

# Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 73  
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.759  
Datensatzversion: PNEU 2014  
Datenbankstand: 02. März 2015  
2014 - D15163-L95714-P45889

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

# Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

## Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 73  
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.759  
Datensatzversion: PNEU 2014  
Datenbankstand: 02. März 2015  
2014 - D15163-L95714-P45889

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>							
1a: 2014/PNEU/2005							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			97,77%	>= 95,00%	innerhalb	97,35%	9
1b: 2014/PNEU/2006							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			97,80%	nicht definiert	-	97,41%	9
1c: 2014/PNEU/2007							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			96,83%	nicht definiert	-	94,97%	9

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2014/PNEU/2009							
<b>QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>			94,26%	>= 90,00%	innerhalb	93,51%	14
2014/PNEU/2012							
<b>QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme</b>							
3a: 2014/PNEU/2012 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			96,52%	>= 95,00%	innerhalb	96,02%	18
2014/PNEU/2013							
3b: 2014/PNEU/2013 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			91,52%	>= 90,00%	innerhalb	91,59%	18
2014/PNEU/2015							
<b>QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme</b>			97,76%	>= 95,00%	innerhalb	97,64%	22

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens</b>							
5a: 2014/PNEU/2018							
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)							
			97,47%	>= 95,00%	innerhalb	96,88%	24
5b: 2014/PNEU/2019							
Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)							
			2,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	4,00 Fälle	24
2014/PNEU/2028							
<b>QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>							
			94,07%	>= 95,00%	außerhalb	95,54%	28
2014/PNEU/2036							
<b>QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>							
			97,40%	>= 95,00%	innerhalb	96,75%	31

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>							
8a: 2014/PNEU/11878							
Sterblichkeit im Krankenhaus			13,92%	nicht definiert	-	14,06%	34
8b: 2014/PNEU/50778							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,96	nicht definiert	-	0,99	36
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:							
8c: 2014/PNEU/11879							
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			1,52%	<= 4,16%	innerhalb	2,14%	38
8d: 2014/PNEU/11880							
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			8,57%	<= 13,10%	innerhalb	9,91%	38
8e: 2014/PNEU/11881							
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			22,87%	<= 38,00%	innerhalb	25,16%	38
2014/PNEU/50722							
<b>QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>							
			95,29%	>= 98,00%	außerhalb	95,62%	47

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. 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 $\geq 30$ /min                               | (Respiratory rate) |
| o Blutdruck (systolisch $< 90$ mmHg oder diastolisch $\leq 60$ mmHg) | (Blood pressure)   |
| o Alter $\geq 65$ 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?"<sup>1</sup>

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.




---

<sup>1</sup> Datenfeldbeschriftung ab 2012 geändert (siehe Datensatz oder Spezifikation 15.0)



### Qualitätsindikatorengruppe 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

<b>Qualitätsziel:</b>	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1: Alle Patienten Gruppe 2: Patienten, die <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden Gruppe 3: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 1a): 2014/PNEU/2005 Gruppe 2 (QI 1b): 2014/PNEU/2006 Gruppe 3 (QI 1c): 2014/PNEU/2007
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: >= 95,00% (Zielbereich) Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert. Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		
	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	>= 95,00%	nicht definiert	nicht definiert
Referenzbereich	>= 95,00%	nicht definiert	nicht definiert

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	12.475 / 12.759 97,77%	12.108 / 12.380 97,80%	367 / 379 96,83%
Vertrauensbereich	97,50% - 98,02%	97,53% - 98,05%	94,55% - 98,18%
Referenzbereich	>= 95,00%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	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			

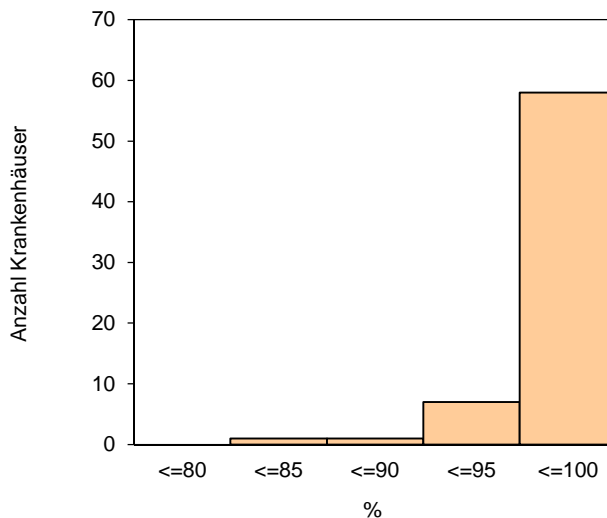
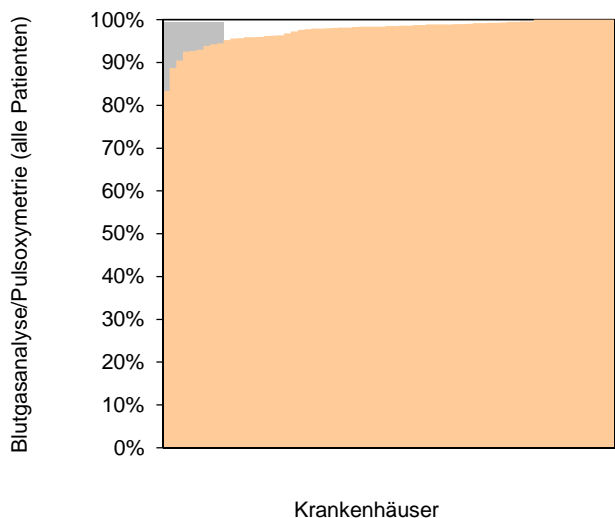
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	12.546 / 12.888 97,35%	12.225 / 12.550 97,41%	321 / 338 94,97%
	97,05% - 97,61%	97,12% - 97,67%	92,09% - 96,84%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

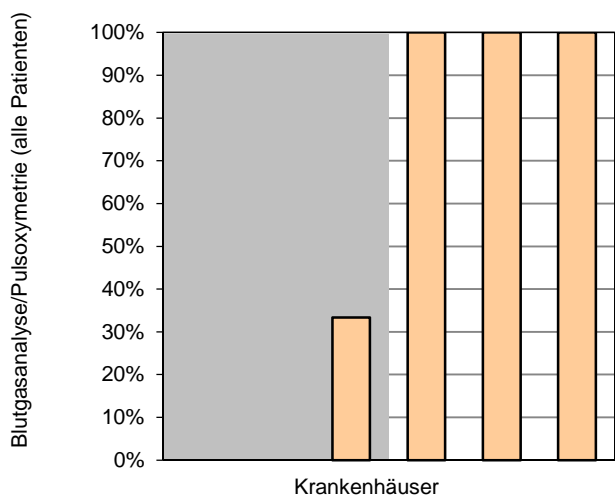
67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,33	92,59	93,90	96,30	98,51	99,37	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	66,67	100,00			100,00

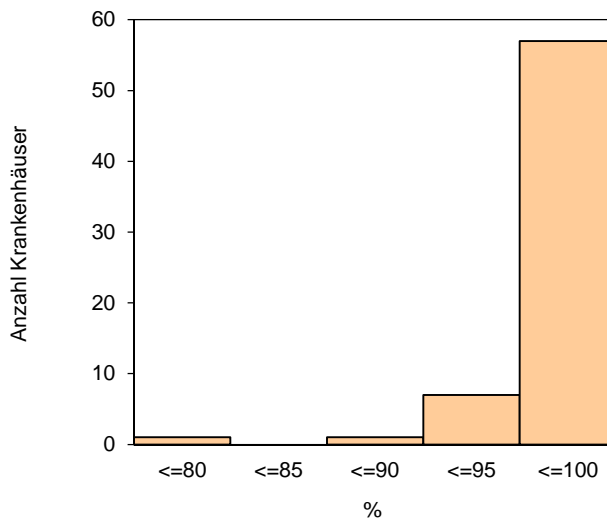
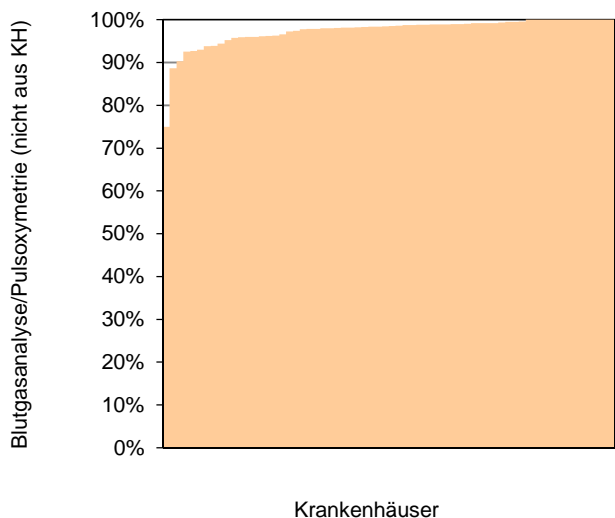
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

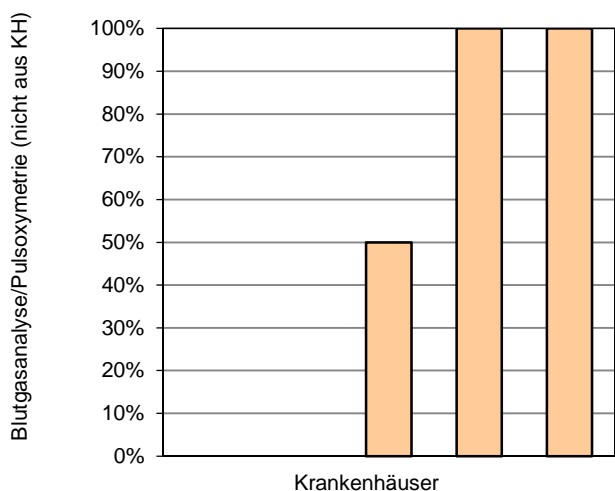
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,00	92,59	93,80	96,31	98,52	99,35	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	50,00	100,00			100,00

