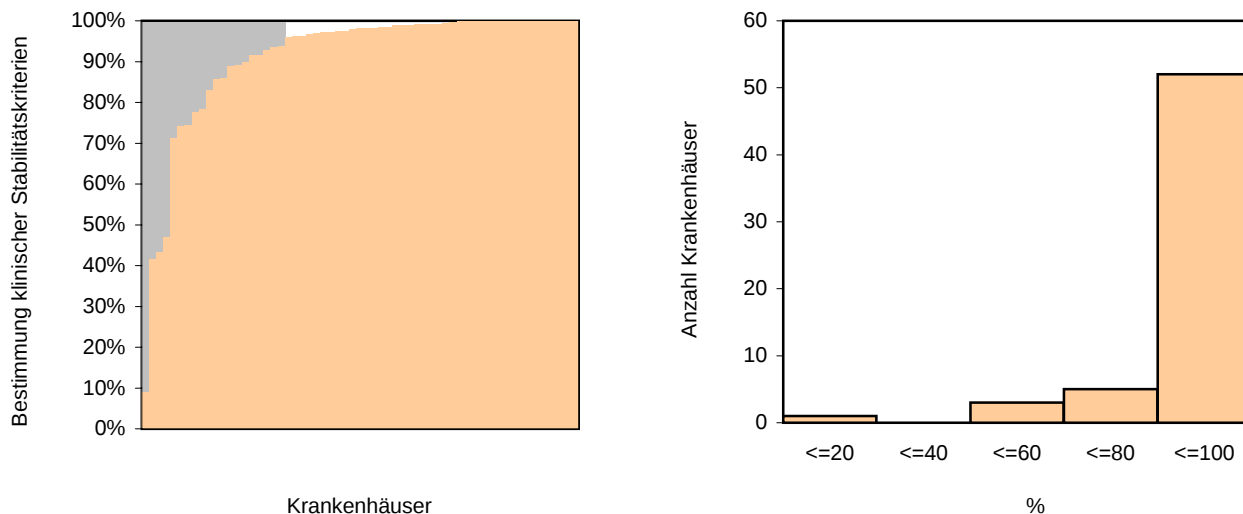
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			7.116 / 7.740	91,9%
Vertrauensbereich				91,3% - 92,5%
Desorientierung			7.740 / 7.740	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.740 / 7.740	100,0%
Spontane Atemfrequenz			7.345 / 7.740	94,9%
Herzfrequenz			7.711 / 7.740	99,6%
Temperatur			7.717 / 7.740	99,7%
Sauerstoffsättigung			7.346 / 7.740	94,9%
Blutdruck systolisch			7.671 / 7.740	99,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2012/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:

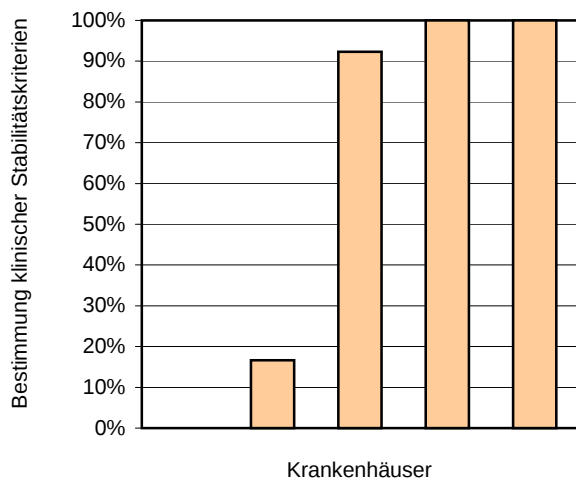
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,0	47,0	74,5	91,6	98,1	100,0	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			16,7	92,3	100,0			100,0

5 Krankenhäuser haben 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 dem Entlassungsgrund:
 - 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: 2012/PNEU/2036

Referenzbereich: $\geq 95,0\%$ (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			7.024 / 7.162	98,1%
Vertrauensbereich				97,7% - 98,4%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			7.110 / 7.162	99,3%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.012 / 7.162	97,9%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			7.035 / 7.162	98,2%
Herzfrequenz maximal 100/min			7.079 / 7.162	98,8%
Temperatur maximal 37,2°C			6.952 / 7.162	97,1%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			6.907 / 7.162	96,4%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			7.005 / 7.162	97,8%

