

Jahresauswertung 2013 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 70
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.888
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14221-L88932-P43277

Jahresauswertung 2013
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 70
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.888
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14221-L88932-P43277

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 | | | 97,3% | >= 95,0% | innerhalb | 96,2% | 9 |
| 1b: 2013/PNEU/2006 | | | | | | | |
| Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) | | | 97,4% | nicht definiert | - | 96,3% | 9 |
| 1c: 2013/PNEU/2007 | | | | | | | |
| Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus) | | | 95,0% | nicht definiert | - | 92,8% | 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) | | | 93,5% | >= 90,0% | innerhalb | 92,3% | 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) | | | | | | | |
| | | | 96,0% | >= 95,0% | innerhalb | 95,8% | 18 |
| 3b: 2013/PNEU/2013 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2) | | | | | | | |
| | | | 91,6% | >= 90,0% | innerhalb | 92,1% | 18 |
| 2013/PNEU/2015 | | | | | | | |
| QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme | | | 97,6% | >= 95,0% | innerhalb | 96,7% | 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) | | | | | | | |
| | | | 96,9% | >= 95,0% | innerhalb | 95,3% | 24 |
| 5b: 2013/PNEU/2019 | | | | | | | |
| Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4) | | | | | | | |
| | | | 4,0 Fälle | Sentinel Event | auffällig | 4,0 Fälle | 24 |
| 2013/PNEU/2028 | | | | | | | |
| QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | | | | | | | |
| | | | 95,5% | >= 95,0% | innerhalb | 92,0% | 28 |
| 2013/PNEU/2036 | | | | | | | |
| QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | | | | | | | |
| | | | 96,8% | >= 95,0% | innerhalb | 98,1% | 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 | | | 9,6% | <= 13,8% | innerhalb | 10,7% | 34 |
| 8b: 2013/PNEU/50778 | | | | | | | |
| Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen | | | 1,04 | nicht definiert | - | 1,12 | 36 |
| Sterblichkeit im Krankenhaus bei: | | | | | | | |
| 8c: 2013/PNEU/11879 | | | | | | | |
| Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0) | | | 2,1% | <= 4,4% | innerhalb | 1,8% | 38 |
| 8d: 2013/PNEU/11880 | | | | | | | |
| Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2) | | | 9,9% | <= 14,4% | innerhalb | 11,2% | 38 |
| 8e: 2013/PNEU/11881 | | | | | | | |
| Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4) | | | 25,2% | <= 40,7% | auffällig | 27,8% | 38 |
| 2013/PNEU/50722 | | | | | | | |
| QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme | | | | | | | |
| | | | 95,6% | >= 98,0% | auffällig | 91,7% | 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 Confusion)
- o Spontane Atemfrequenz ≥ 30 /min (Respiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 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 (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 | 12.546 / 12.888 97,3% | 12.225 / 12.550 97,4% | 321 / 338 95,0% |
| Vertrauensbereich | 97,1% - 97,6% | 97,1% - 97,7% | 92,1% - 96,8% |
| 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 | | | |

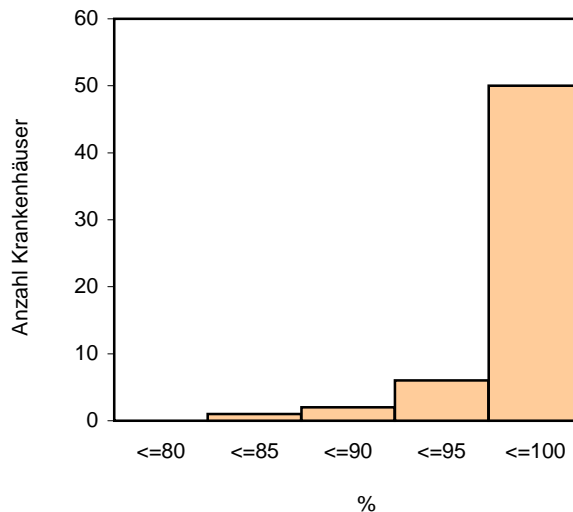
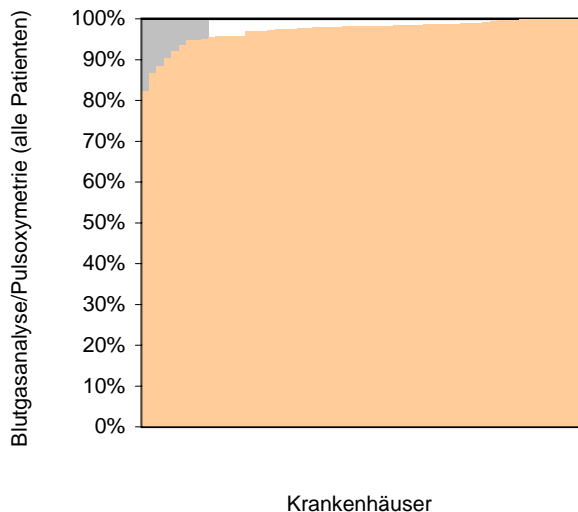
| Vorjahresdaten | Gesamt 2012 | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich | 11.439 / 11.894 96,2% 95,8% - 96,5% | 11.103 / 11.532 96,3% 95,9% - 96,6% | 336 / 362 92,8% 89,7% - 95,1% |

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

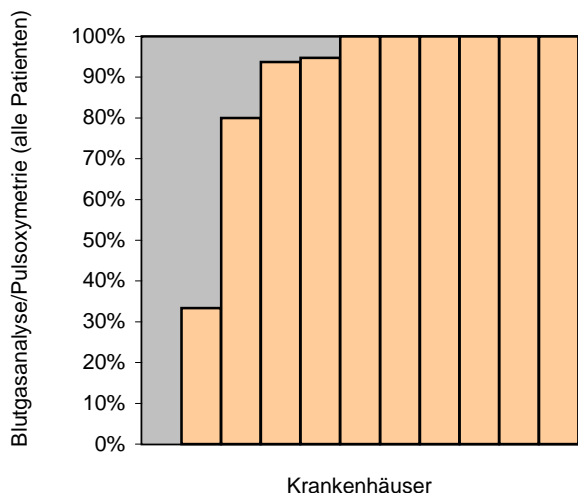
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 82,1 | 88,4 | 93,4 | 96,8 | 98,2 | 98,9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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 | | 33,3 | 80,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | | 100,0 |

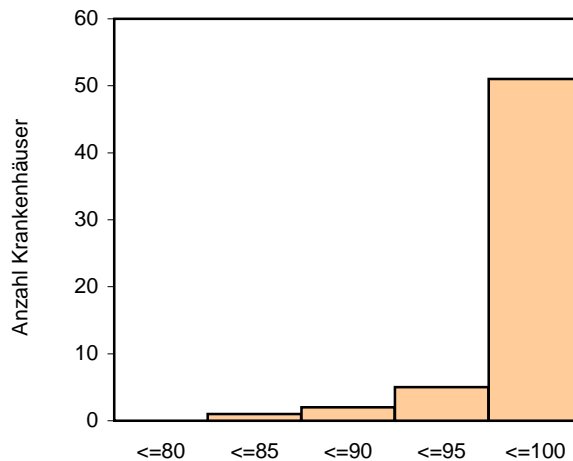
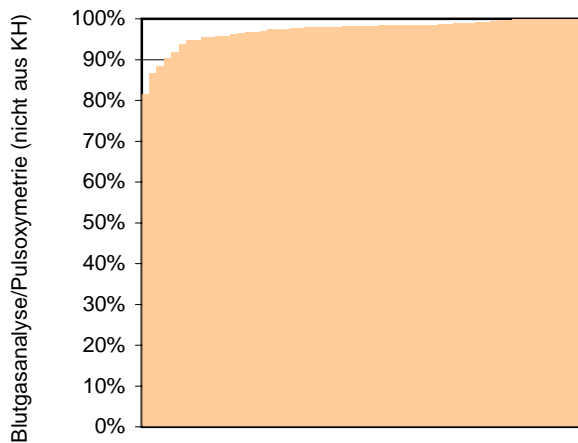
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



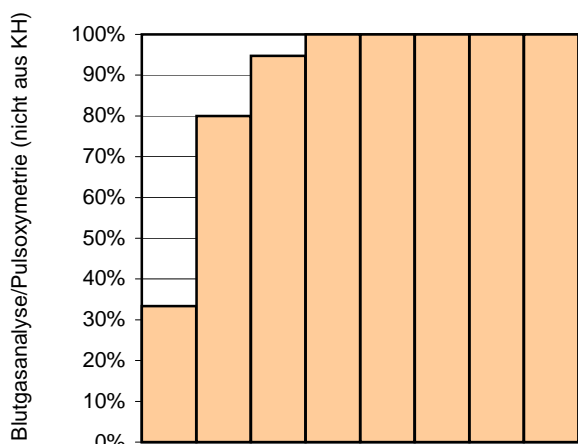
Krankenhäuser

%

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 81,5 | 88,4 | 93,7 | 96,8 | 98,2 | 98,9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|-----|-----|------|--------|-------|-----|-----|-------|
| | 33,3 | | | 87,4 | 100,0 | 100,0 | | | 100,0 |

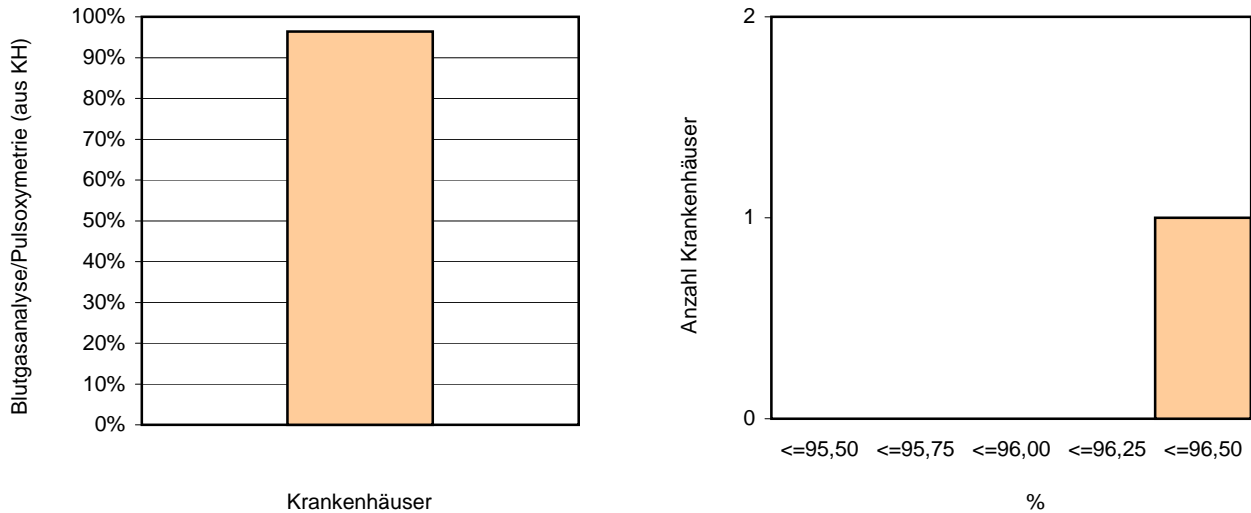
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