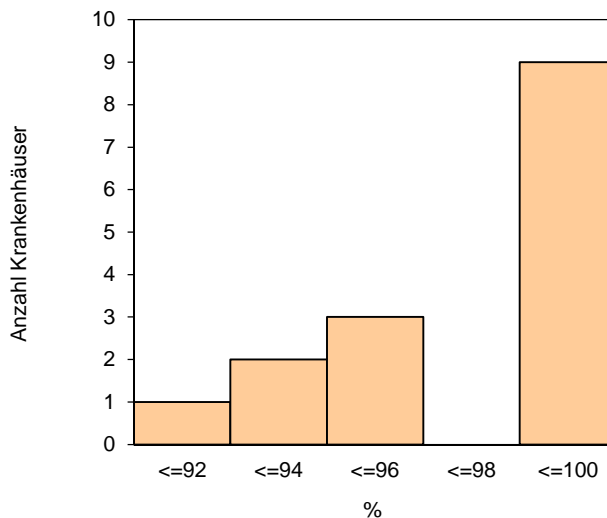
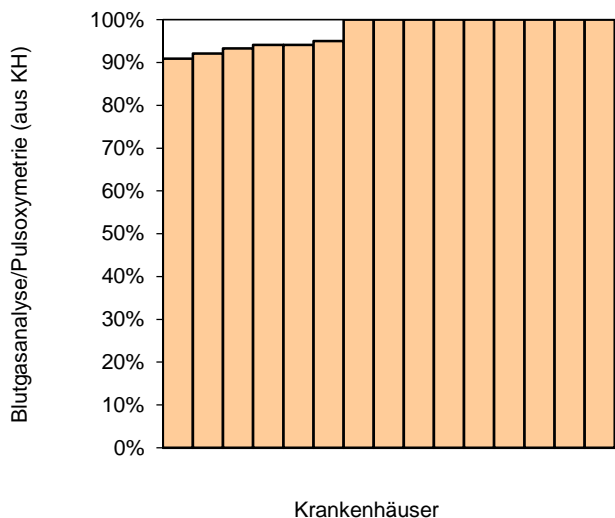
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

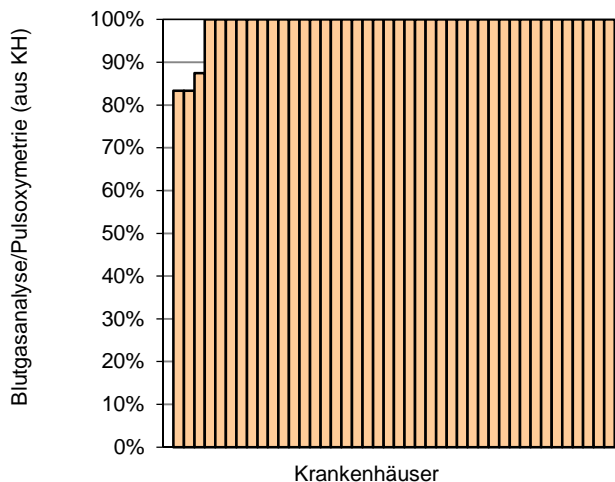
15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,91		92,11	94,12	100,00	100,00	100,00		100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

43 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Patienten, die <b>nicht</b> 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)
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 2:	2014/PNEU/2009
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 2:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	10.686 / 11.337 94,26%	10.375 / 11.007 94,26%	311 / 330 94,24%
Vertrauensbereich		93,81% - 94,68%	
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	136 / 11.337 1,20%	130 / 11.007 1,18%	6 / 330 1,82%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

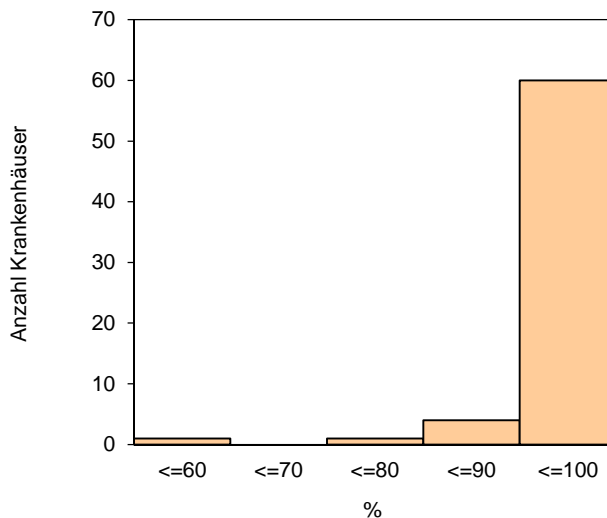
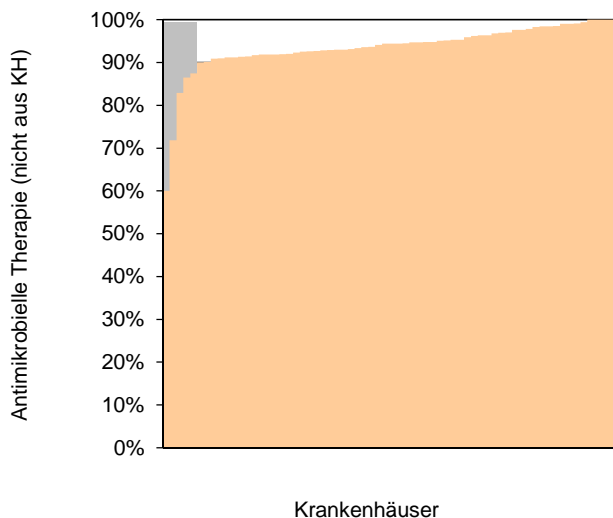
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	10.962 / 11.728 93,47%	10.686 / 11.428 93,51% 93,04% - 93,94%	276 / 300 92,00%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	156 / 11.728 1,33%	148 / 11.428 1,30%	8 / 300 2,67%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

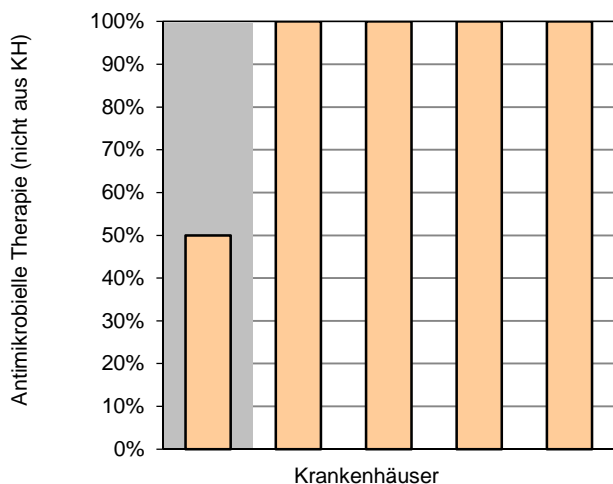
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00	86,52	90,18	91,89	94,39	96,93	99,07	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00			100,00	100,00	100,00			100,00

2 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 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.761 / 1.914 92,01%	8.106 / 8.579 94,49%	819 / 844 97,04%

### 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 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.715 / 1.863 92,06%	7.900 / 8.360 94,50%	760 / 784 96,94%

### 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 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			7.289 / 7.910	92,15%



### 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): 2014/PNEU/2012  
 Risikoklasse 2 (QI 3b): 2014/PNEU/2013

**Referenzbereich:**  
 Risikoklasse 1: >= 95,00% (Zielbereich)  
 Risikoklasse 2: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 95,00%	 >= 90,00%	

	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich Referenzbereich	1.583 / 1.640 96,52% 95,52% - 97,31% >= 95,00%	5.438 / 5.942 91,52% 90,78% - 92,20% >= 90,00%	268 / 328 81,71%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

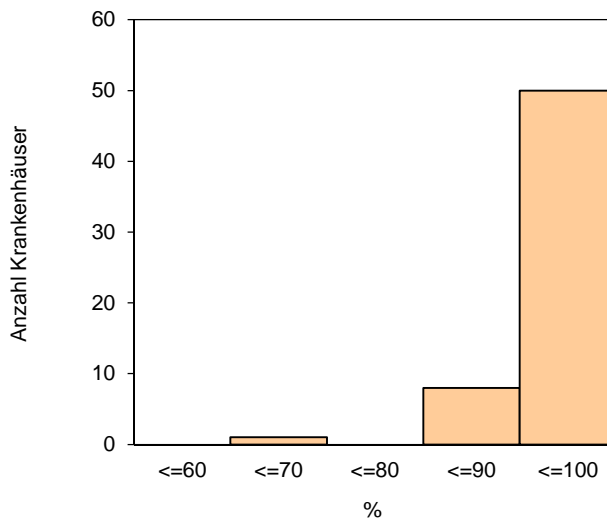
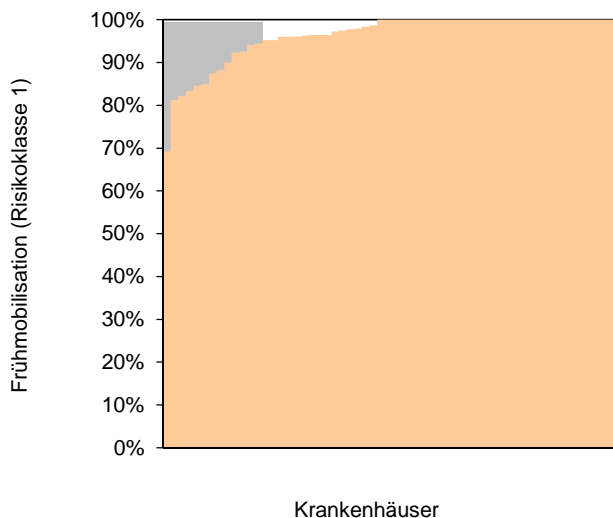
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.594 / 1.660 96,02% 94,97% - 96,86%	5.694 / 6.217 91,59% 90,87% - 92,25%	244 / 297 82,15%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