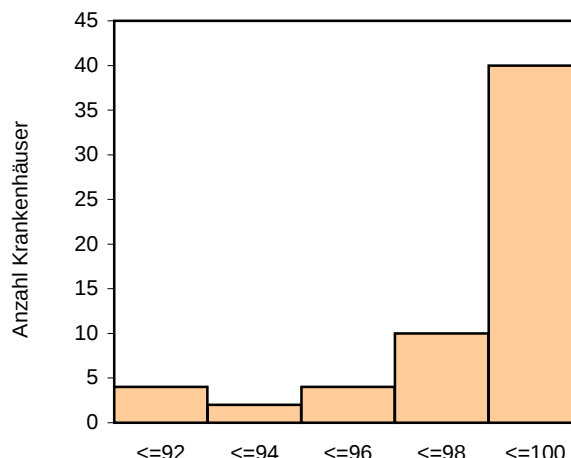
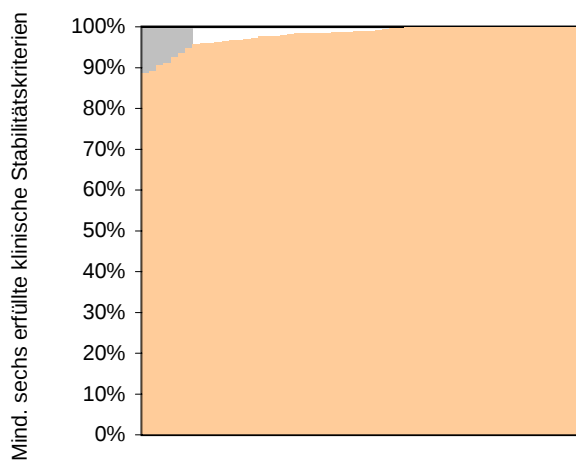
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			7.045 / 7.116	99,0% 98,7% - 99,2%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			7.089 / 7.116	99,6%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.911 / 7.116	97,1%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			7.044 / 7.116	99,0%
Herzfrequenz maximal 100/min			7.066 / 7.116	99,3%
Temperatur maximal 37,2°C			7.081 / 7.116	99,5%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			6.940 / 7.116	97,5%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			6.992 / 7.116	98,3%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2012/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:

60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



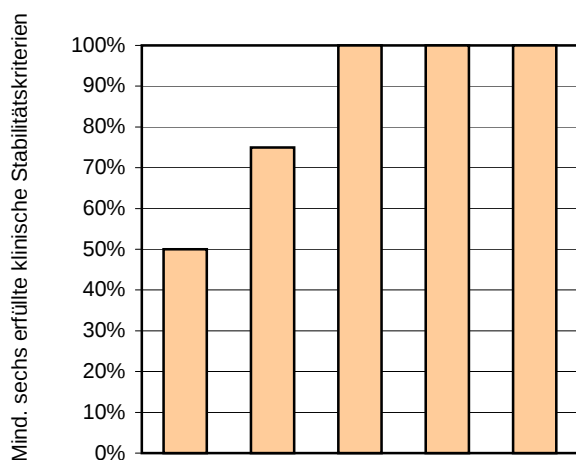
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,6	90,9	94,2	97,1	98,9	100,0	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.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0			75,0	100,0	100,0			100,0

6 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: 2012/PNEU/11878

Referenzbereich: Gruppe 2: <= 14,4% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.737 / 11.894	14,6%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.167 / 10.935	10,7%
Vertrauensbereich				10,1% - 11,3%
Referenzbereich		<= 14,4%		<= 14,4%

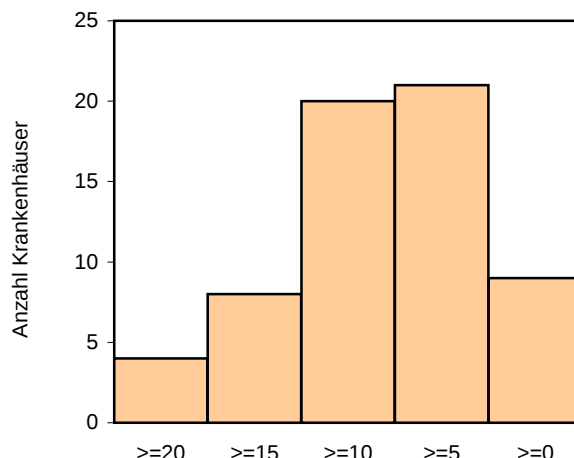
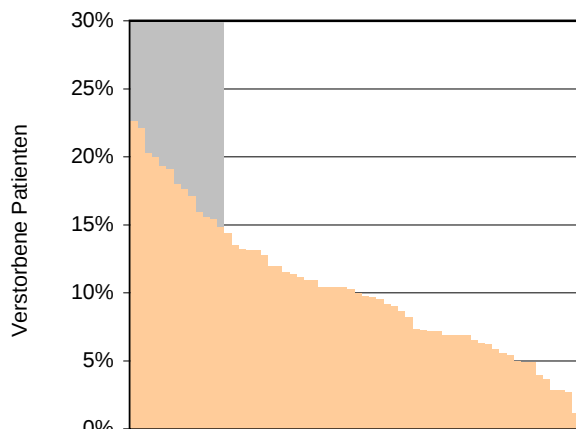
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.576 / 11.649	13,5%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.342 / 11.184	12,0%
Vertrauensbereich				11,4% - 12,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/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:

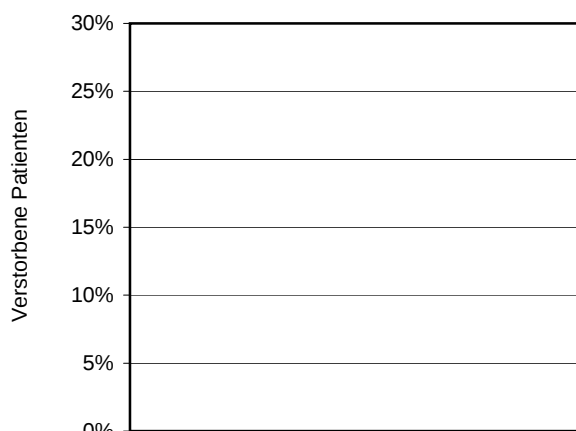
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,1	2,9	4,9	6,8	10,1	13,2	18,0	20,0	22,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Pneumonie-Score 8b unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Indikator-ID: 2012/PNEU/50778

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		992 / 9.926 9,99%
vorhergesagt (E) ¹		1.025,37 / 9.926 10,33%
O - E		-0,34%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score 8b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,97
Vertrauensbereich		0,91 - 1,03
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 ist 10% kleiner als erwartet.