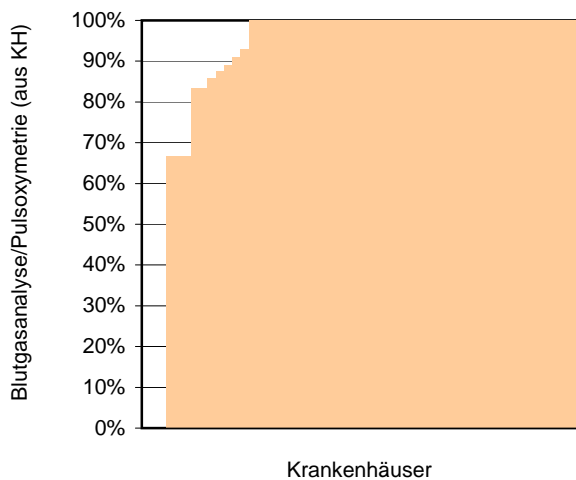
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|------|
| | 96,4 | | | | 96,4 | | | | 96,4 |

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 | 66,7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

16 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 | 10.962 / 11.728 93,5% | 10.686 / 11.428 93,5% | 276 / 300 92,0% |
| Vertrauensbereich | | 93,0% - 93,9% | |
| Referenzbereich | | >= 90,0% | |
| Patienten ohne antimikrobielle Therapie | 156 / 11.728 1,3% | 148 / 11.428 1,3% | 8 / 300 2,7% |

| 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 | | | |

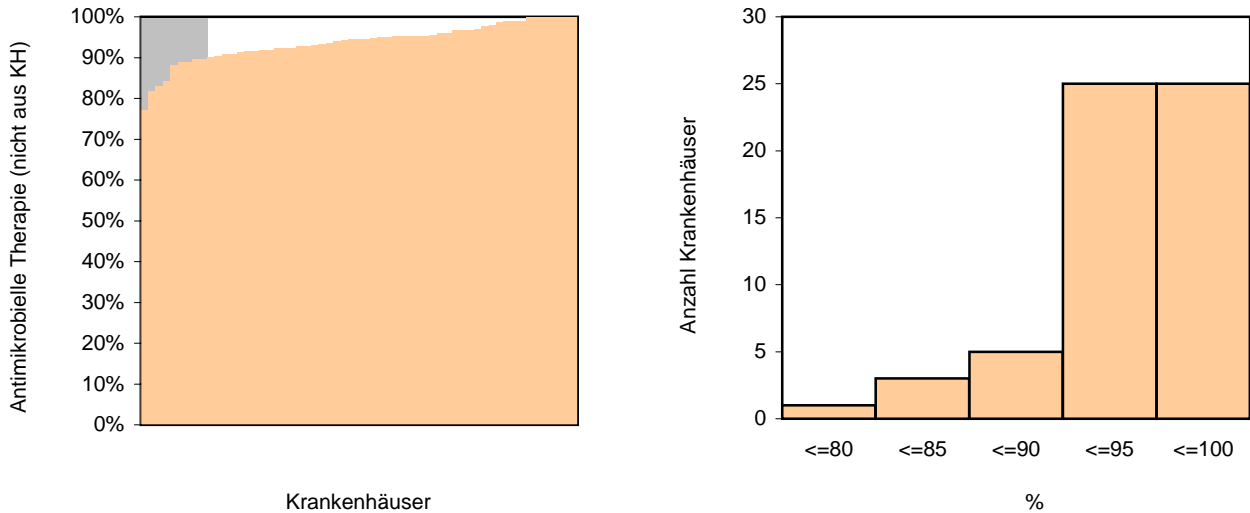
| Vorjahresdaten | Gesamt 2012 | | |
|---|--------------------------|--|--------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich | 10.068 / 10.935 92,1% | 9.783 / 10.604 92,3% 91,7%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

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

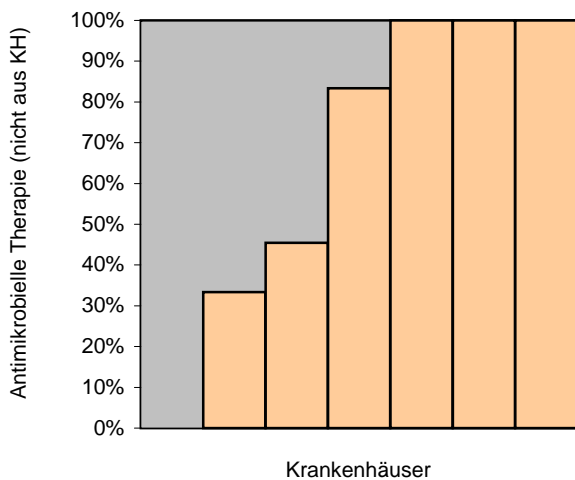
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 77,1 | 83,1 | 88,8 | 91,4 | 94,6 | 96,8 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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 | 83,3 | 100,0 | | | 100,0 |

4 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 | 1.818 / 1.961 92,7% | 8.394 / 8.984 93,4% | 750 / 783 95,8% |

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 | 1.774 / 1.911 92,8% | 8.205 / 8.778 93,5% | 707 / 739 95,7% |

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 | | | 7.532 / 8.174 | 92,1% |

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 | 1.594 / 1.660 96,0% | 5.694 / 6.217 91,6% | 244 / 297 82,2% |
| Vertrauensbereich | 95,0% - 96,9% | 90,9% - 92,3% | |
| Referenzbereich | >= 95,0% | >= 90,0% | |

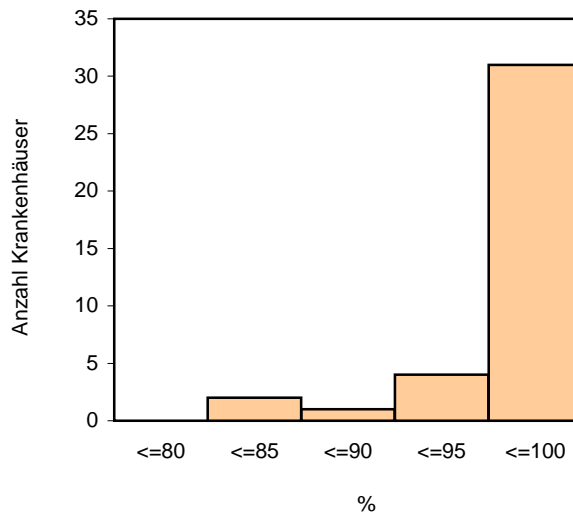
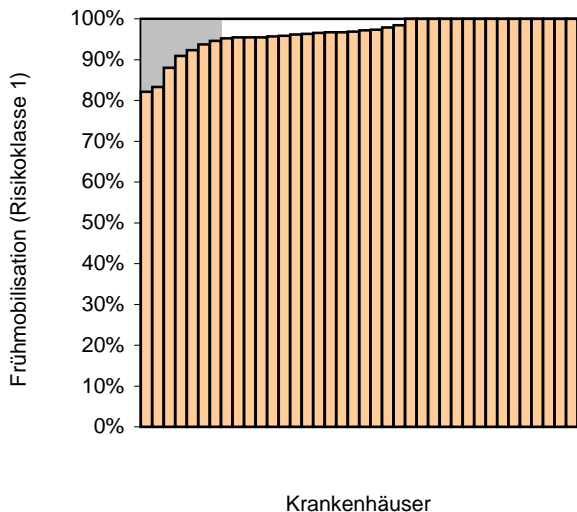
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | |
|--|---|---|--------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich |  |  | |
| Vorjahresdaten | Gesamt 2012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

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:

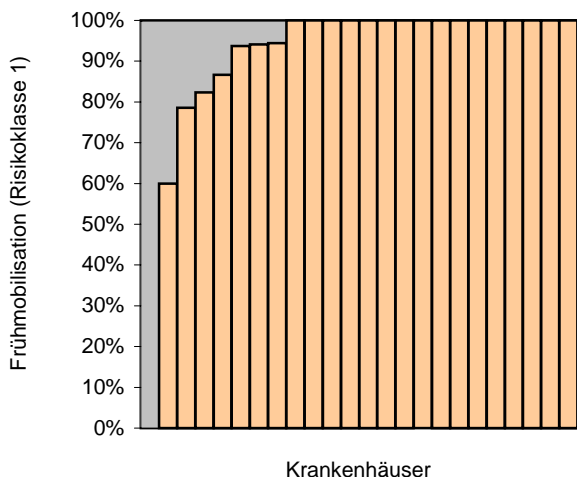
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 82,1 | 83,3 | 90,9 | 95,5 | 97,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 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 | 60,0 | 78,6 | 93,9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

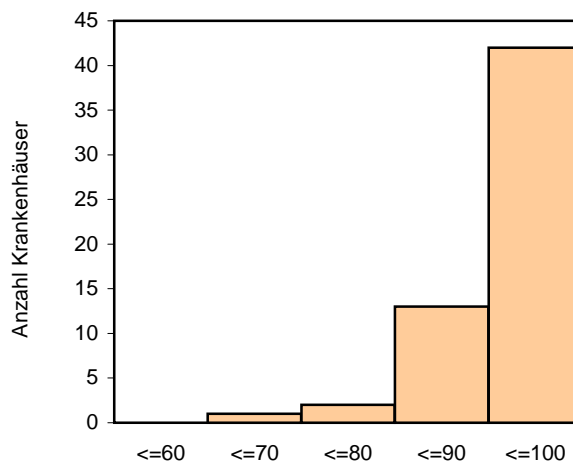
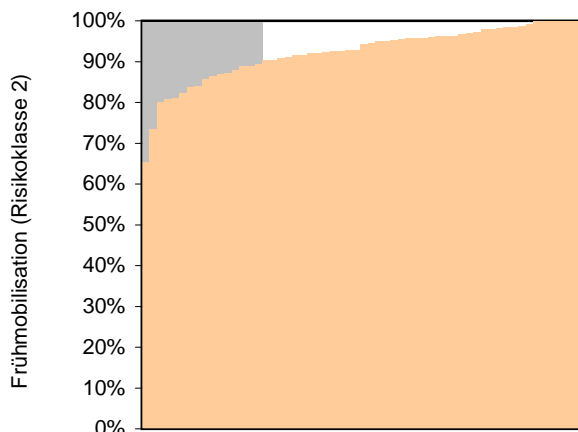
8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