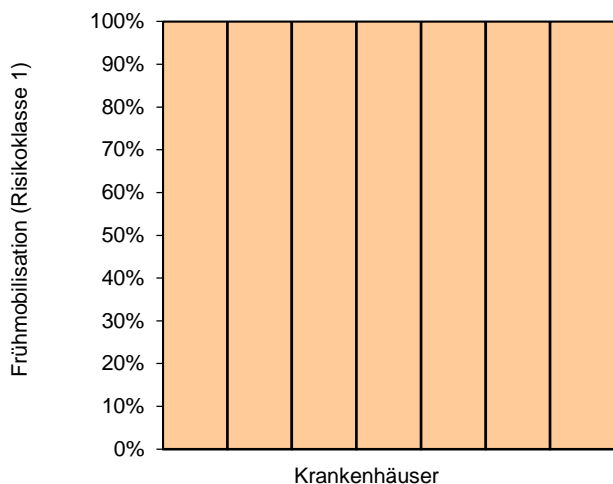
59 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,23	82,14	84,91	95,24	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

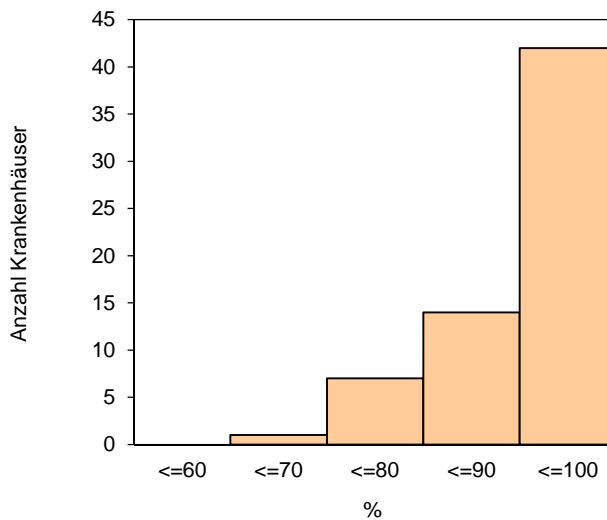
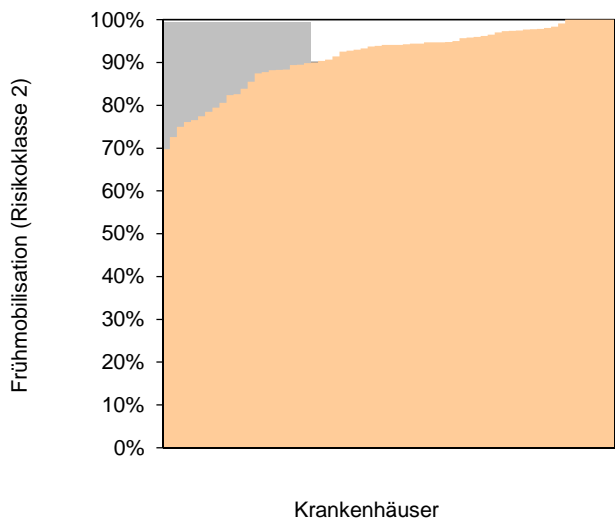
7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

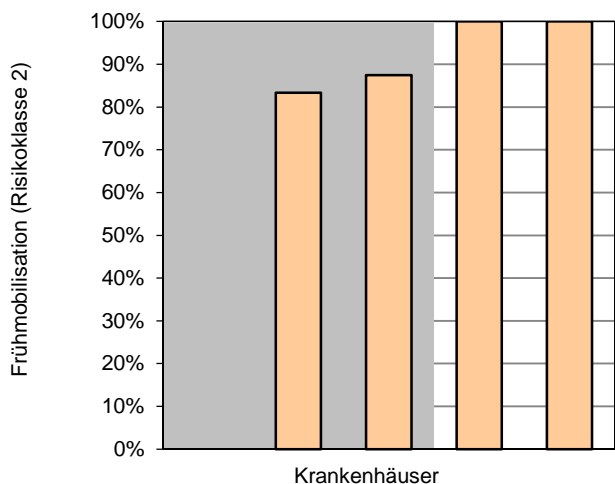
64 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,72	76,12	78,52	88,27	94,12	97,20	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			83,33	87,50	100,00			100,00

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:** 2014/PNEU/2015

**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			10.144 / 10.376	97,76%
Vertrauensbereich				97,46% - 98,03%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

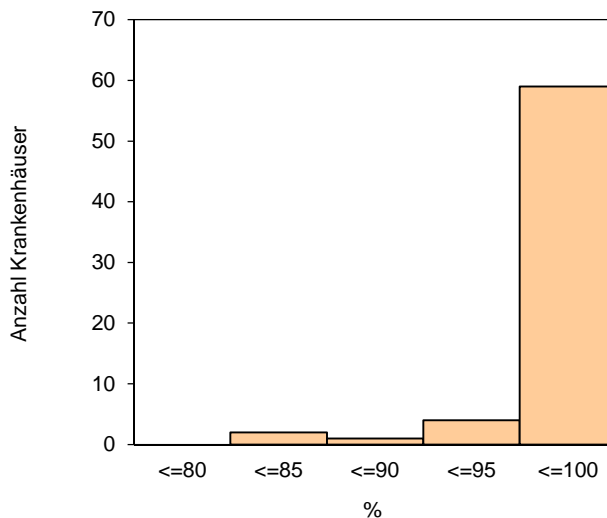
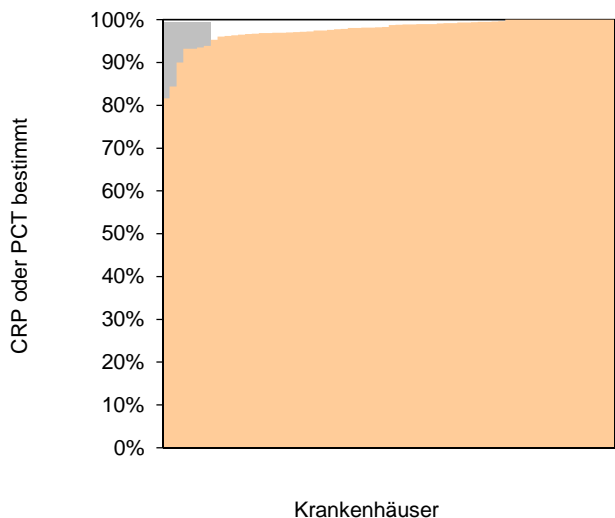
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			10.544 / 10.799	97,64%
Vertrauensbereich				97,33% - 97,91%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

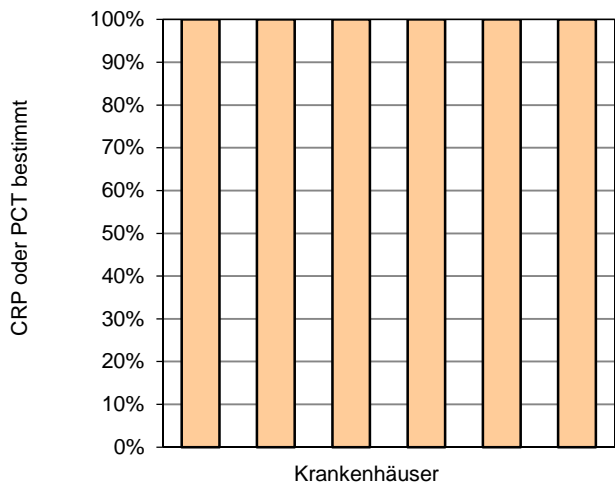
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,63	93,20	93,94	96,99	98,55	99,65	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

1 Krankenhaus hat 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 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.427 / 1.461	97,67%
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			34 / 1.461	2,33%

### 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): 2014/PNEU/2018  
 Risikoklasse 3 (QI 5b): 2014/PNEU/2019

**Referenzbereich:**  
 Risikoklasse 2: >= 95,00% (Zielbereich)  
 Risikoklasse 3: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich Referenzbereich		>= 95,00%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Referenzbereich			Sentinel Event



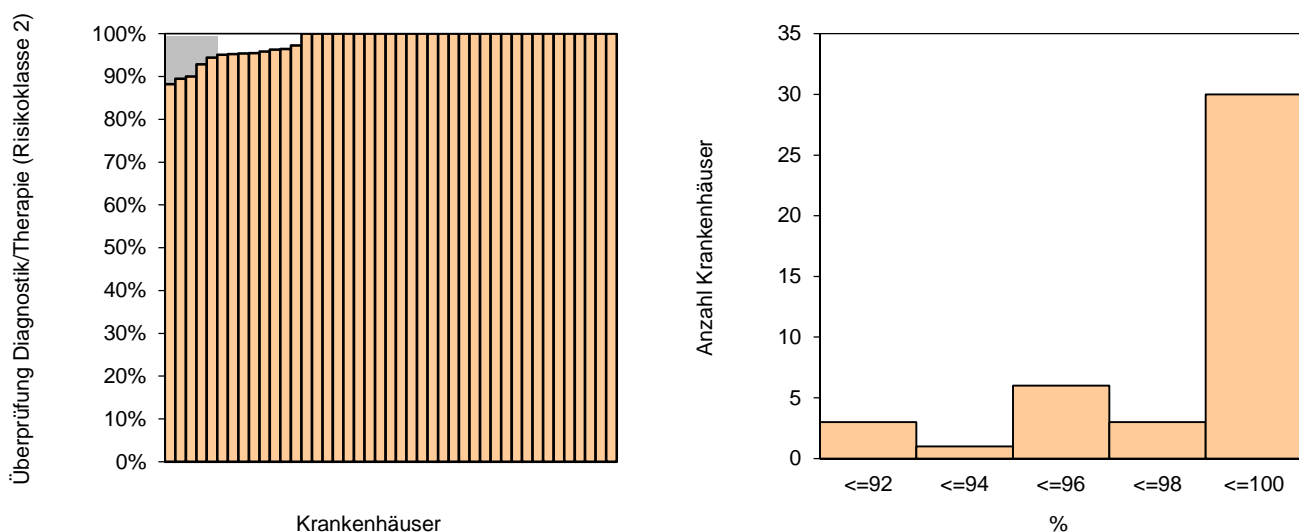
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich Referenzbereich	184 / 187 98,40%	1.118 / 1.147 97,47% 96,39% - 98,23% >= 95,00%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Referenzbereich			2 / 127 2,00 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	200 / 204 98,04%	1.334 / 1.377 96,88% 95,82% - 97,67%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			4 / 129 4,00 Fälle