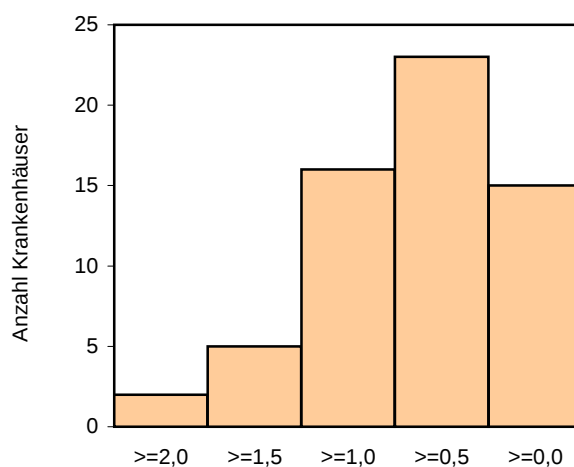
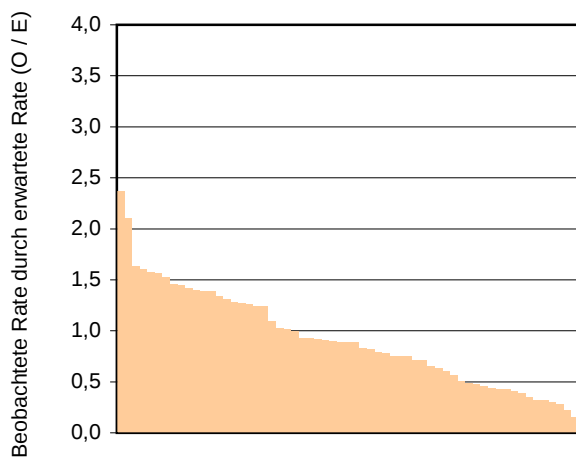
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		1.090 / 9.571 11,39%
vorhergesagt (E)		1.016,35 / 9.571 10,62%
O - E		0,77%
O / E		1,07
Vertrauensbereich		1,01 - 1,13

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/PNEU/50778]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Pneumonie-Score 8b unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

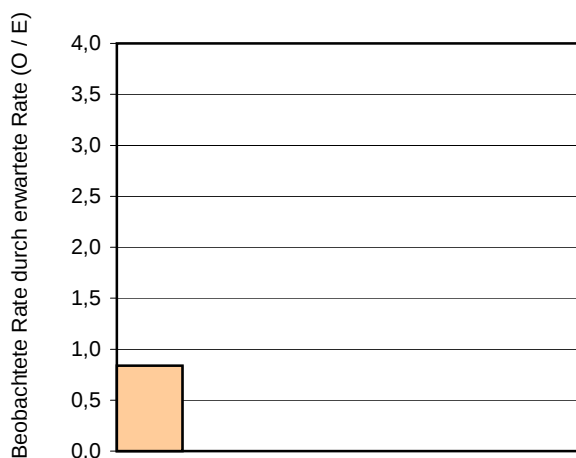
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,15	0,29	0,35	0,50	0,89	1,28	1,53	1,60	2,37

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	0,00			0,84

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

Indikator-ID:
Gruppe 2:
Risikoklasse 1: 2012/PNEU/11879
Risikoklasse 2: 2012/PNEU/11880
Risikoklasse 3: 2012/PNEU/11881

Referenzbereich:
Gruppe 2:
Risikoklasse 1: <= 4,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Risikoklasse 2: <= 15,2% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Risikoklasse 3: <= 40,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2012				
		Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1	Verstorbene Patienten			
Gruppe 2	Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich	Referenzbereich	<= 4,8%	<= 15,2%	<= 40,9%

Gesamt 2012				
		Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1	Verstorbene Patienten	51 / 1.905 2,7%	1.363 / 9.119 14,9%	323 / 870 37,1%
Gruppe 2	Verstorbene Patienten	33 / 1.845 1,8%	935 / 8.374 11,2%	199 / 716 27,8%
Vertrauensbereich	Referenzbereich	1,3% - 2,5% <= 4,8%	10,5% - 11,9% <= 15,2%	24,6% - 31,2% <= 40,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

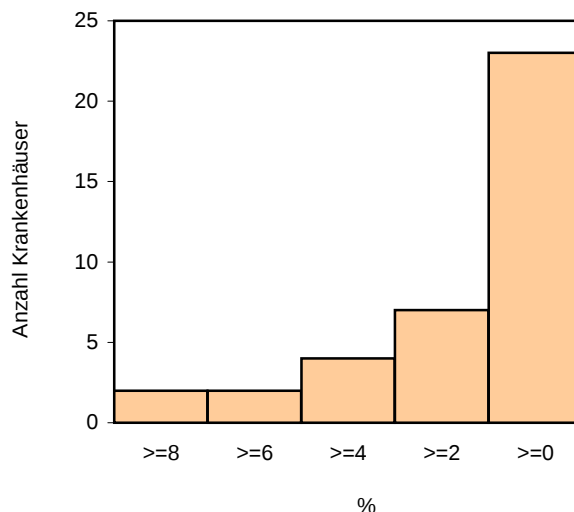
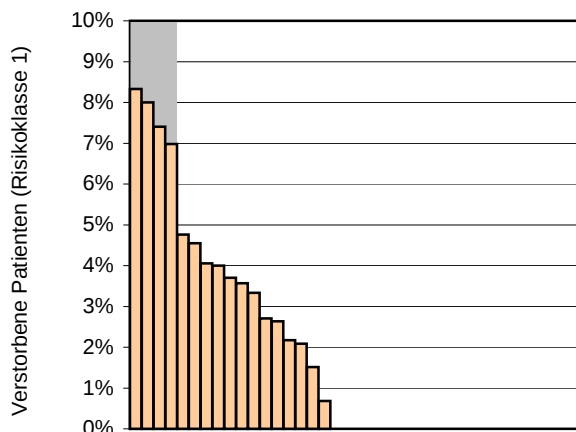
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	54 / 2.129 2,5%	1.217 / 8.657 14,1%	305 / 863 35,3%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	51 / 2.094 2,4%	1.050 / 8.305 12,6%	241 / 785 30,7%
Vertrauensbereich	1,9% - 3,2%	11,9% - 13,4%	27,6% - 34,0%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2012/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:

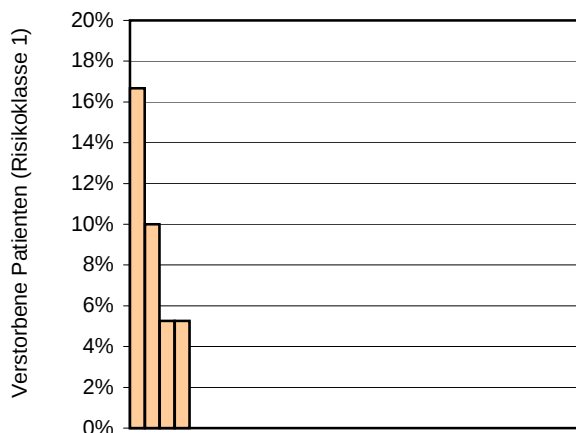
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	7,0	8,0	8,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

30 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	5,3	10,0	16,7

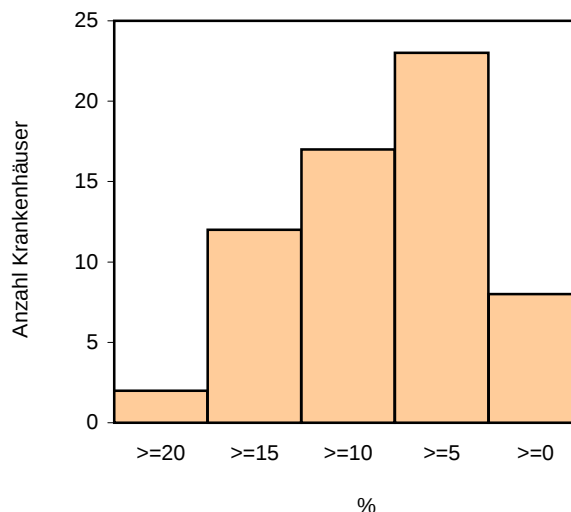
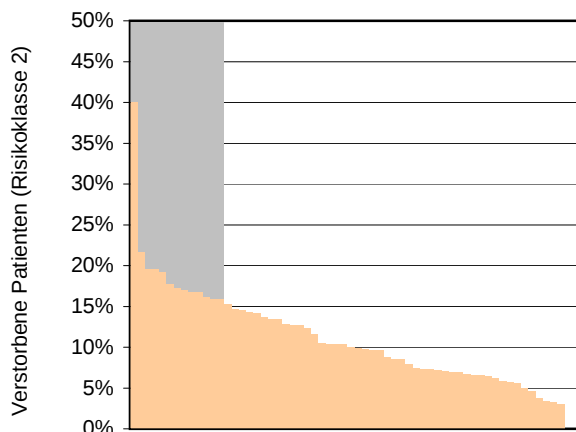
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2012/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:

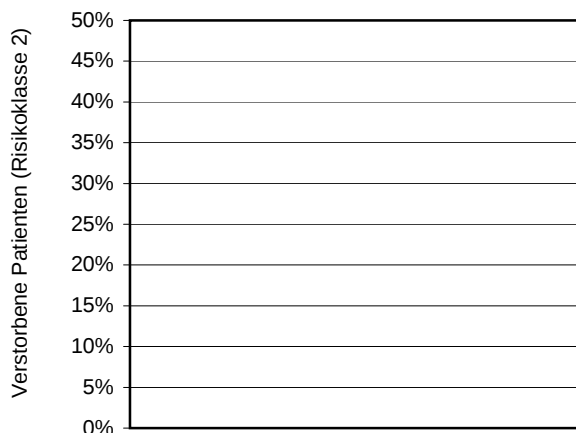
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	3,3	4,6	6,7	10,0	14,5	17,2	19,5	40,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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