58 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



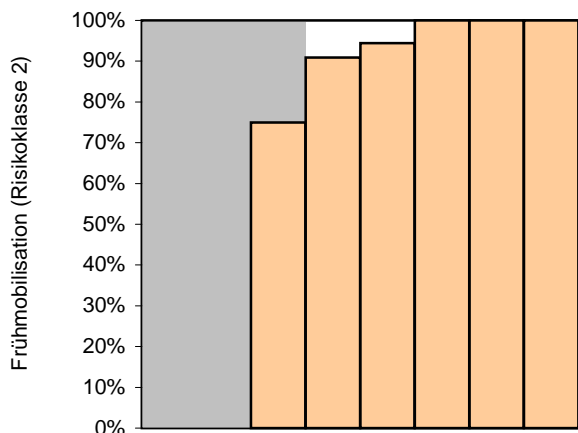
Krankenhäuser

%

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 65,3 | 80,0 | 82,4 | 88,9 | 93,6 | 97,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|------|--------|-------|-----|-----|-------|
| | 0,0 | | | 37,5 | 92,7 | 100,0 | | | 100,0 |

4 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 | | | 10.544 / 10.799 | 97,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 97,3% - 97,9% |
| Referenzbereich | | >= 95,0% | | >= 95,0% |

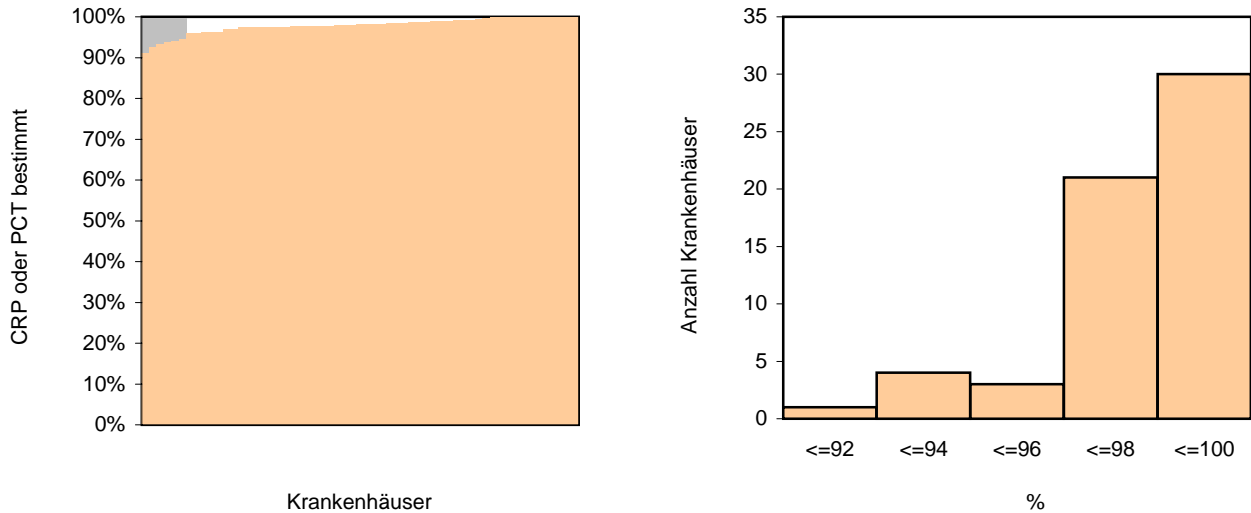
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|----------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt | | | 9.683 / 10.014 | 96,7% |
| Vertrauensbereich | | | | 96,3% - 97,0% |

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

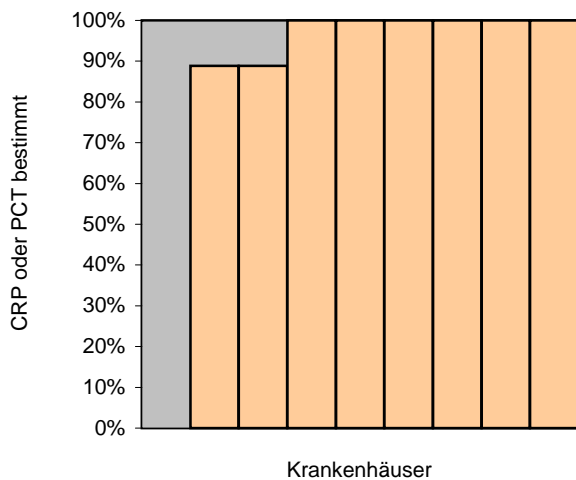
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 91,1 | 93,3 | 94,4 | 97,3 | 98,2 | 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 | | | 88,9 | 100,0 | 100,0 | | | 100,0 |

2 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 | | | 1.659 / 1.710 | 97,0% |
| Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | | | 51 / 1.710 | 3,0% |



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 | 200 / 204 98,0% | 1.334 / 1.377 96,9% | |
| Vertrauensbereich | | 95,8% - 97,7% | |
| Referenzbereich | | >= 95,0% | |
| Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | | | 4 / 129 |
| Referenzbereich | | | 4,0 Fälle Sentinel Event |

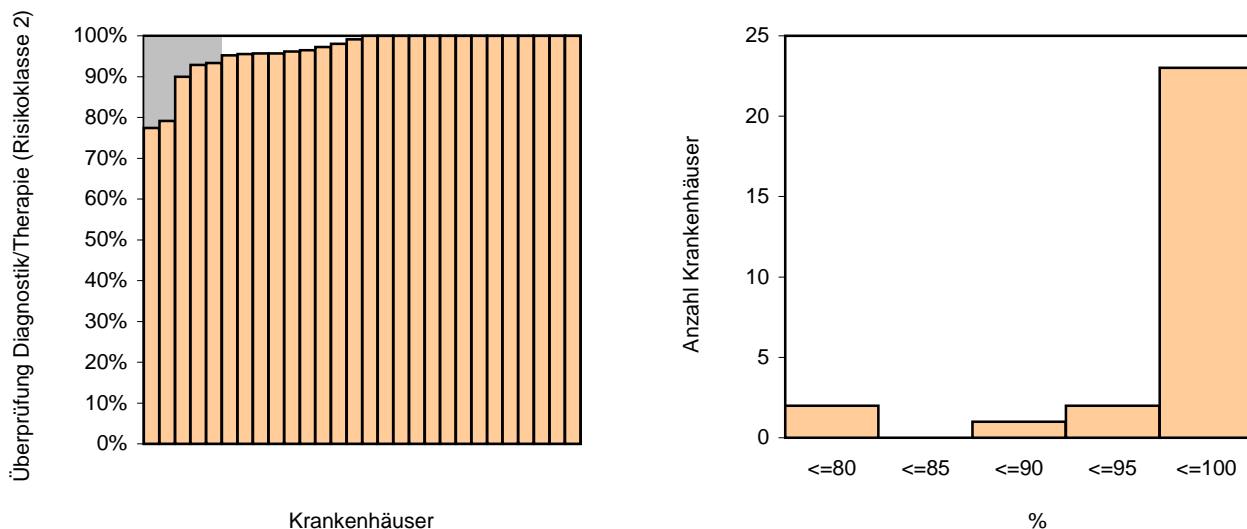
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | |
|---|------------------|----------------|----------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | | | |
| Vertrauensbereich | | | |
| Patienten ohne Überprüfung des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

| Vorjahresdaten | Gesamt 2012 | | |
|---|--------------------|------------------------|----------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | 197 / 206 95,6% | 1.299 / 1.363 95,3% | |
| Vertrauensbereich | | 94,0% - 96,3% | |
| Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens ¹ | | | 4 / 119 |
| | | | 4,0 Fälle |

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

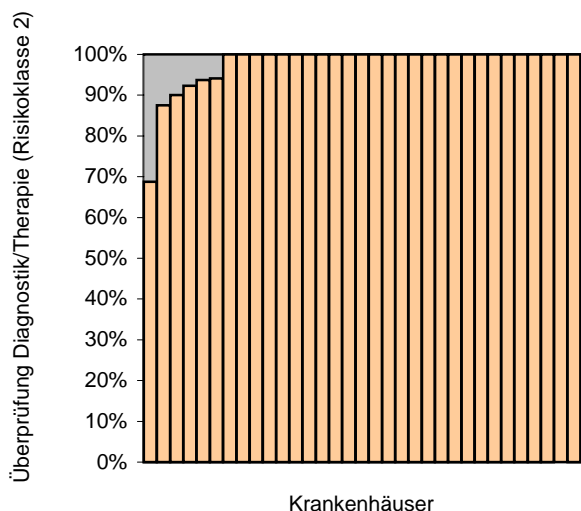
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/PNEU/2018]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2
 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 77,4 | 79,2 | 90,0 | 95,6 | 99,6 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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



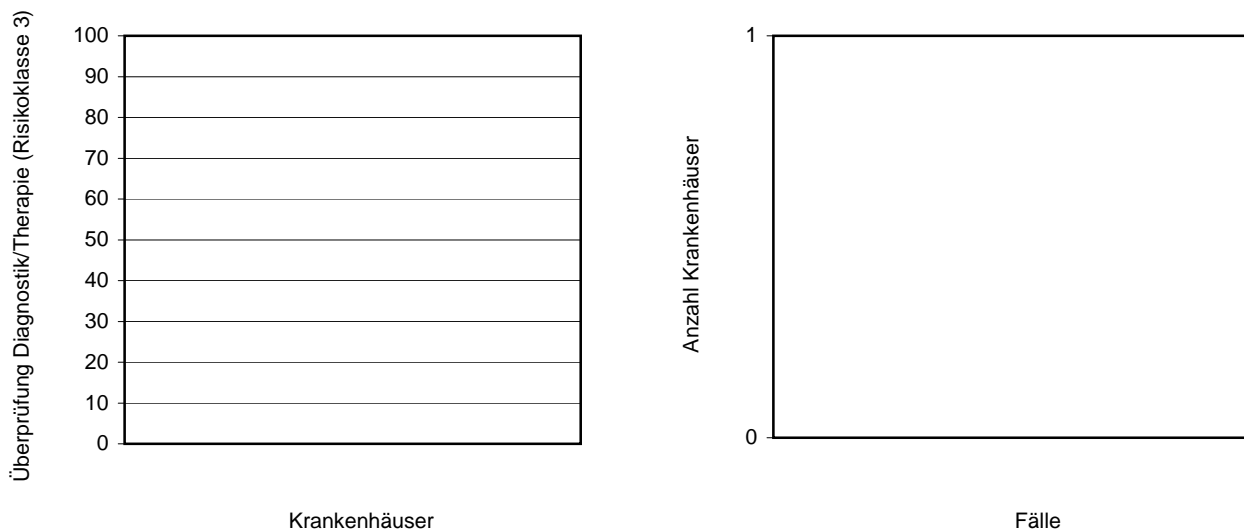
| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 68,8 | 87,5 | 92,3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