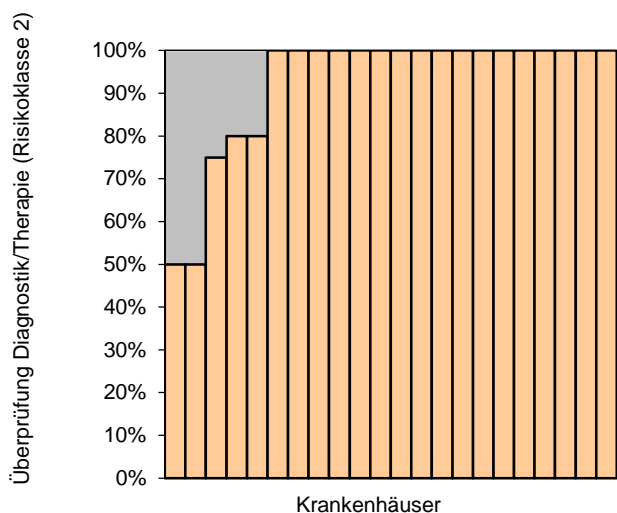
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/PNEU/2018]:  
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 43 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,24	90,00	94,44	96,30	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



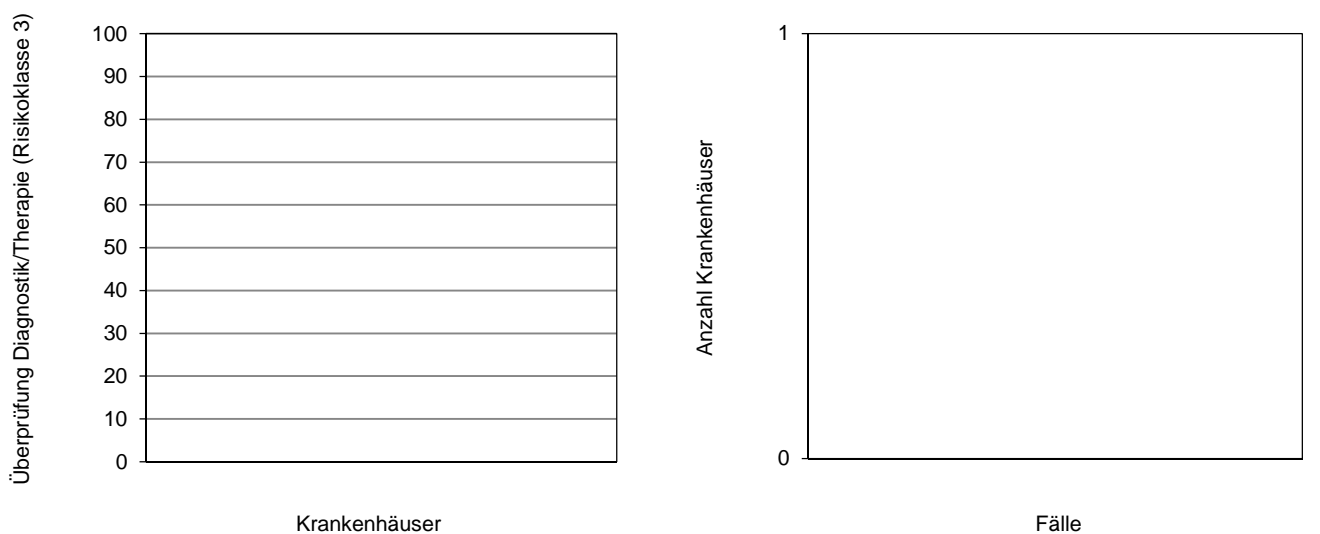
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00	50,00	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

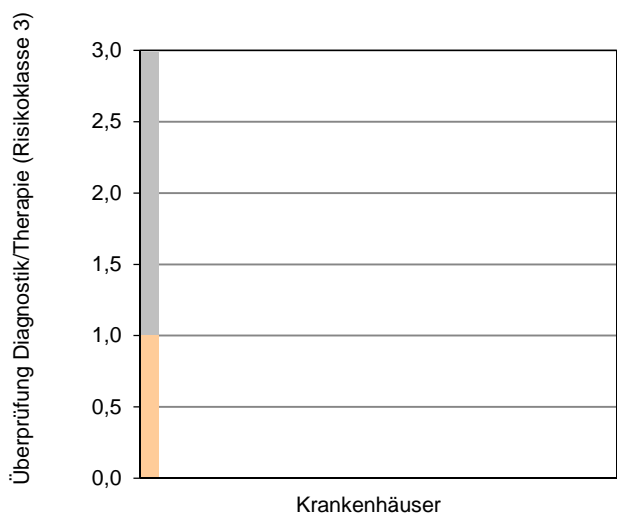
0 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

50 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

23 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:** 2014/PNEU/2028

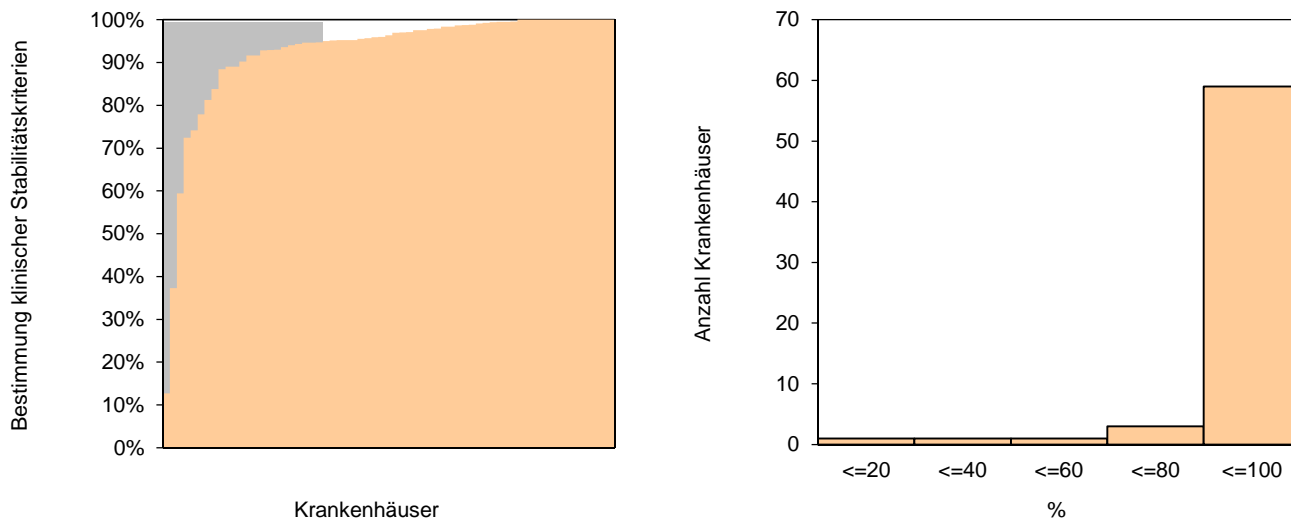
**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			7.626 / 8.107	94,07%
Vertrauensbereich				93,53% - 94,56%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Desorientierung			8.107 / 8.107	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			8.107 / 8.107	100,00%
Spontane Atemfrequenz			7.726 / 8.107	95,30%
Herzfrequenz			8.092 / 8.107	99,81%
Temperatur			8.100 / 8.107	99,91%
Sauerstoffsättigung			7.937 / 8.107	97,90%
Blutdruck systolisch			8.081 / 8.107	99,68%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung Vertrauensbereich			8.104 / 8.482	95,54% 95,08% - 95,96%
Desorientierung			8.482 / 8.482	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			8.482 / 8.482	100,00%
Spontane Atemfrequenz			8.227 / 8.482	96,99%
Herzfrequenz			8.463 / 8.482	99,78%
Temperatur			8.471 / 8.482	99,87%
Sauerstoffsättigung			8.298 / 8.482	97,83%
Blutdruck systolisch			8.459 / 8.482	99,73%

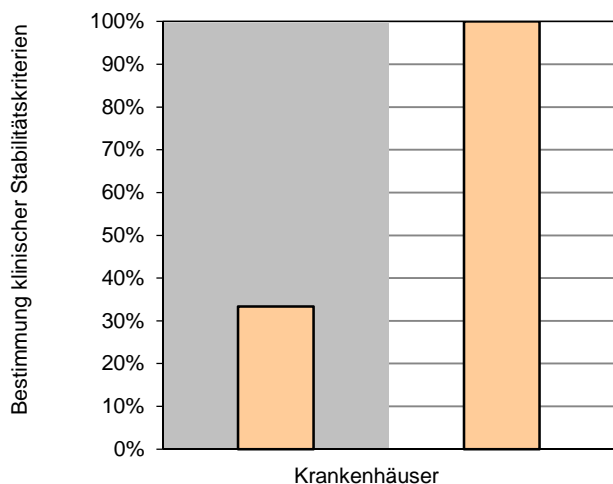
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/PNEU/2028]:  
 Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 65 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,70	72,41	81,25	93,02	96,36	99,48	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,33				66,67				100,00