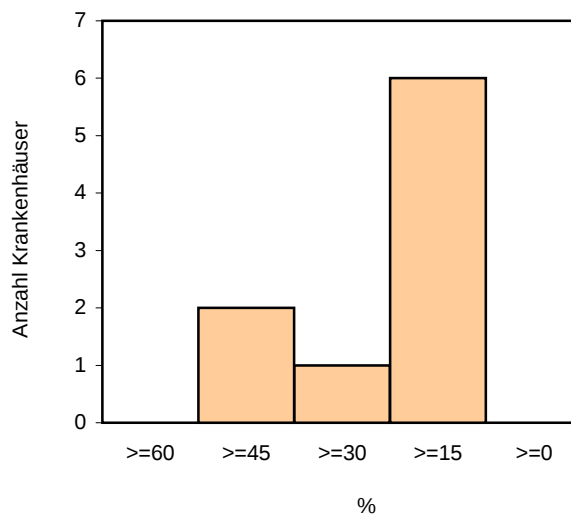
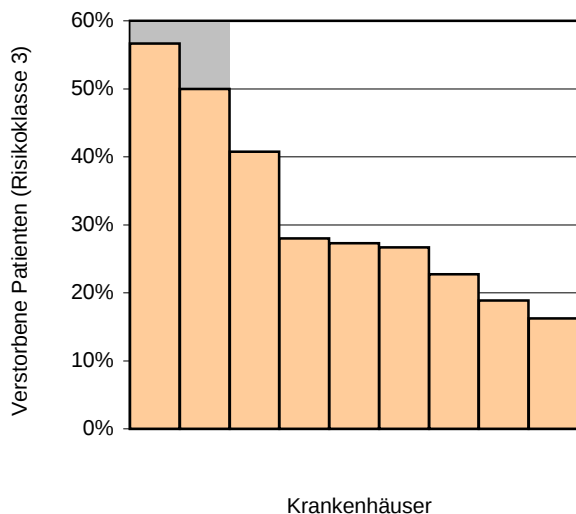
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2012/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:

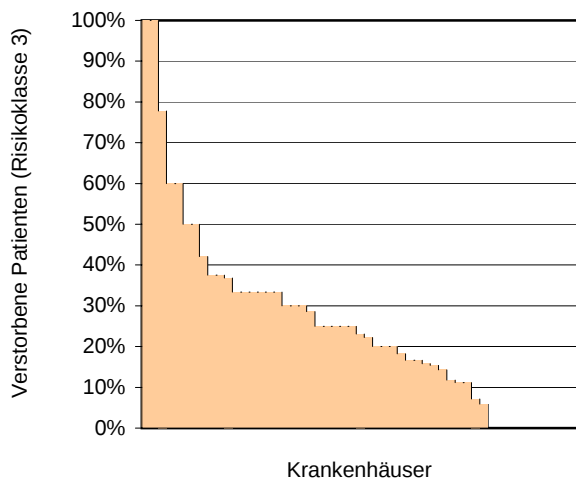
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,2			22,7	27,3	40,7			56,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

53 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	23,1	33,3	50,0	77,8	100,0

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.894	
18 - 19 Jahre			0 / 19	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 250	0,4%
30 - 39 Jahre			1 / 317	0,3%
40 - 49 Jahre			18 / 458	3,9%
50 - 59 Jahre			54 / 956	5,6%
60 - 69 Jahre			149 / 1.386	10,8%
70 - 79 Jahre			433 / 3.322	13,0%
80 - 89 Jahre			767 / 3.985	19,2%
>= 90 Jahre			314 / 1.201	26,1%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.649	
18 - 19 Jahre			0 / 38	0,0%
20 - 29 Jahre			5 / 317	1,6%
30 - 39 Jahre			7 / 385	1,8%
40 - 49 Jahre			15 / 531	2,8%
50 - 59 Jahre			62 / 1.003	6,2%
60 - 69 Jahre			124 / 1.401	8,9%
70 - 79 Jahre			399 / 3.237	12,3%
80 - 89 Jahre			710 / 3.683	19,3%
>= 90 Jahre			254 / 1.054	24,1%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.935	
18 - 19 Jahre			0 / 18	0,0%
20 - 29 Jahre			0 / 246	0,0%
30 - 39 Jahre			1 / 310	0,3%
40 - 49 Jahre			9 / 438	2,1%
50 - 59 Jahre			37 / 912	4,1%
60 - 69 Jahre			96 / 1.298	7,4%
70 - 79 Jahre			300 / 3.080	9,7%
80 - 89 Jahre			507 / 3.580	14,2%
>= 90 Jahre			217 / 1.053	20,6%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.184	
18 - 19 Jahre			0 / 38	0,0%
20 - 29 Jahre			4 / 314	1,3%
30 - 39 Jahre			6 / 381	1,6%
40 - 49 Jahre			11 / 518	2,1%
50 - 59 Jahre			54 / 977	5,5%
60 - 69 Jahre			102 / 1.357	7,5%
70 - 79 Jahre			341 / 3.102	11,0%
80 - 89 Jahre			616 / 3.511	17,5%
>= 90 Jahre			208 / 986	21,1%