9 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:

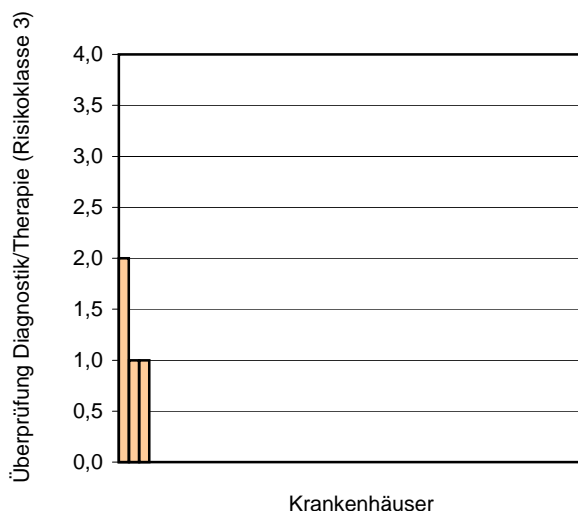
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

45 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 | 0,0 | 1,0 | 2,0 |

25 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 | | | 8.104 / 8.482 | 95,5% |
| Vertrauensbereich | | | | 95,1% - 96,0% |
| Referenzbereich | | >= 95,0% | | >= 95,0% |
| Desorientierung | | | 8.482 / 8.482 | 100,0% |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | | | 8.482 / 8.482 | 100,0% |
| Spontane Atemfrequenz | | | 8.227 / 8.482 | 97,0% |
| Herzfrequenz | | | 8.463 / 8.482 | 99,8% |
| Temperatur | | | 8.471 / 8.482 | 99,9% |
| Sauerstoffsättigung | | | 8.298 / 8.482 | 97,8% |
| Blutdruck systolisch | | | 8.459 / 8.482 | 99,7% |

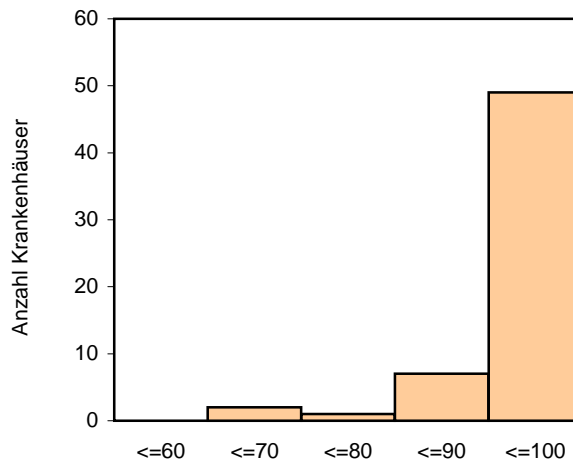
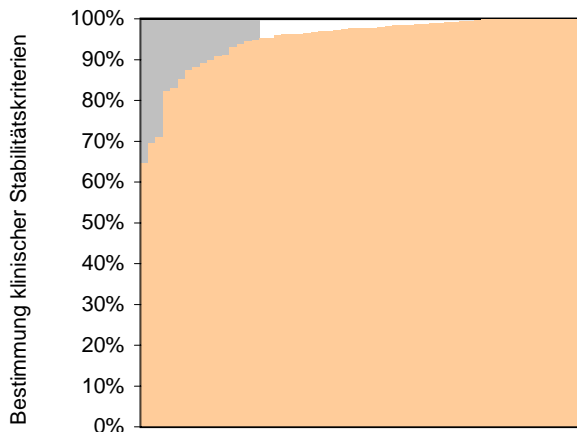
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | | | 7.162 / 7.785 | 92,0% |
| Vertrauensbereich | | | | 91,4% - 92,6% |
| 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% |

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:

59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



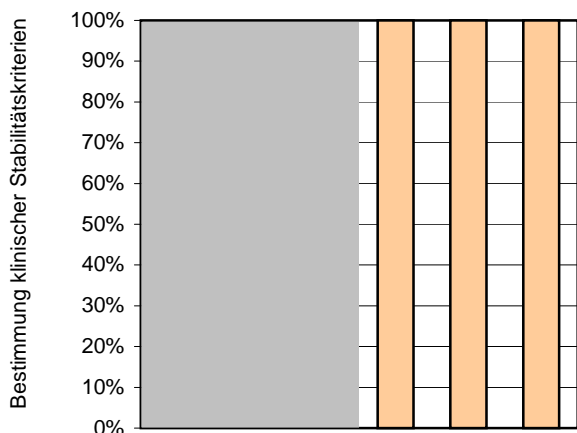
Krankenhäuser

%

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 64,5 | 71,1 | 85,1 | 94,5 | 97,6 | 99,4 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-------|-----|-----|-------|
| | 0,0 | | | 0,0 | 50,0 | 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 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: $\geq 95,0\%$ (Zielbereich)

| | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | |
|---|------------------|---------------|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen | | | 7.841 / 8.104 | 96,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 96,3% - 97,1% |
| Referenzbereich | | $\geq 95,0\%$ | | $\geq 95,0\%$ |
| Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung | | | 7.924 / 8.104 | 97,8% |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | | | 7.920 / 8.104 | 97,7% |
| Spontane Atemfrequenz maximal 24/min | | | 7.931 / 8.104 | 97,9% |
| Herzfrequenz maximal 100/min | | | 7.913 / 8.104 | 97,6% |
| Temperatur maximal 37,2°C | | | 7.767 / 8.104 | 95,8% |
| Sauerstoffsättigung mindestens 90% | | | 7.816 / 8.104 | 96,4% |
| Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg | | | 7.960 / 8.104 | 98,2% |

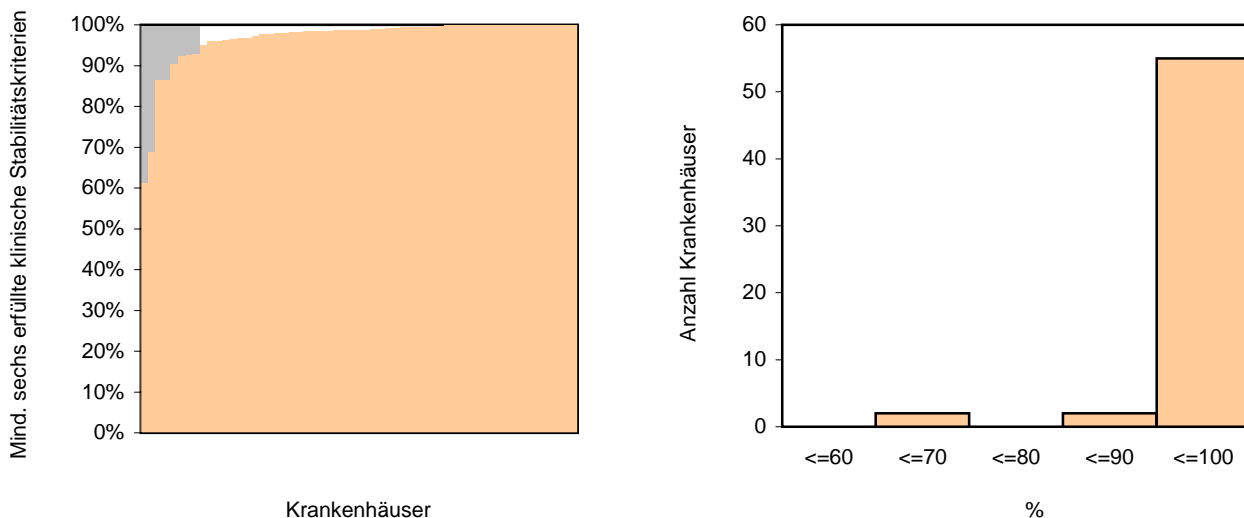
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|---------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich | | | 7.024 / 7.162 | 98,1% 97,7% - 98,4% |
| 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% |

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

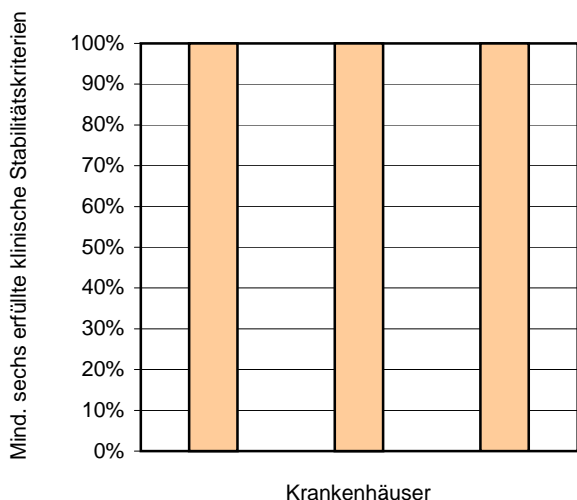
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 61,2 | 86,4 | 92,4 | 96,8 | 98,7 | 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 |

8 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 | | | 1.812 / 12.888 | 14,1% |
| Gruppe 2 Verstorbene Patienten | | | 1.129 / 11.728 | 9,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 9,1% - 10,2% |
| Referenzbereich | | <= 13,8% | | <= 13,8% |