6 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:** 2014/PNEU/2036

**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			7.428 / 7.626	97,40%
Vertrauensbereich				97,02% - 97,74%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			7.485 / 7.626	98,15%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.493 / 7.626	98,26%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			7.493 / 7.626	98,26%
Herzfrequenz maximal 100/min			7.494 / 7.626	98,27%
Temperatur maximal 37,2°C			7.339 / 7.626	96,24%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			7.376 / 7.626	96,72%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			7.546 / 7.626	98,95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			7.841 / 8.104	96,75% 96,35% - 97,12%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			7.924 / 8.104	97,78%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.920 / 8.104	97,73%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			7.931 / 8.104	97,87%
Herzfrequenz maximal 100/min			7.913 / 8.104	97,64%
Temperatur maximal 37,2°C			7.767 / 8.104	95,84%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			7.816 / 8.104	96,45%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			7.960 / 8.104	98,22%

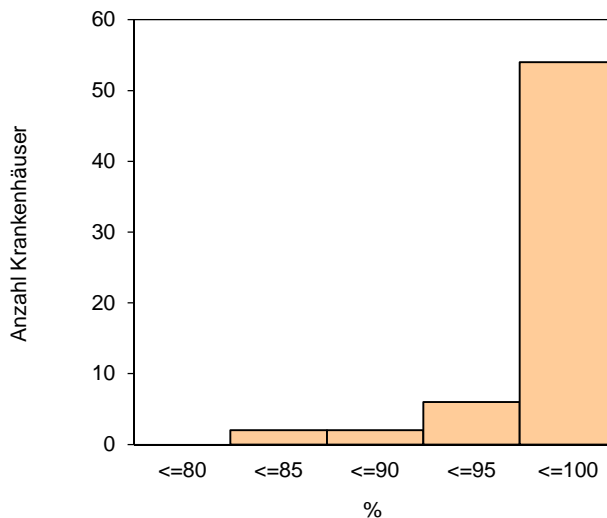
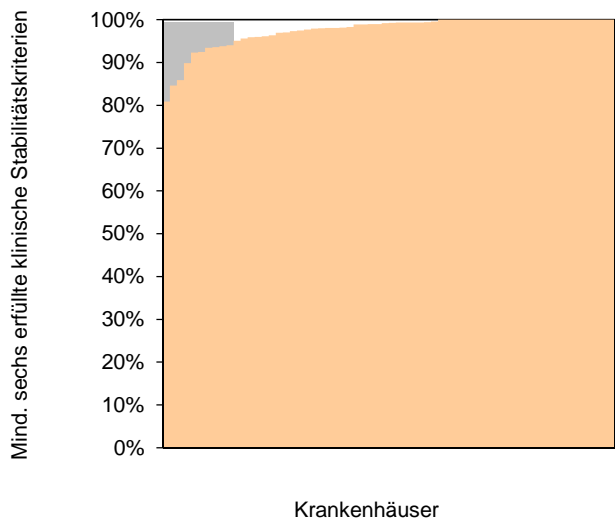


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2014/PNEU/2036]:**

**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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

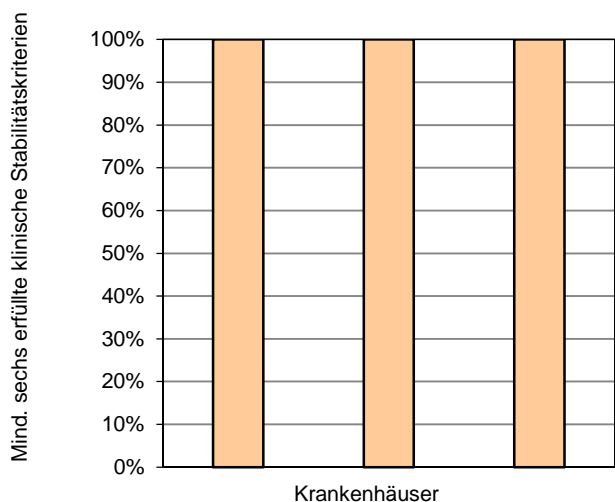
64 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,86	89,87	93,47	96,68	99,26	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00				100,00				100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

#### Sterblichkeit im Krankenhaus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 8a): 2014/PNEU/11878

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

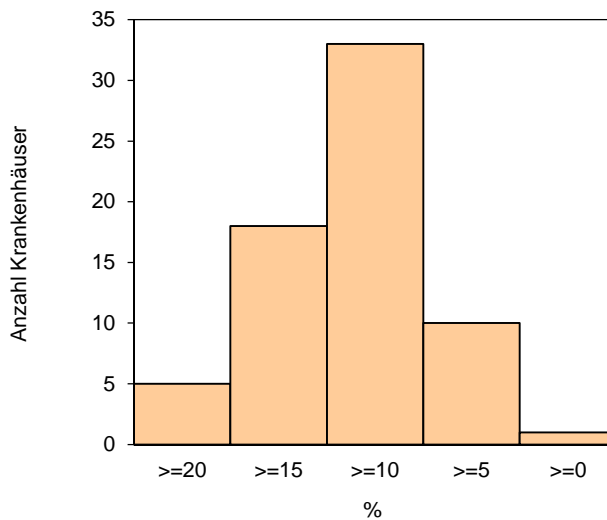
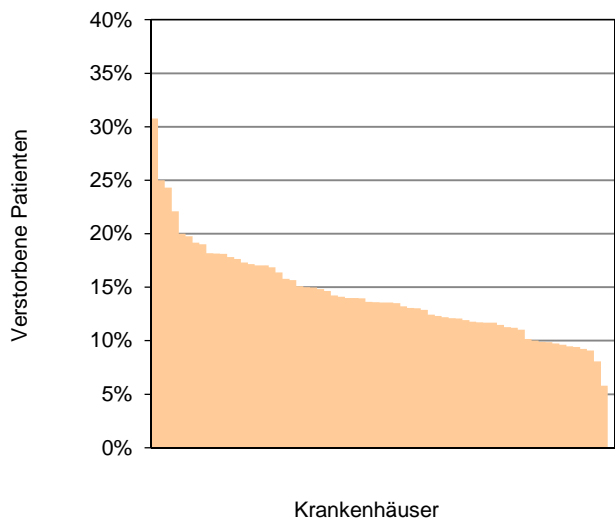
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.776 / 12.759	13,92%
Vertrauensbereich				13,33% - 14,53%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.812 / 12.888	14,06%
Vertrauensbereich				13,47% - 14,67%

<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2014 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2013 ab.

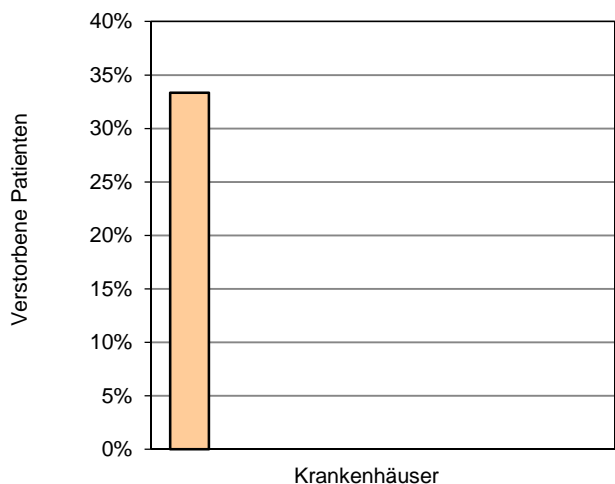
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/PNEU/11878]:  
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	9,09	9,46	11,49	13,57	17,03	19,18	22,09	30,77

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			33,33

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 8b): 2014/PNEU/50778

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		1.776 / 12.759 13,92%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		1.849,19 / 12.759 14,49%
O - E		-0,57%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,96
Vertrauensbereich		0,92 - 1,00
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

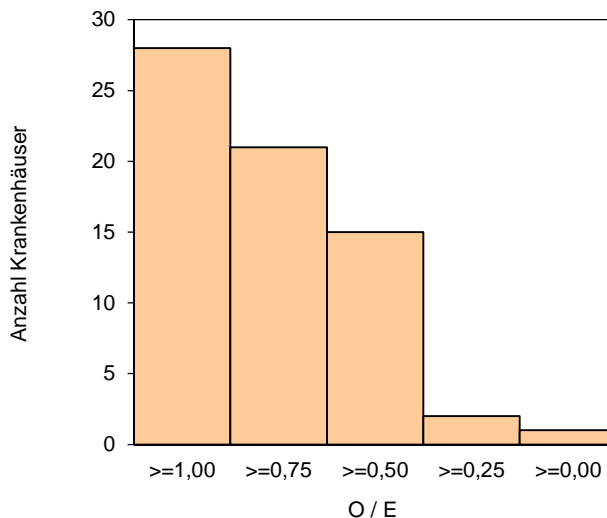
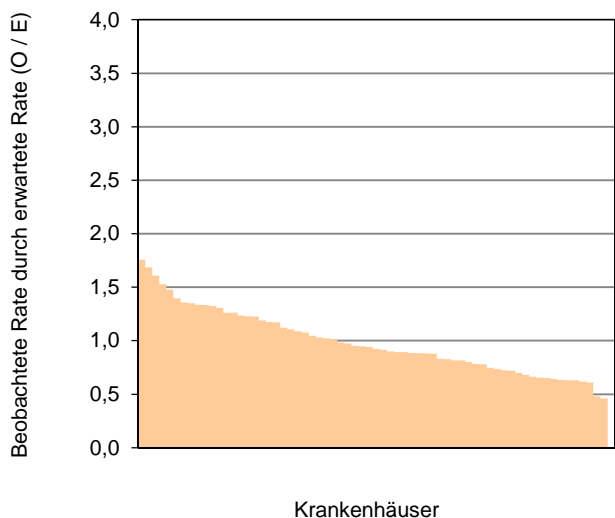
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.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

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		1.812 / 12.888 14,06%
vorhergesagt (E)		1.822,75 / 12.888 14,14%
O - E		-0,08%
O / E		0,99
Vertrauensbereich		0,95 - 1,04

<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2014 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2013 ab.