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.737 / 11.894	
18 - 19 Jahre			0 / 1.737	0,0%
20 - 29 Jahre			1 / 1.737	0,1%
30 - 39 Jahre			1 / 1.737	0,1%
40 - 49 Jahre			18 / 1.737	1,0%
50 - 59 Jahre			54 / 1.737	3,1%
60 - 69 Jahre			149 / 1.737	8,6%
70 - 79 Jahre			433 / 1.737	24,9%
80 - 89 Jahre			767 / 1.737	44,2%
>= 90 Jahre			314 / 1.737	18,1%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.576 / 11.649	
18 - 19 Jahre			0 / 1.576	0,0%
20 - 29 Jahre			5 / 1.576	0,3%
30 - 39 Jahre			7 / 1.576	0,4%
40 - 49 Jahre			15 / 1.576	1,0%
50 - 59 Jahre			62 / 1.576	3,9%
60 - 69 Jahre			124 / 1.576	7,9%
70 - 79 Jahre			399 / 1.576	25,3%
80 - 89 Jahre			710 / 1.576	45,1%
>= 90 Jahre			254 / 1.576	16,1%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.167 / 10.935	
18 - 19 Jahre			0 / 1.167	0,0%
20 - 29 Jahre			0 / 1.167	0,0%
30 - 39 Jahre			1 / 1.167	0,1%
40 - 49 Jahre			9 / 1.167	0,8%
50 - 59 Jahre			37 / 1.167	3,2%
60 - 69 Jahre			96 / 1.167	8,2%
70 - 79 Jahre			300 / 1.167	25,7%
80 - 89 Jahre			507 / 1.167	43,4%
>= 90 Jahre			217 / 1.167	18,6%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.342 / 11.184	
18 - 19 Jahre			0 / 1.342	0,0%
20 - 29 Jahre			4 / 1.342	0,3%
30 - 39 Jahre			6 / 1.342	0,4%
40 - 49 Jahre			11 / 1.342	0,8%
50 - 59 Jahre			54 / 1.342	4,0%
60 - 69 Jahre			102 / 1.342	7,6%
70 - 79 Jahre			341 / 1.342	25,4%
80 - 89 Jahre			616 / 1.342	45,9%
>= 90 Jahre			208 / 1.342	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:	2012/PNEU/50722
Referenzbereich:	>= 98,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			10.760 / 11.734	91,7%
Vertrauensbereich				91,2% - 92,2%
Referenzbereich		>= 98,0%		>= 98,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			9.936 / 11.461	86,7%
Vertrauensbereich				86,1% - 87,3%

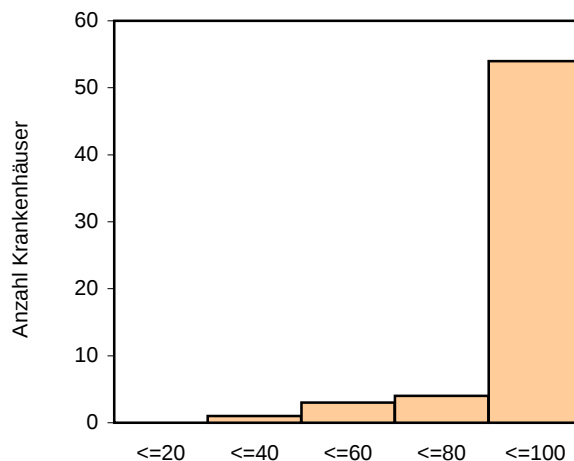
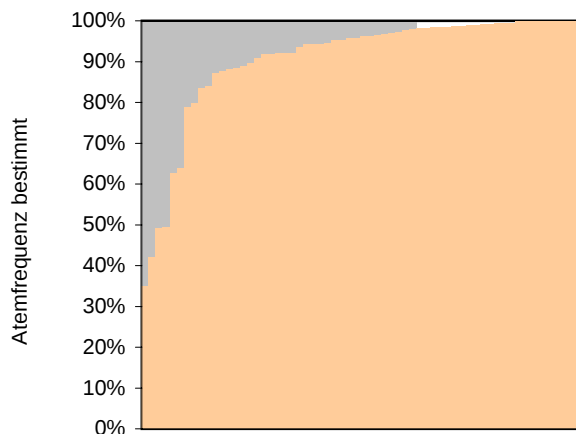
¹ Änderung der Rechenregel ab 2012

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2012/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:

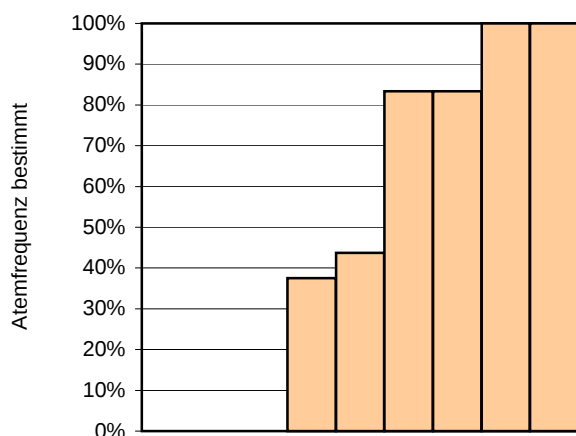
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	34,8	49,4	78,7	89,5	95,9	98,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	43,8	83,3			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 71
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.894
Datensatzversion: PNEU 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12540-L81744-P38721

Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.614	30,4	3.390	29,1
2. Quartal			2.949	24,8	2.699	23,2
3. Quartal			2.354	19,8	2.384	20,5
4. Quartal			2.977	25,0	3.176	27,3
Gesamt			11.894		11.649	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			11.894		11.649	
Median				8,0		9,0
Mittelwert				10,0		10,2

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
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	E86	Volumenmangel
8	R15	Stuhlinkontinenz