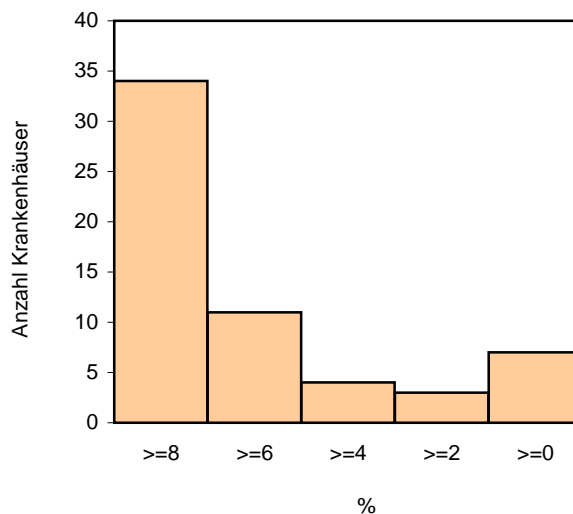
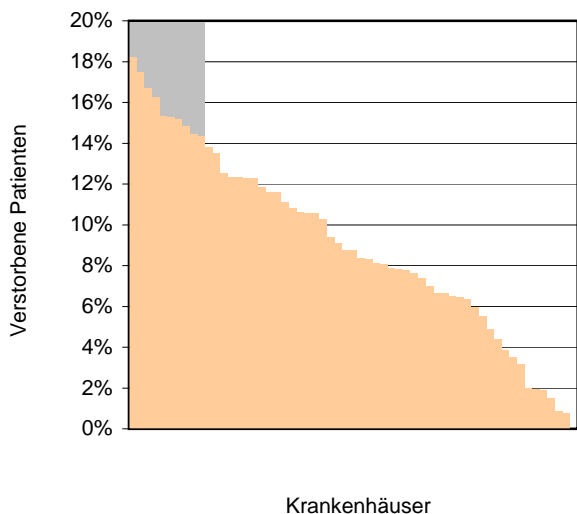
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|-----------------------------------|------------------|---|----------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gruppe 1 Verstorbene Patienten | | | 1.737 / 11.894 | 14,6% |
| Gruppe 2 Verstorbene Patienten | | | 1.167 / 10.935 | 10,7%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

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:

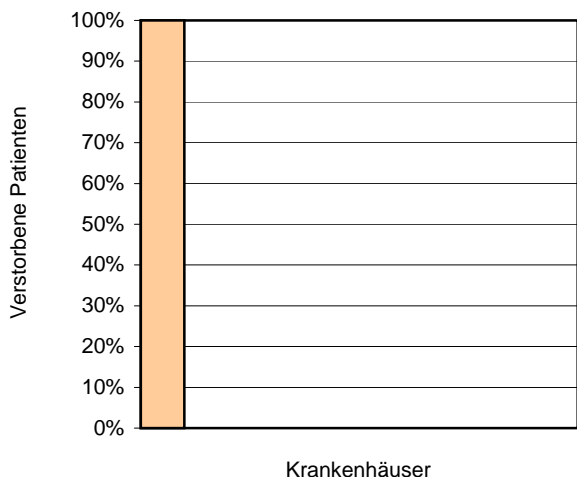
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|------|------|------|------|
| | 0,0 | 0,9 | 2,0 | 6,4 | 8,7 | 12,3 | 15,3 | 16,7 | 18,2 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 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 | 50,0 | | 100,0 |

1 Krankenhaus hat 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) | | 1.129 / 11.728 9,63% |
| vorhergesagt (E) ¹ | | 1.085,24 / 11.728 9,25% |
| O - E | | 0,37% |

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

| | Krankenhaus 2013 | Gesamt 2013 |
|--------------------|------------------|-----------------|
| O / E ² | | 1,04 |
| Vertrauensbereich | | 0,98 - 1,10 |
| 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.

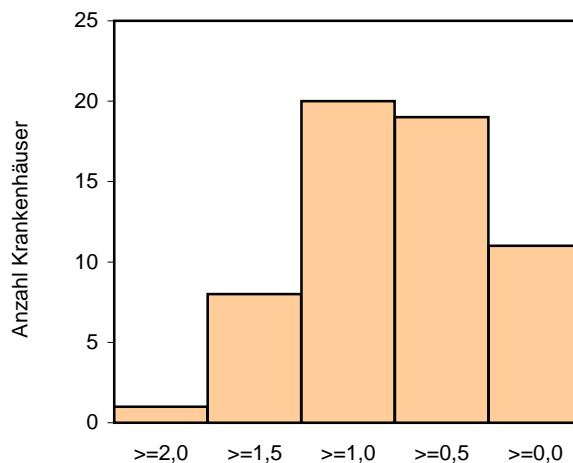
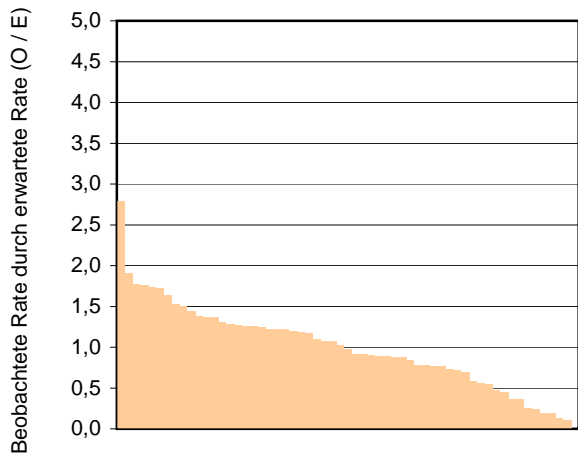
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | Gesamt 2012 |
|-------------------|------------------|----------------------------|
| beobachtet (O) | | 1.167 / 10.935 10,67% |
| vorhergesagt (E) | | 1.039,72 / 10.935 9,51% |
| O - E | | 1,16% |
| O / E | | 1,12 |
| Vertrauensbereich | | 1,06 - 1,18 |

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:

59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



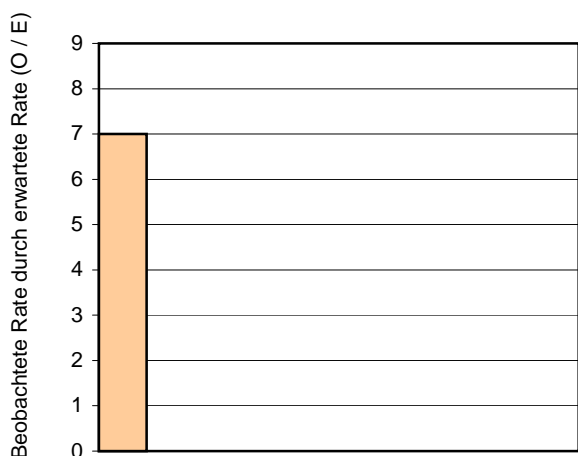
Krankenhäuser

O / E

| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 0,00 | 0,13 | 0,24 | 0,69 | 0,98 | 1,28 | 1,72 | 1,78 | 2,79 |

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 (O / E) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|-----|------|------|--------|------|------|-----|------|
| | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,50 | | 7,00 |

1 Krankenhaus hat 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% |

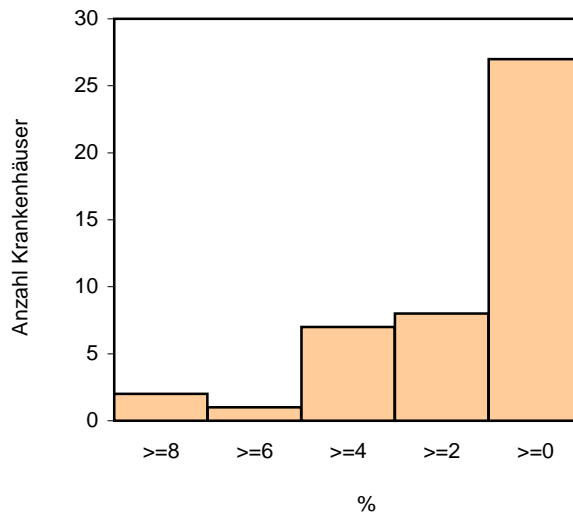
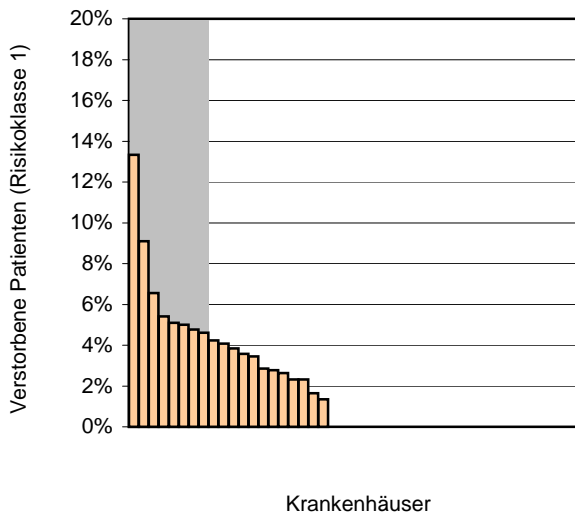
| | Gesamt 2013 | | |
|--------------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Gruppe 1 Verstorbene Patienten | 58 / 2.035 2,9% | 1.403 / 9.867 14,2% | 351 / 986 35,6% |
| Gruppe 2 Verstorbene Patienten | 42 / 1.961 2,1% | 890 / 8.984 9,9% | 197 / 783 25,2% |
| Vertrauensbereich Referenzbereich | 1,6% - 2,9% <= 4,4% | 9,3% - 10,5% <= 14,4% | 22,2% - 28,3% <= 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 | 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 | 1,3% - 2,5% | 10,5% - 11,9% | 24,6% - 31,2% |

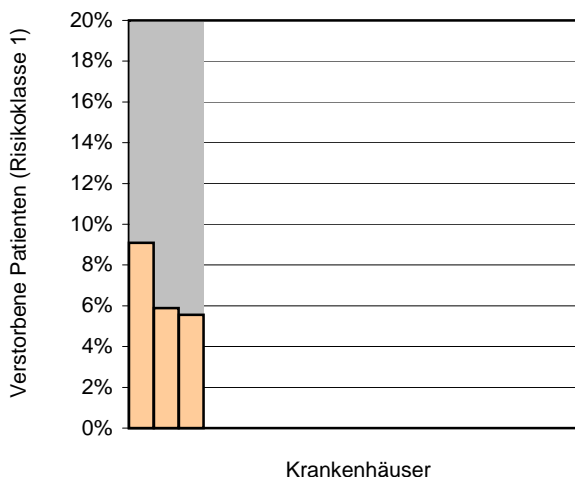
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2013/PNEU/11879]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 45 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 | 5,1 | 6,6 | 13,3 |