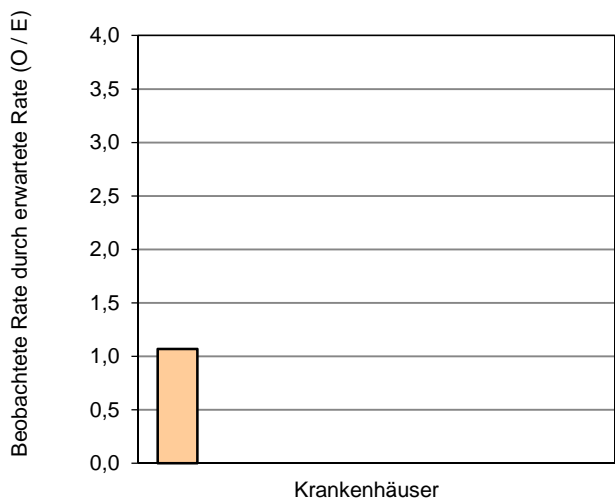
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/PNEU/50778]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,61	0,63	0,74	0,92	1,23	1,36	1,53	1,76

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			1,07

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Sterblichkeit im Krankenhaus - Risikoklassen nach CRB-65**

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

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

**Indikator-ID:**  
 Gruppe 2:  
 Risikoklasse 1 (QI 8c): 2014/PNEU/11879  
 Risikoklasse 2 (QI 8d): 2014/PNEU/11880  
 Risikoklasse 3 (QI 8e): 2014/PNEU/11881

**Referenzbereich:**  
 Gruppe 2:  
 Risikoklasse 1: <= 4,16% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
 Risikoklasse 2: <= 13,10% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
 Risikoklasse 3: <= 38,00% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 4,16%	<= 13,10%	<= 38,00%

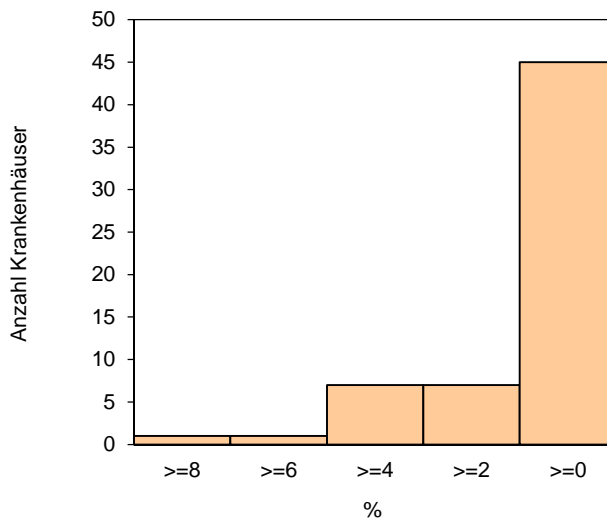
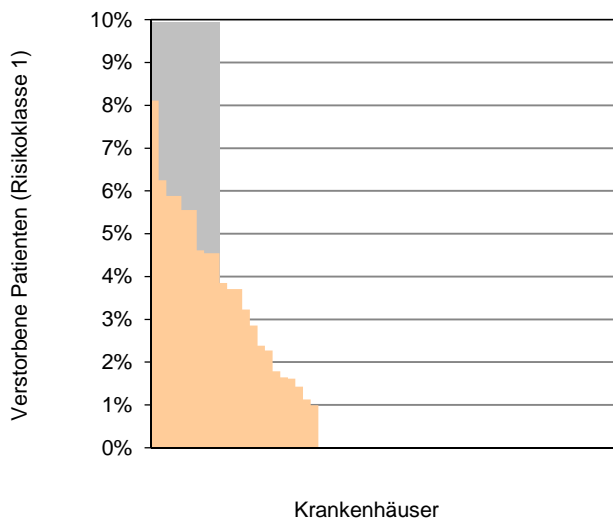
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	49 / 1.998 2,45%	1.305 / 9.621 13,56%	422 / 1.140 37,02%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	29 / 1.914 1,52%	735 / 8.579 8,57%	193 / 844 22,87%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,06% - 2,17% <= 4,16%	7,99% - 9,18% <= 13,10%	20,16% - 25,82% <= 38,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	58 / 2.035 2,85%	1.403 / 9.867 14,22%	351 / 986 35,60%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	42 / 1.961 2,14%	890 / 8.984 9,91%	197 / 783 25,16%
Vertrauensbereich	1,59% - 2,88%	9,31% - 10,54%	22,25% - 28,32%

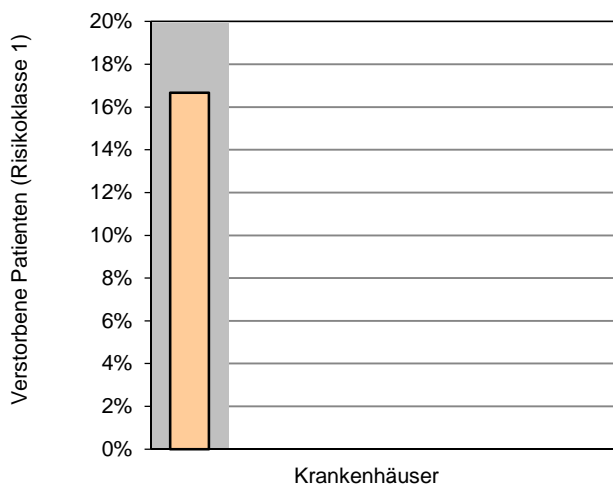
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2014/PNEU/11879]:  
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine  
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 61 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	4,62	5,88	8,11

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



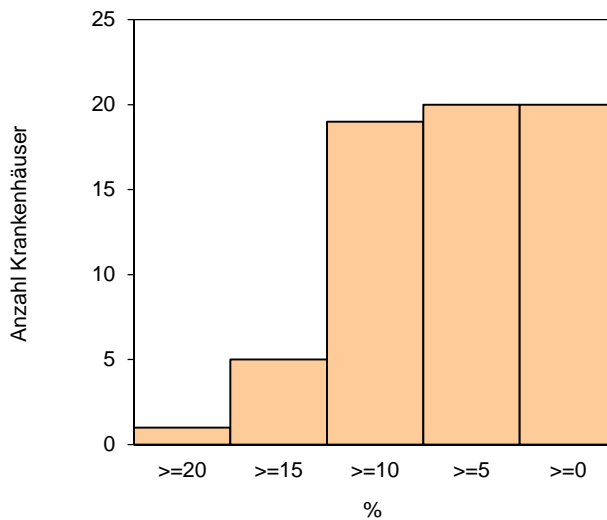
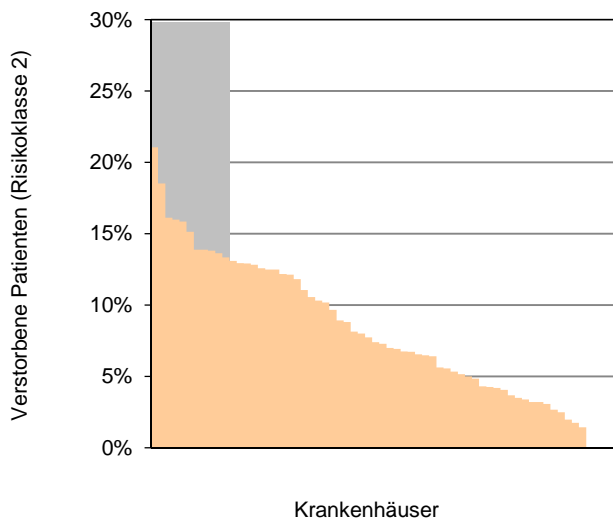
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			16,67

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



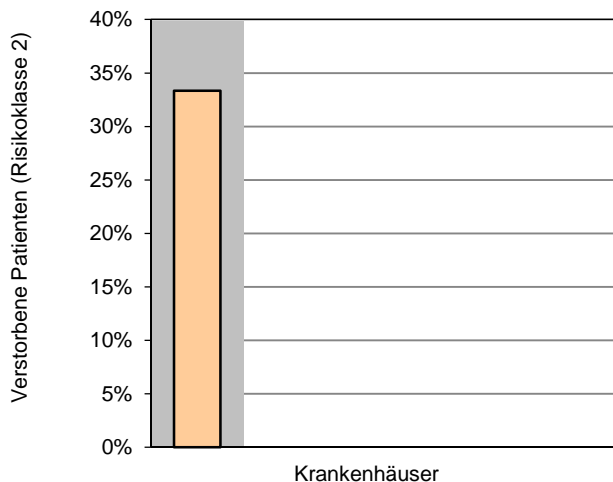
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2014/PNEU/11880]:  
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine  
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 65 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	1,96	4,20	7,29	12,50	13,89	16,00	21,05