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	3.771	31,7	J18.0	4.009	34,4
2				J18.9	2.722	22,9	J18.9	2.508	21,5
3				I10.00	2.570	21,6	I10.00	2.344	20,1
4				J96.00	1.688	14,2	J96.00	1.465	12,6
5				J18.8	1.567	13,2	J18.8	1.390	11,9
6				E11.90	1.443	12,1	E11.90	1.360	11,7
7				E86	1.363	11,5	R15	1.297	11,1
8				R15	1.292	10,9	E86	1.179	10,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.894 / 11.894		11.649 / 11.649	
18 - 19 Jahre			19 / 11.894	0,2	38 / 11.649	0,3
20 - 29 Jahre			250 / 11.894	2,1	317 / 11.649	2,7
30 - 39 Jahre			317 / 11.894	2,7	385 / 11.649	3,3
40 - 49 Jahre			458 / 11.894	3,9	531 / 11.649	4,6
50 - 59 Jahre			956 / 11.894	8,0	1.003 / 11.649	8,6
60 - 69 Jahre			1.386 / 11.894	11,7	1.401 / 11.649	12,0
70 - 79 Jahre			3.322 / 11.894	27,9	3.237 / 11.649	27,8
80 - 89 Jahre			3.985 / 11.894	33,5	3.683 / 11.649	31,6
>= 90 Jahre			1.201 / 11.894	10,1	1.054 / 11.649	9,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.894		11.649	
Median				77,0		76,0
Mittelwert				73,6		72,3
Geschlecht						
männlich			6.847	57,6	6.576	56,5
weiblich			5.047	42,4	5.073	43,5

Aufnahme

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.872	24,1	2.824	24,2
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			362	3,0	409	3,5
Chronische Bettlägerigkeit			2.961	24,9	2.920	25,1
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung						
ja			160	1,3	188	1,6
nein			11.734	98,7	11.461	98,4
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
nein			7.572	64,5	7.467	65,2
pneumoniebedingt			851	7,3	824	7,2
nicht pneumoniebedingt			3.311	28,2	3.170	27,7
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			10.760		9.936	
Median				22,0		22,0
Mittelwert				22,8		22,9
nicht bestimmt			974	8,3	1.525	13,3
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			11.734		11.461	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				132,4		131,7
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			11.734		11.461	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				74,4		74,0

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			182	1,5	226	1,9
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			11.307	95,1	10.977	94,2
4 bis unter 8 Stunden			132	1,1	170	1,5
8 Stunden und später			273	2,3	276	2,4
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			171	1,4	211	1,8
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			10.245	86,1	9.972	85,6
4 bis unter 8 Stunden			679	5,7	701	6,0
8 Stunden und später			799	6,7	765	6,6

Verlauf

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation			1.516	12,7	1.488	12,8
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			9.465	79,6	9.192	78,9
nach 24 Stunden und später			913	7,7	969	8,3
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes			10.912	91,7	10.621	91,2
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			8.828	80,9	8.668	81,6
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.973	94,7	1.833	93,9
Maschinelle Beatmung						
nein			11.201	94,2	10.882	93,4
ja, ausschließlich nicht-invasiv			259	2,2	288	2,5
ja, ausschließlich invasiv			251	2,1	296	2,5
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			183	1,5	183	1,6
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			693		767	
Median				72,0		90,0
Mittelwert				198,9		218,0
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			35	0,3	62	0,5
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				275,0		314,5
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			642	92,6	683	89,0

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 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		492		531	
Median		56,0		73,0	
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		141		143	
Median		176,0		237,0	
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		232		242	
Median		23,5		28,0	
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		119		146	
Median		120,0		122,5	
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		24		29	
Median		103,0		80,0	
Risikoklasse 2 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		73		98	
Median		108,0		129,0	
Risikoklasse 3 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		22		19	
Median		154,5		159,0	

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 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		160		151	
Median		8,5		9,0	
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		134		147	
Median		48,0		48,0	
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		47		49	
Median		120,0		116,0	
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		151		184	
Median		324,0		353,5	
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		15		10	
Median		10,0		12,0	
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		32		32	
Median		51,0		46,5	
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		16		10	
Median		115,5		116,0	
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		78		91	
Median		427,0		387,0	

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 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		124		113	
Median		8,0		9,0	
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		72		77	
Median		48,0		48,0	
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		16		27	
Median		129,0		116,0	
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		20		25	
Median		185,5		240,0	
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		28	
Median		11,0		7,5	
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		30		38	
Median		52,0		49,5	
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		15		12	
Median		108,0		119,0	
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		53		68	
Median		387,0		365,5	

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden						
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			251	2,1	296	2,5
			238	94,8	266	89,9
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?			959 / 11.894	8,1	465 / 11.649	4,0

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <= 7	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			10.157	85,4	10.073	86,5
Desorientierung						
nein			7.391	72,8	7.408	73,5
pneumoniebedingt			114	1,1	56	0,6
nicht pneumoniebedingt			2.229	21,9	2.135	21,2
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme						
nein			292	2,9	377	3,7
ja			9.424	92,8	9.205	91,4
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			8.844	87,1	8.944	88,8
über 24/min			211	2,1	124	1,2
nicht bestimmt			657	6,5	510	5,1
Herzfrequenz						
maximal 100/min			9.521	93,7	9.456	93,9
über 100/min			174	1,7	104	1,0
nicht bestimmt			28	0,3	36	0,4
Temperatur						
maximal 37,2° C			9.319	91,7	9.462	93,9
über 37,2° C			394	3,9	97	1,0
nicht bestimmt			15	0,1	34	0,3
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			408	4,0	268	2,7
mindestens 90%			8.818	86,8	8.832	87,7
nicht bestimmt			495	4,9	492	4,9
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			235	2,3	173	1,7
mindestens 90 mmHg			9.452	93,1	9.334	92,7
nicht bestimmt			30	0,3	83	0,8