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

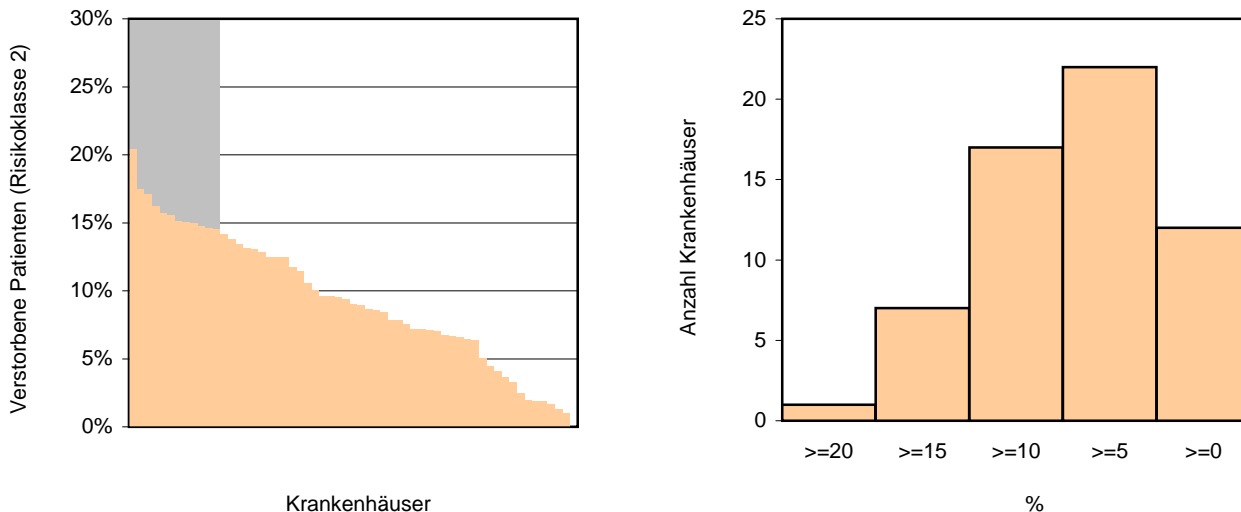


| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | 0,0 | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,9 | | 9,1 |

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

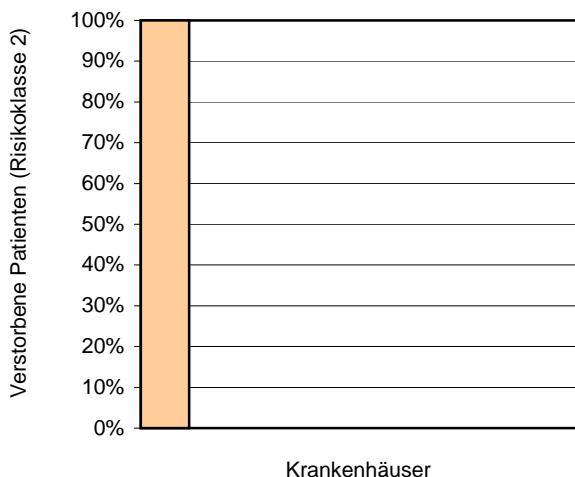
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2013/PNEU/11880]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|------|------|------|------|
| | 0,0 | 1,3 | 1,9 | 6,5 | 9,0 | 13,4 | 15,6 | 17,1 | 20,4 |

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

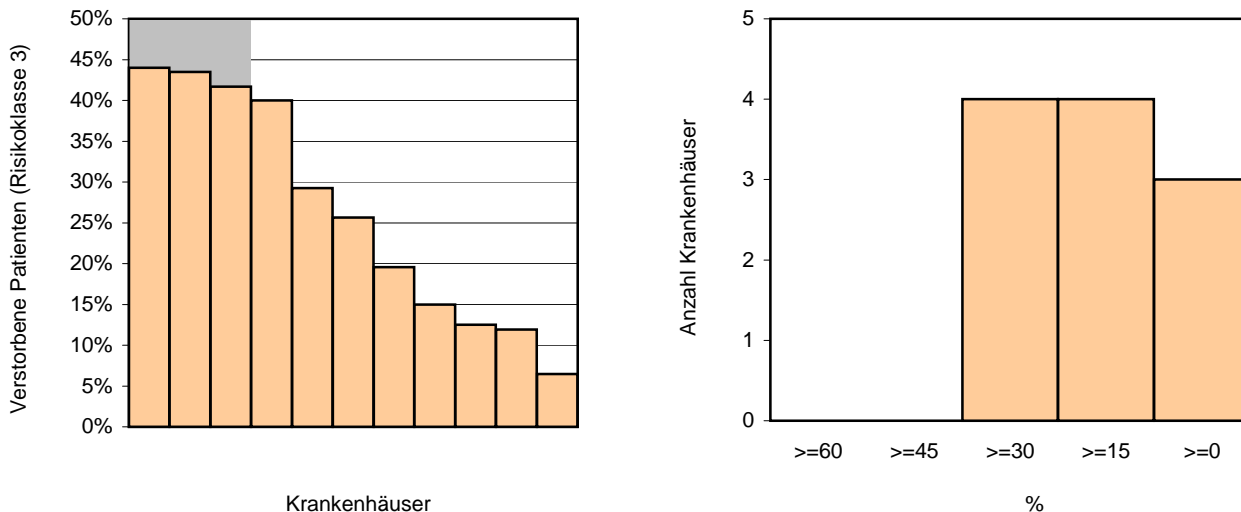


| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-------|
| | 0,0 | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | | 100,0 |

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

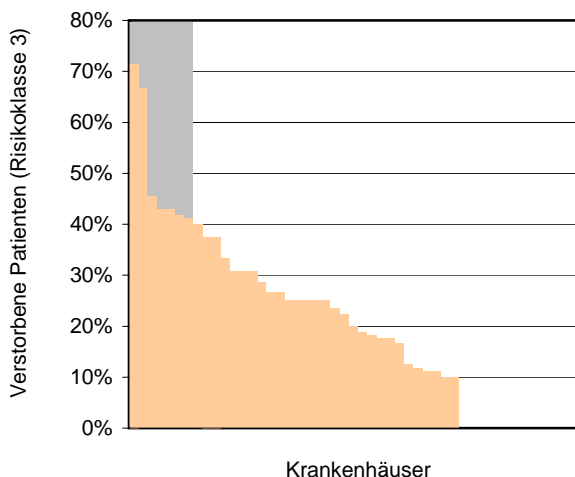
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2013/PNEU/11881]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|------|------|--------|------|------|------|-----|
| | 6,5 | | 11,9 | 12,5 | 25,6 | 41,7 | 43,5 | 44,0 | |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 49 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 | 20,0 | 30,8 | 42,9 | 45,5 | 71,4 |

10 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 | | | 12.888 | |
| 18 - 19 Jahre | | | 1 / 25 | 4,0% |
| 20 - 29 Jahre | | | 2 / 192 | 1,0% |
| 30 - 39 Jahre | | | 5 / 318 | 1,6% |
| 40 - 49 Jahre | | | 13 / 498 | 2,6% |
| 50 - 59 Jahre | | | 64 / 1.039 | 6,2% |
| 60 - 69 Jahre | | | 127 / 1.557 | 8,2% |
| 70 - 79 Jahre | | | 467 / 3.643 | 12,8% |
| 80 - 89 Jahre | | | 801 / 4.229 | 18,9% |
| >= 90 Jahre | | | 332 / 1.387 | 23,9% |

| Vorjahresdaten 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% |

**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 | | | 11.728 | |
| 18 - 19 Jahre | | | 1 / 25 | 4,0% |
| 20 - 29 Jahre | | | 0 / 182 | 0,0% |
| 30 - 39 Jahre | | | 5 / 315 | 1,6% |
| 40 - 49 Jahre | | | 5 / 468 | 1,1% |
| 50 - 59 Jahre | | | 44 / 982 | 4,5% |
| 60 - 69 Jahre | | | 91 / 1.481 | 6,1% |
| 70 - 79 Jahre | | | 281 / 3.329 | 8,4% |
| 80 - 89 Jahre | | | 491 / 3.754 | 13,1% |
| >= 90 Jahre | | | 211 / 1.192 | 17,7% |

| Vorjahresdaten 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% |

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 | | | 1.812 / 12.888 | |
| 18 - 19 Jahre | | | 1 / 1.812 | 0,1% |
| 20 - 29 Jahre | | | 2 / 1.812 | 0,1% |
| 30 - 39 Jahre | | | 5 / 1.812 | 0,3% |
| 40 - 49 Jahre | | | 13 / 1.812 | 0,7% |
| 50 - 59 Jahre | | | 64 / 1.812 | 3,5% |
| 60 - 69 Jahre | | | 127 / 1.812 | 7,0% |
| 70 - 79 Jahre | | | 467 / 1.812 | 25,8% |
| 80 - 89 Jahre | | | 801 / 1.812 | 44,2% |
| >= 90 Jahre | | | 332 / 1.812 | 18,3% |

| Vorjahresdaten 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% |

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 | | | 1.129 / 11.728 | |
| 18 - 19 Jahre | | | 1 / 1.129 | 0,1% |
| 20 - 29 Jahre | | | 0 / 1.129 | 0,0% |
| 30 - 39 Jahre | | | 5 / 1.129 | 0,4% |
| 40 - 49 Jahre | | | 5 / 1.129 | 0,4% |
| 50 - 59 Jahre | | | 44 / 1.129 | 3,9% |
| 60 - 69 Jahre | | | 91 / 1.129 | 8,1% |
| 70 - 79 Jahre | | | 281 / 1.129 | 24,9% |
| 80 - 89 Jahre | | | 491 / 1.129 | 43,5% |
| >= 90 Jahre | | | 211 / 1.129 | 18,7% |

| Vorjahresdaten 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% |

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 | | | 12.158 / 12.715 | 95,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 95,2% - 96,0% |
| Referenzbereich | | >= 98,0% | | >= 98,0% |