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

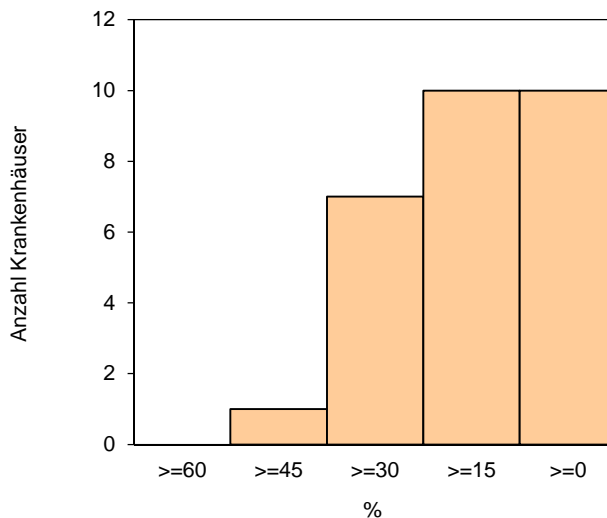
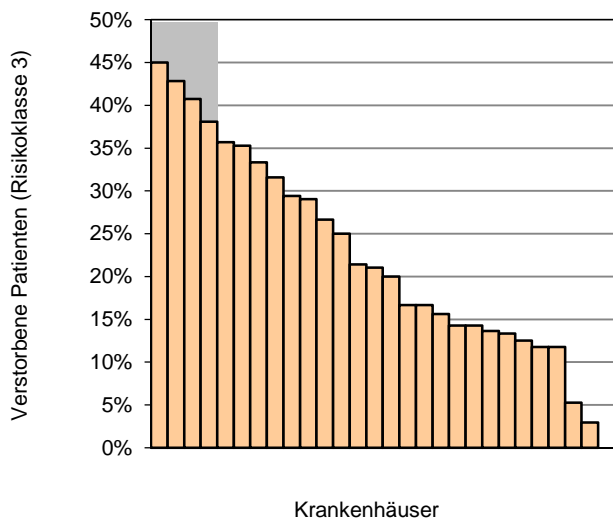


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			33,33

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

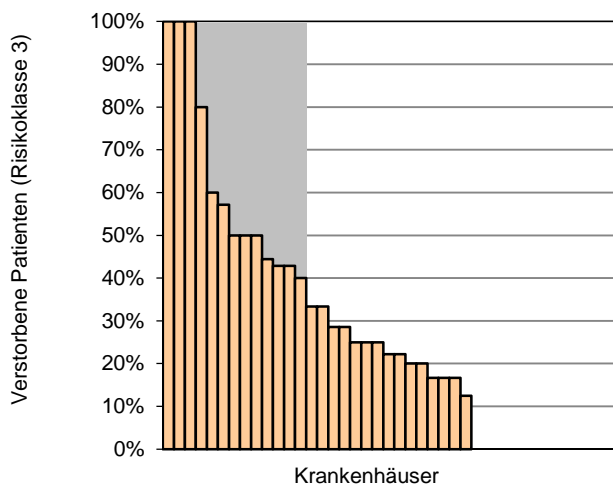
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2014/PNEU/11881]:  
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine  
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 28 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	2,94	5,26	13,48	20,53	32,46	40,74	42,86	45,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 41 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	22,22	42,86	60,00	100,00	100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			12.759	
18 - 19 Jahre			0 / 25	0,00%
20 - 29 Jahre			0 / 213	0,00%
30 - 39 Jahre			3 / 357	0,84%
40 - 49 Jahre			13 / 450	2,89%
50 - 59 Jahre			68 / 1.004	6,77%
60 - 69 Jahre			139 / 1.587	8,76%
70 - 79 Jahre			493 / 3.745	13,16%
80 - 89 Jahre			752 / 4.133	18,20%
>= 90 Jahre			308 / 1.245	24,74%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			12.888	
18 - 19 Jahre			1 / 25	4,00%
20 - 29 Jahre			2 / 192	1,04%
30 - 39 Jahre			5 / 318	1,57%
40 - 49 Jahre			13 / 498	2,61%
50 - 59 Jahre			64 / 1.039	6,16%
60 - 69 Jahre			127 / 1.557	8,16%
70 - 79 Jahre			467 / 3.643	12,82%
80 - 89 Jahre			801 / 4.229	18,94%
>= 90 Jahre			332 / 1.387	23,94%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.337	
18 - 19 Jahre			0 / 25	0,00%
20 - 29 Jahre			0 / 208	0,00%
30 - 39 Jahre			3 / 349	0,86%
40 - 49 Jahre			7 / 425	1,65%
50 - 59 Jahre			41 / 943	4,35%
60 - 69 Jahre			71 / 1.457	4,87%
70 - 79 Jahre			257 / 3.348	7,68%
80 - 89 Jahre			406 / 3.558	11,41%
>= 90 Jahre			172 / 1.024	16,80%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.728	
18 - 19 Jahre			1 / 25	4,00%
20 - 29 Jahre			0 / 182	0,00%
30 - 39 Jahre			5 / 315	1,59%
40 - 49 Jahre			5 / 468	1,07%
50 - 59 Jahre			44 / 982	4,48%
60 - 69 Jahre			91 / 1.481	6,14%
70 - 79 Jahre			281 / 3.329	8,44%
80 - 89 Jahre			491 / 3.754	13,08%
>= 90 Jahre			211 / 1.192	17,70%

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.776 / 12.759	
18 - 19 Jahre			0 / 1.776	0,00%
20 - 29 Jahre			0 / 1.776	0,00%
30 - 39 Jahre			3 / 1.776	0,17%
40 - 49 Jahre			13 / 1.776	0,73%
50 - 59 Jahre			68 / 1.776	3,83%
60 - 69 Jahre			139 / 1.776	7,83%
70 - 79 Jahre			493 / 1.776	27,76%
80 - 89 Jahre			752 / 1.776	42,34%
>= 90 Jahre			308 / 1.776	17,34%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.812 / 12.888	
18 - 19 Jahre			1 / 1.812	0,06%
20 - 29 Jahre			2 / 1.812	0,11%
30 - 39 Jahre			5 / 1.812	0,28%
40 - 49 Jahre			13 / 1.812	0,72%
50 - 59 Jahre			64 / 1.812	3,53%
60 - 69 Jahre			127 / 1.812	7,01%
70 - 79 Jahre			467 / 1.812	25,77%
80 - 89 Jahre			801 / 1.812	44,21%
>= 90 Jahre			332 / 1.812	18,32%


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


Gruppe 2	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			957 / 11.337	
18 - 19 Jahre			0 / 957	0,00%
20 - 29 Jahre			0 / 957	0,00%
30 - 39 Jahre			3 / 957	0,31%
40 - 49 Jahre			7 / 957	0,73%
50 - 59 Jahre			41 / 957	4,28%
60 - 69 Jahre			71 / 957	7,42%
70 - 79 Jahre			257 / 957	26,85%
80 - 89 Jahre			406 / 957	42,42%
>= 90 Jahre			172 / 957	17,97%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.129 / 11.728	
18 - 19 Jahre			1 / 1.129	0,09%
20 - 29 Jahre			0 / 1.129	0,00%
30 - 39 Jahre			5 / 1.129	0,44%
40 - 49 Jahre			5 / 1.129	0,44%
50 - 59 Jahre			44 / 1.129	3,90%
60 - 69 Jahre			91 / 1.129	8,06%
70 - 79 Jahre			281 / 1.129	24,89%
80 - 89 Jahre			491 / 1.129	43,49%
>= 90 Jahre			211 / 1.129	18,69%

**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:** 2014/PNEU/50722  
**Referenzbereich:** >= 98,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			11.943 / 12.533	95,29%
Vertrauensbereich				94,91% - 95,65%
Referenzbereich		>= 98,00%		>= 98,00%

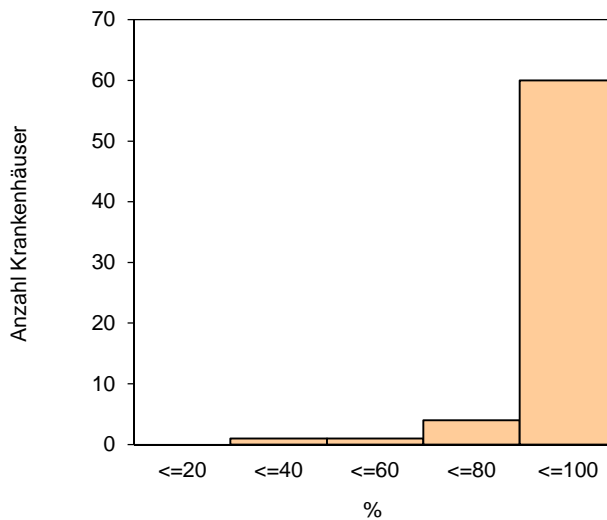
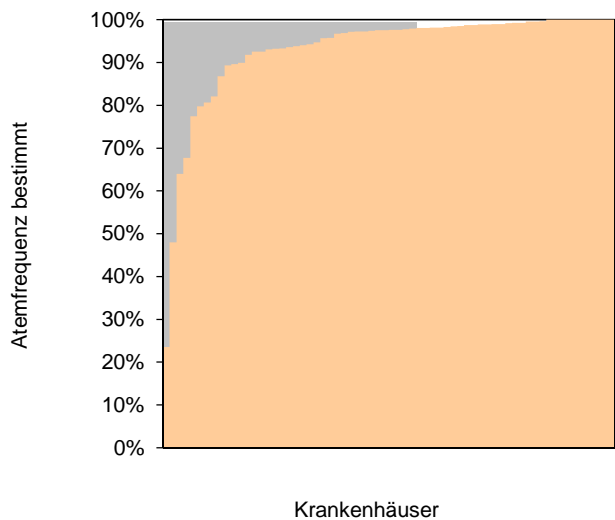
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			12.158 / 12.715	95,62%
Vertrauensbereich				95,25% - 95,96%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2014/PNEU/50722]:**

**Anteil von Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme an allen Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