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7.891	66,3	7.715	66,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			135	1,1	177	1,5
03: aus sonstigen Gründen			19	0,2	10	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			112	0,9	91	0,8
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			341	2,9	361	3,1
07: Tod			1.737	14,6	1.576	13,5
08: Verlegung nach § 14			10	0,1	14	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			125	1,1	129	1,1
10: in Pflegeeinrichtung			1.488	12,5	1.506	12,9
11: in Hospiz			9	0,1	8	0,1
12: interne Verlegung			2	0,0	7	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			7	0,1	6	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			4	0,0	16	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	7	0,1
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			11	0,1	18	0,2
18: Rückverlegung			0	0,0	1	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			1	0,0	3	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			1	0,0	1	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	2	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte						
davon						
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden						
			8.047	79,2	7.971	79,1
			274	3,4	246	3,1

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.737 / 11.894	14,6	1.576 / 11.649	13,5
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			762 / 2.872	26,5	722 / 2.824	25,6
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			58 / 160	36,3	69 / 188	36,7
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			79 / 362	21,8	69 / 409	16,9
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.658 / 11.532	14,4	1.507 / 11.240	13,4
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			13 / 35	37,1	24 / 62	38,7
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			896 / 8.660	10,3	785 / 8.416	9,3
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			264 / 693	38,1	280 / 767	36,5
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			70 / 259	27,0	71 / 288	24,7
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			116 / 251	46,2	139 / 296	47,0
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			78 / 183	42,6	70 / 183	38,3

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.167 / 10.935	10,7	1.342 / 11.184	12,0
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			483 / 2.462	19,6	625 / 2.664	23,5
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			44 / 141	31,2	53 / 168	31,5
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			63 / 331	19,0	52 / 384	13,5
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.104 / 10.604	10,4	1.290 / 10.800	11,9
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			11 / 32	34,4	16 / 54	29,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			621 / 8.142	7,6	665 / 8.136	8,2
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			168 / 569	29,5	225 / 692	32,5
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			36 / 213	16,9	56 / 265	21,1
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			79 / 204	38,7	110 / 263	41,8
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			53 / 152	34,9	59 / 164	36,0

Ambulant erworbene Pneumonie

Risikoadjustierung mit dem logistischen Pneumonie-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

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 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sgg.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 $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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.

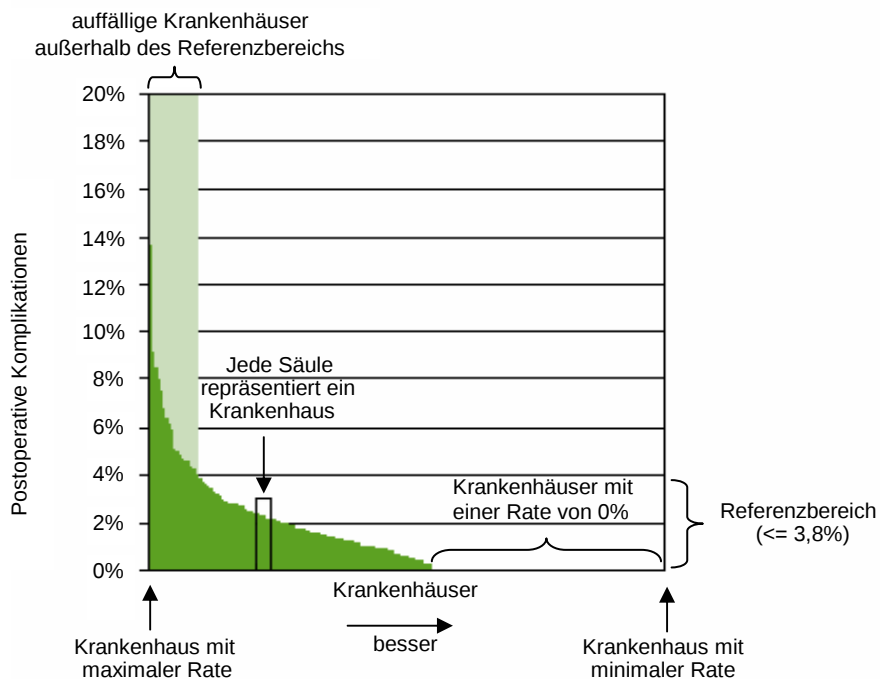
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

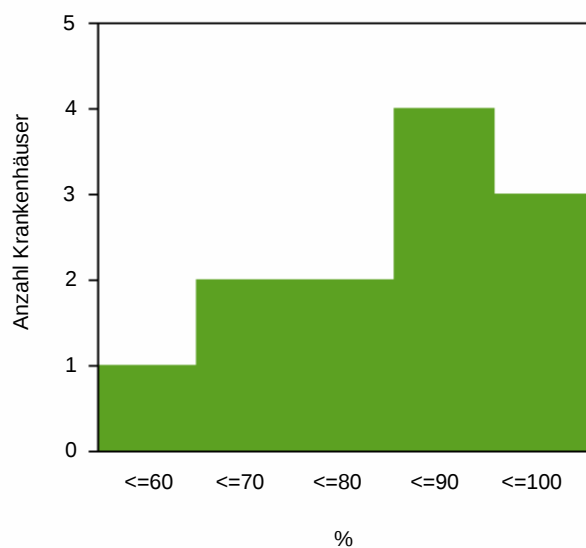
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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.