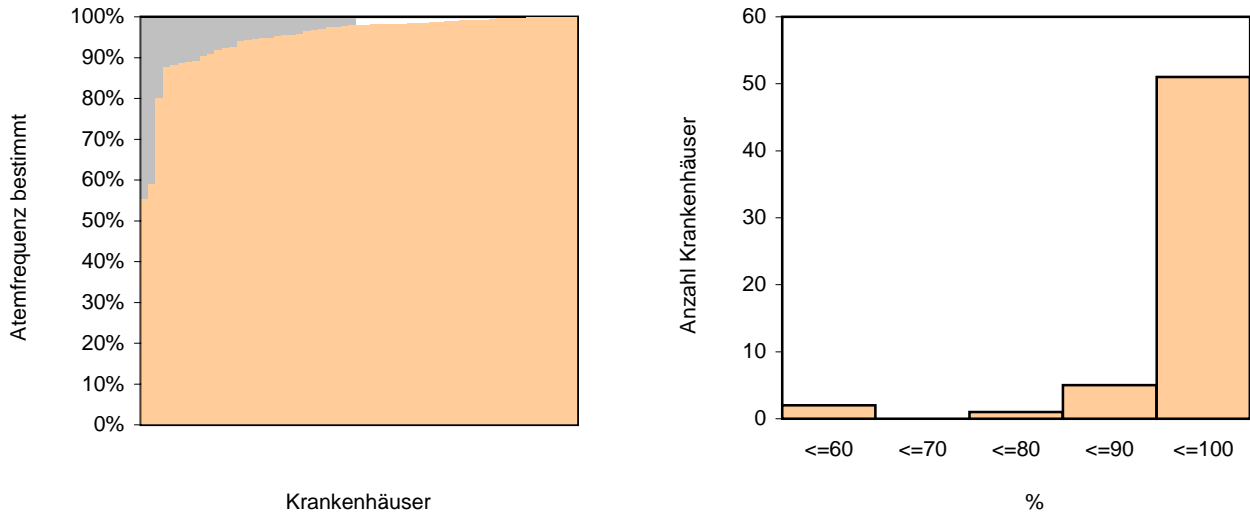
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2012 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|-----------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme | | | 10.760 / 11.734 | 91,7% |
| Vertrauensbereich | | | | 91,2% - 92,2% |

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:

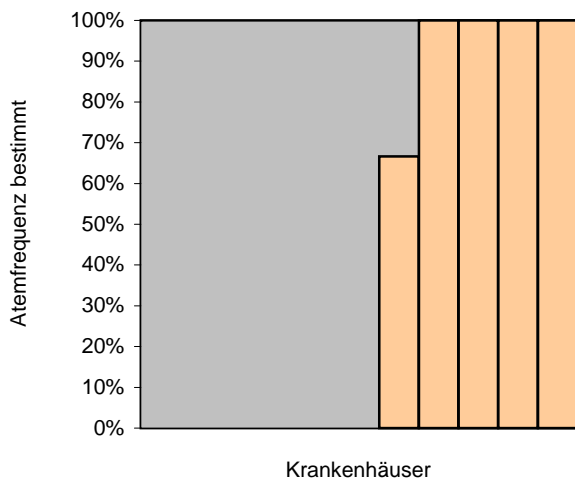
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 55,3 | 79,9 | 88,5 | 94,2 | 98,0 | 99,2 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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 | 100,0 | 100,0 | | 100,0 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 70
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.888
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14221-L88932-P43277

Basisdaten

| | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | | | |
| 1. Quartal | | | 4.501 | 34,9 | 3.614 | 30,4 |
| 2. Quartal | | | 3.255 | 25,3 | 2.949 | 24,8 |
| 3. Quartal | | | 2.365 | 18,4 | 2.354 | 19,8 |
| 4. Quartal | | | 2.767 | 21,5 | 2.977 | 25,0 |
| Gesamt | | | 12.888 | | 11.894 | |

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 Aufenthaltsdauer (Tage) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 12.888 | | 11.894 | |
| Median | | | | 8,0 | | 8,0 |
| Mittelwert | | | | 10,0 | | 10,0 |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

| | | |
|---|--------|--|
| 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 | E11.90 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| 6 | E86 | Volumenmangel |
| 7 | J18.8 | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| 8 | R15 | Stuhlinkontinenz |

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 | | | | J18.0 | 4.141 | 32,1 | J18.0 | 3.771 | 31,7 |
| 2 | | | | J18.9 | 3.316 | 25,7 | J18.9 | 2.722 | 22,9 |
| 3 | | | | I10.00 | 2.971 | 23,1 | I10.00 | 2.570 | 21,6 |
| 4 | | | | J96.00 | 1.906 | 14,8 | J96.00 | 1.688 | 14,2 |
| 5 | | | | E11.90 | 1.595 | 12,4 | J18.8 | 1.567 | 13,2 |
| 6 | | | | E86 | 1.495 | 11,6 | E11.90 | 1.443 | 12,1 |
| 7 | | | | J18.8 | 1.450 | 11,3 | E86 | 1.363 | 11,5 |
| 8 | | | | R15 | 1.362 | 10,6 | R15 | 1.292 | 10,9 |

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 Codes 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 | | | 12.888 / 12.888 | | 11.894 / 11.894 | |
| 18 - 19 Jahre | | | 25 / 12.888 | 0,2 | 19 / 11.894 | 0,2 |
| 20 - 29 Jahre | | | 192 / 12.888 | 1,5 | 250 / 11.894 | 2,1 |
| 30 - 39 Jahre | | | 318 / 12.888 | 2,5 | 317 / 11.894 | 2,7 |
| 40 - 49 Jahre | | | 498 / 12.888 | 3,9 | 458 / 11.894 | 3,9 |
| 50 - 59 Jahre | | | 1.039 / 12.888 | 8,1 | 956 / 11.894 | 8,0 |
| 60 - 69 Jahre | | | 1.557 / 12.888 | 12,1 | 1.386 / 11.894 | 11,7 |
| 70 - 79 Jahre | | | 3.643 / 12.888 | 28,3 | 3.322 / 11.894 | 27,9 |
| 80 - 89 Jahre | | | 4.229 / 12.888 | 32,8 | 3.985 / 11.894 | 33,5 |
| >= 90 Jahre | | | 1.387 / 12.888 | 10,8 | 1.201 / 11.894 | 10,1 |
| Alter (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 12.888 | | 11.894 | |
| Median | | | | 78,0 | | 77,0 |
| Mittelwert | | | | 74,1 | | 73,6 |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | | | 7.295 | 56,6 | 6.847 | 57,6 |
| weiblich | | | 5.593 | 43,4 | 5.047 | 42,4 |

Aufnahme

| | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | | | 3.123 | 24,2 | 2.872 | 24,1 |
| Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung | | | 338 | 2,6 | 362 | 3,0 |
| Chronische Bettlägerigkeit | | | 3.089 | 24,0 | 2.961 | 24,9 |
| Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung | | | | | | |
| ja | | | 173 | 1,3 | 160 | 1,3 |
| nein | | | 12.715 | 98,7 | 11.734 | 98,7 |
| wenn nein | | | | | | |
| Desorientierung (bei Aufnahme) | | | | | | |
| nein | | | 8.203 | 64,5 | 7.572 | 64,5 |
| pneumoniebedingt | | | 1.053 | 8,3 | 851 | 7,3 |
| nicht pneumoniebedingt | | | 3.459 | 27,2 | 3.311 | 28,2 |
| Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min) | | | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben | | | 12.158 | | 10.760 | |
| Median | | | | 22,0 | | 22,0 |
| Mittelwert | | | | 22,9 | | 22,8 |
| nicht bestimmt | | | 557 | 4,4 | 974 | 8,3 |
| Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg) | | | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben | | | 12.715 | | 11.734 | |
| Median | | | | 130,0 | | 130,0 |
| Mittelwert | | | | 133,3 | | 132,4 |
| Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg) | | | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben | | | 12.715 | | 11.734 | |
| Median | | | | 75,0 | | 75,0 |
| Mittelwert | | | | 74,6 | | 74,4 |

Aufnahme (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | | | | | |
| weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie | | | 160 | 1,2 | 182 | 1,5 |
| innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme | | | 12.434 | 96,5 | 11.307 | 95,1 |
| 4 bis unter 8 Stunden | | | 112 | 0,9 | 132 | 1,1 |
| 8 Stunden und später | | | 182 | 1,4 | 273 | 2,3 |
| Initiale antimikrobielle Therapie | | | | | | |
| keine antimikrobielle Therapie | | | 205 | 1,6 | 171 | 1,4 |
| innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme | | | 11.159 | 86,6 | 10.245 | 86,1 |
| 4 bis unter 8 Stunden | | | 864 | 6,7 | 679 | 5,7 |
| 8 Stunden und später | | | 660 | 5,1 | 799 | 6,7 |

Verlauf

| | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Beginn der Mobilisation (mindestens 20 Minuten außerhalb des Bettes) | | | | | | |
| keine Mobilisation | | | 1.863 | 14,5 | 1.516 | 12,7 |
| innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme | | | 9.998 | 77,6 | 9.465 | 79,6 |
| nach 24 Stunden und später | | | 1.027 | 8,0 | 913 | 7,7 |
| Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes | | | 11.983 | 93,0 | 10.912 | 91,7 |
| wenn ja | | | | | | |
| Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes | | | 9.815 | 81,9 | 8.828 | 80,9 |
| wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diag- nostischen oder thera- peutischen Vorgehens | | | 2.085 | 96,2 | 1.973 | 94,7 |
| Maschinelle Beatmung | | | | | | |
| nein | | | 12.046 | 93,5 | 11.201 | 94,2 |
| ja, ausschließlich nicht-invasiv | | | 326 | 2,5 | 259 | 2,2 |
| ja, ausschließlich invasiv | | | 253 | 2,0 | 251 | 2,1 |
| ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv | | | 263 | 2,0 | 183 | 1,5 |
| wenn ja | | | | | | |
| Dauer (Stunden) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 842 | | 693 | |
| Median | | | | 90,5 | | 72,0 |
| Mittelwert | | | | 199,2 | | 198,9 |
| Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden | | | 35 | 0,3 | 35 | 0,3 |
| Dauer der Beatmung (Median in Stunden) | | | | 408,0 | | 275,0 |
| Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule | | | 778 | 92,4 | 642 | 92,6 |

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 | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | Anzahl | Median | Anzahl | Median |
| Patienten, die maschinell beatmet wurden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 628 | | 492 | |
| Median | | | 80,0 | | 56,0 |
| Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 200 | | 141 | |
| Median | | | 216,0 | | 176,0 |
| Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 294 | | 232 | |
| Median | | | 27,5 | | 23,5 |
| Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 134 | | 119 | |
| Median | | | 142,0 | | 120,0 |
| davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 18 | | 24 | |
| Median | | | 166,0 | | 103,0 |
| Risikoklasse 2 (CRB-65) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 96 | | 73 | |
| Median | | | 138,5 | | 108,0 |
| Risikoklasse 3 (CRB-65) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 20 | | 22 | |
| Median | | | 111,5 | | 154,5 |

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 | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | Anzahl | Median | Anzahl | Median |
| Patienten, die maschinell beatmet wurden | | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 178 | | 160 | |
| Median | | | 9,0 | | 8,5 |
| 25 - 96 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 174 | | 134 | |
| Median | | | 55,5 | | 48,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 58 | | 47 | |
| Median | | | 115,0 | | 120,0 |
| > 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 218 | | 151 | |
| Median | | | 347,0 | | 324,0 |
| Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden | | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 18 | | 15 | |
| Median | | | 13,5 | | 10,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 46 | | 32 | |
| Median | | | 60,0 | | 51,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 12 | | 16 | |
| Median | | | 116,0 | | 115,5 |
| > 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 124 | | 78 | |
| Median | | | 361,5 | | 427,0 |

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 | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | Anzahl | Median | Anzahl | Median |
| Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden | | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 142 | | 124 | |
| Median | | | 9,5 | | 8,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 92 | | 72 | |
| Median | | | 52,5 | | 48,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 31 | | 16 | |
| Median | | | 112,0 | | 129,0 |
| > 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 29 | | 20 | |
| Median | | | 185,0 | | 185,5 |
| Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden | | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 18 | | 21 | |
| Median | | | 5,5 | | 11,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 36 | | 30 | |
| Median | | | 57,0 | | 52,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 15 | | 15 | |
| Median | | | 126,0 | | 108,0 |
| > 144 Stunden | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 65 | | 53 | |
| Median | | | 398,0 | | 387,0 |

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 | | | | | | |
| davon | | | | | | |
| Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O | | | 253 | 2,0 | 251 | 2,1 |
| 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? | | | 1.160 / 12.888 | 9,0 | 959 / 11.894 | 8,1 |

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

| Alle Patienten Entlassungsgrund <> 7 | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl Patienten | | | 11.076 | 85,9 | 10.157 | 85,4 |
| Desorientierung | | | | | | |
| nein | | | 7.922 | 71,5 | 7.391 | 72,8 |
| pneumoniebedingt | | | 267 | 2,4 | 114 | 1,1 |
| nicht pneumoniebedingt | | | 2.357 | 21,3 | 2.229 | 21,9 |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | | | | | | |
| nein | | | 334 | 3,0 | 292 | 2,9 |
| ja | | | 10.191 | 92,0 | 9.424 | 92,8 |
| Spontane Atemfrequenz | | | | | | |
| maximal 24/min | | | 9.899 | 89,4 | 8.844 | 87,1 |
| über 24/min | | | 267 | 2,4 | 211 | 2,1 |
| nicht bestimmt | | | 345 | 3,1 | 657 | 6,5 |
| nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung ¹ | | | 27 | 0,2 | - | - |
| Herzfrequenz | | | | | | |
| maximal 100/min | | | 10.193 | 92,0 | 9.521 | 93,7 |
| über 100/min | | | 323 | 2,9 | 174 | 1,7 |
| nicht bestimmt | | | 30 | 0,3 | 28 | 0,3 |
| Temperatur | | | | | | |
| maximal 37,2° C | | | 9.957 | 89,9 | 9.319 | 91,7 |
| über 37,2° C | | | 564 | 5,1 | 394 | 3,9 |
| nicht bestimmt | | | 17 | 0,2 | 15 | 0,1 |
| Sauerstoffsättigung | | | | | | |
| unter 90% | | | 479 | 4,3 | 408 | 4,0 |
| mindestens 90% | | | 9.797 | 88,5 | 8.818 | 86,8 |
| nicht bestimmt | | | 264 | 2,4 | 495 | 4,9 |
| Blutdruck systolisch | | | | | | |
| unter 90 mmHg | | | 204 | 1,8 | 235 | 2,3 |
| mindestens 90 mmHg | | | 10.306 | 93,0 | 9.452 | 93,1 |
| nicht bestimmt | | | 29 | 0,3 | 30 | 0,3 |

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Entlassung

| Entlassungsgrund ¹ | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 01: regulär beendet | | | 8.634 | 67,0 | 7.891 | 66,3 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 140 | 1,1 | 135 | 1,1 |
| 03: aus sonstigen Gründen | | | 17 | 0,1 | 19 | 0,2 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | | | 125 | 1,0 | 112 | 0,9 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 06: Verlegung | | | 390 | 3,0 | 341 | 2,9 |
| 07: Tod | | | 1.812 | 14,1 | 1.737 | 14,6 |
| 08: Verlegung nach § 14 | | | 18 | 0,1 | 10 | 0,1 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 118 | 0,9 | 125 | 1,1 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 1.599 | 12,4 | 1.488 | 12,5 |
| 11: in Hospiz | | | 9 | 0,1 | 9 | 0,1 |
| 12: interne Verlegung | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | | | 2 | 0,0 | 7 | 0,1 |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung | | | 1 | 0,0 | 4 | 0,0 |
| 15: gegen ärztlichen Rat | | | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 16: externe Verlegung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG) | | | 21 | 0,2 | 11 | 0,1 |
| 18: Rückverlegung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 21: Wiederaufnahme | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 22: Fallabschluss | | | 0 | 0,0 | 0 | 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 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte | | | 8.782 | 79,3 | 8.047 | 79,2 |
| davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden | | | 307 | 3,5 | 274 | 3,4 |

Letalität

| Alle Patienten | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|--|------------------|---|----------------|------|----------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten | | | | | | |
| Alle Patienten | | | 1.812 / 12.888 | 14,1 | 1.737 / 11.894 | 14,6 |
| Patienten mit: | | | | | | |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | | | 829 / 3.123 | 26,5 | 762 / 2.872 | 26,5 |
| Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | | | 59 / 173 | 34,1 | 58 / 160 | 36,3 |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus | | | 57 / 338 | 16,9 | 79 / 362 | 21,8 |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus | | | 1.755 / 12.550 | 14,0 | 1.658 / 11.532 | 14,4 |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | | | 10 / 35 | 28,6 | 13 / 35 | 37,1 |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung | | | 926 / 9.427 | 9,8 | 896 / 8.660 | 10,3 |
| maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes | | | 292 / 842 | 34,7 | 264 / 693 | 38,1 |
| ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | | | 93 / 326 | 28,5 | 70 / 259 | 27,0 |
| ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | | | 108 / 253 | 42,7 | 116 / 251 | 46,2 |
| sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | | | 91 / 263 | 34,6 | 78 / 183 | 42,6 |

Letalität (Fortsetzung)

| Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung | Krankenhaus 2013 | | Gesamt 2013 | | Gesamt 2012 | |
|---|------------------|---|----------------|------|----------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten | | | | | | |
| Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung | | | 1.129 / 11.728 | 9,6 | 1.167 / 10.935 | 10,7 |
| Patienten mit: | | | | | | |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | | | 478 / 2.589 | 18,5 | 483 / 2.462 | 19,6 |
| Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | | | 37 / 139 | 26,6 | 44 / 141 | 31,2 |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus | | | 36 / 300 | 12,0 | 63 / 331 | 19,0 |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus | | | 1.093 / 11.428 | 9,6 | 1.104 / 10.604 | 10,4 |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | | | 8 / 30 | 26,7 | 11 / 32 | 34,4 |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung | | | 615 / 8.839 | 7,0 | 621 / 8.142 | 7,6 |
| maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes | | | 185 / 700 | 26,4 | 168 / 569 | 29,5 |
| ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | | | 54 / 274 | 19,7 | 36 / 213 | 16,9 |
| ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | | | 76 / 207 | 36,7 | 79 / 204 | 38,7 |
| sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | | | 55 / 219 | 25,1 | 53 / 152 | 34,9 |

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.sgg.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 $\leq 15\%$ 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 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: $\leq 2,5\%$

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 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.

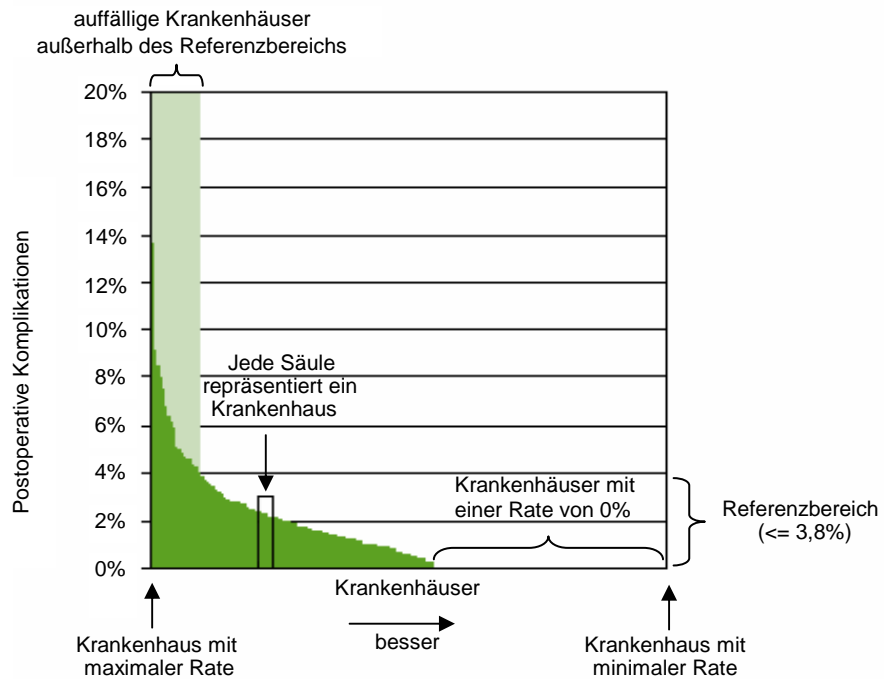
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 Krankhausergebnisse 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.

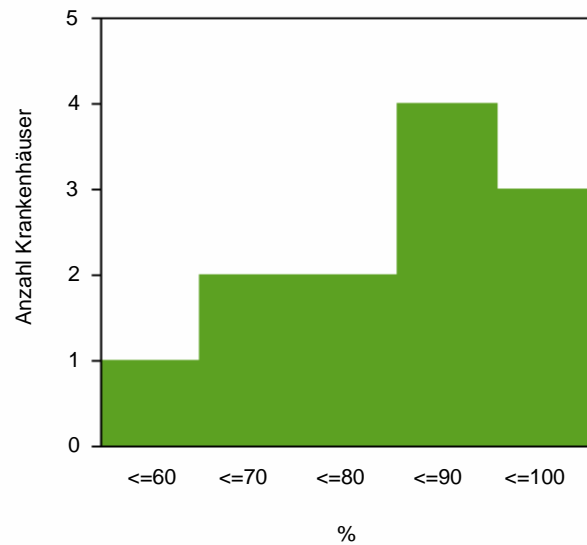
Beispiel:

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. 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 Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse 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.