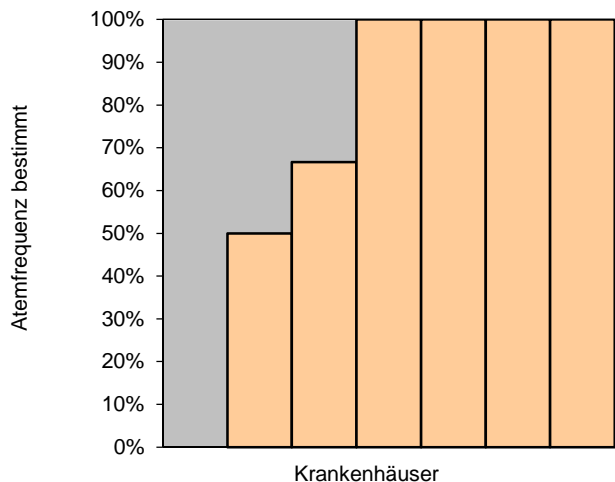
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,53	67,72	80,65	93,26	97,63	99,02	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			50,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



# Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

## Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 73  
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.759  
Datensatzversion: PNEU 2014  
Datenbankstand: 02. März 2015  
2014 - D15163-L95714-P45889

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

### Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			3.761	29,48	4.501	34,92
2. Quartal			3.143	24,63	3.255	25,26
3. Quartal			2.601	20,39	2.365	18,35
4. Quartal			3.254	25,50	2.767	21,47
Gesamt			12.759		12.888	

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

### Behandlungszeit

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		12.759		12.888	
Median			8,00		8,00
Mittelwert			9,97		10,00

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	Diabetes mellitus, Typ 2: 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 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				J18.0	3.871	30,34	J18.0	4.141	32,13
2				J18.9	2.998	23,50	J18.9	3.316	25,73
3				I10.00	2.766	21,68	I10.00	2.971	23,05
4				J96.00	1.858	14,56	J96.00	1.906	14,79
5				E11.90	1.500	11,76	E11.90	1.595	12,38
6				E86	1.481	11,61	E86	1.495	11,60
7				J18.8	1.480	11,60	J18.8	1.450	11,25
8				R15	1.341	10,51	R15	1.362	10,57

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**Patienten**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			12.759 / 12.759		12.888 / 12.888	
18 - 19 Jahre			25 / 12.759	0,20	25 / 12.888	0,19
20 - 29 Jahre			213 / 12.759	1,67	192 / 12.888	1,49
30 - 39 Jahre			357 / 12.759	2,80	318 / 12.888	2,47
40 - 49 Jahre			450 / 12.759	3,53	498 / 12.888	3,86
50 - 59 Jahre			1.004 / 12.759	7,87	1.039 / 12.888	8,06
60 - 69 Jahre			1.587 / 12.759	12,44	1.557 / 12.888	12,08
70 - 79 Jahre			3.745 / 12.759	29,35	3.643 / 12.888	28,27
80 - 89 Jahre			4.133 / 12.759	32,39	4.229 / 12.888	32,81
>= 90 Jahre			1.245 / 12.759	9,76	1.387 / 12.888	10,76
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			12.759		12.888	
Median				77,00		78,00
Mittelwert				73,75		74,06
<b>Geschlecht</b>						
männlich			7.327	57,43	7.295	56,60
weiblich			5.432	42,57	5.593	43,40

**Aufnahme**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung</b>			3.068	24,05	3.123	24,23
<b>Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung</b>			379	2,97	338	2,62
<b>Chronische Bettlägerigkeit</b>			3.041	23,83	3.089	23,97
<b>Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung</b>						
ja			226	1,77	173	1,34
nein			12.533	98,23	12.715	98,66
wenn nein						
<b>Desorientierung (bei Aufnahme)</b>						
nein			7.927	63,25	8.203	64,51
pneumoniebedingt			1.235	9,85	1.053	8,28
nicht pneumoniebedingt			3.371	26,90	3.459	27,20
<b>Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)</b>						
Anzahl gültiger Angaben			11.943		12.158	
Median				22,00		22,00
Mittelwert				23,10		22,93
nicht bestimmt			590	4,71	557	4,38
<b>Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)</b>						
Anzahl gültiger Angaben			12.533		12.715	
Median				130,00		130,00
Mittelwert				133,12		133,32
<b>Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)</b>						
Anzahl gültiger Angaben			12.533		12.715	
Median				75,00		75,00
Mittelwert				74,01		74,60
<b>Akute Symptomatik (Fieber, Husten, Auswurf etc.)<sup>1</sup></b>						
ja			11.458	89,80	-	-
nein			1.301	10,20	-	-
<b>Frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax<sup>1</sup></b>						
ja			10.879	85,27	-	-
nein			1.880	14,73	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2014

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ausschluss schwerer Immunsuppression<sup>1</sup></b> (HIV, TB, Neutropenie etc.)						
ja			10.309	80,80	-	-
nein			2.450	19,20	-	-
<b>Kein KH-Aufenthalt innerhalb der letzten 28 Tage<sup>1</sup></b>						
ja			8.418	65,98	-	-
nein			4.341	34,02	-	-
<b>Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			148	1,16	160	1,24
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			12.362	96,89	12.434	96,48
4 bis unter 8 Stunden			113	0,89	112	0,87
8 Stunden und später			136	1,07	182	1,41
<b>Initiale antimikrobielle Therapie</b>						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			191	1,50	205	1,59
4 bis unter 8 Stunden			11.265	88,29	11.159	86,58
8 Stunden und später			732	5,74	864	6,70
			571	4,48	660	5,12

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2014

**Verlauf**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes)</b>						
keine Mobilisation			1.903	14,91	1.863	14,46
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			9.746	76,39	9.998	77,58
nach 24 Stunden und später			1.110	8,70	1.027	7,97
<b>Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes</b>						
wenn ja			11.819	92,63	11.983	92,98
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			9.841	83,26	9.815	81,91
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.914	96,76	2.085	96,17
<b>Maschinelle Beatmung</b>						
nein			11.762	92,19	12.046	93,47
ja, ausschließlich nicht-invasiv			395	3,10	326	2,53
ja, ausschließlich invasiv			340	2,66	253	1,96
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			262	2,05	263	2,04
wenn ja						
<b>Dauer (Stunden)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			997		842	
Median				82,00		90,50
Mittelwert				191,41		199,23
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			41	0,32	35	0,27
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				241,00		408,00
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			935	93,78	778	92,40

### 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 <sup>1</sup> (Median in Stunden)	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
<b>Patienten, die maschinell beatmet wurden</b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		729	64,00	628	80,00
<b>Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden</b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		201	206,00	200	216,00
<b>Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden</b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		355	26,00	294	27,50
<b>Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden</b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		173	132,00	134	142,00
<b>davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)</b> Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		24	128,00	18	166,00
Risikoklasse 2 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		118	140,00	96	138,50
Risikoklasse 3 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		31	121,00	20	111,50

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup> (Median in Stunden)	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Patienten, die maschinell beatmet wurden</b>					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		221	9,00	178	9,00
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		202	48,50	174	55,50
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		60	120,00	58	115,00
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		246	368,50	218	347,00
<b>Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden</b>					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		16	13,50	18	13,50
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		44	59,00	46	60,00
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		16	121,00	12	116,00
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		125	408,00	124	361,50

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup> (Median in Stunden)	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden</b>					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		174		142	
Median			9,00		9,50
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		120		92	
Median			47,00		52,50
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		23		31	
Median			116,00		112,00
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		38		29	
Median			213,50		185,00
<b>Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden</b>					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		31		18	
Median			7,00		5,50
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		38		36	
Median			46,50		57,00
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		15	
Median			121,00		126,00
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		83		65	
Median			408,00		398,00

<sup>1</sup> Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

**Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden</b>						
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H <sub>2</sub> O			340	2,66	253	1,96
<b>Dokumentierter Therapieverzicht</b>						
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?			331	97,35	239	94,47
			1.422 / 12.759	11,15	1.160 / 12.888	9,00

### Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <= 7	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten</b>			10.983 / 12.759	86,08	11.076 / 12.888	85,94
<b>Desorientierung</b>						
nein			7.756 / 10.983	70,62	7.922 / 11.076	71,52
pneumoniebedingt			238 / 10.983	2,17	267 / 11.076	2,41
nicht pneumoniebedingt			2.278 / 10.983	20,74	2.357 / 11.076	21,28
<b>Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme</b>						
nein			319 / 10.983	2,90	334 / 11.076	3,02
ja			9.921 / 10.983	90,33	10.191 / 11.076	92,01
<b>Spontane Atemfrequenz</b>						
maximal 24/min			9.521 / 10.983	86,69	9.899 / 11.076	89,37
über 24/min			221 / 10.983	2,01	267 / 11.076	2,41
nicht bestimmt			497 / 10.983	4,53	345 / 11.076	3,11
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			29 / 10.983	0,26	27 / 11.076	0,24
<b>Herzfrequenz</b>						
maximal 100/min			9.977 / 10.983	90,84	10.193 / 11.076	92,03
über 100/min			268 / 10.983	2,44	323 / 11.076	2,92
nicht bestimmt			27 / 10.983	0,25	30 / 11.076	0,27
<b>Temperatur</b>						
maximal 37,2° C			9.735 / 10.983	88,64	9.957 / 11.076	89,90
über 37,2° C			521 / 10.983	4,74	564 / 11.076	5,09
nicht bestimmt			14 / 10.983	0,13	17 / 11.076	0,15
<b>Sauerstoffsättigung</b>						
unter 90%			438 / 10.983	3,99	479 / 11.076	4,32
mindestens 90%			9.586 / 10.983	87,28	9.797 / 11.076	88,45
nicht bestimmt			244 / 10.983	2,22	264 / 11.076	2,38
<b>Blutdruck systolisch</b>						
unter 90 mmHg			158 / 10.983	1,44	204 / 11.076	1,84
mindestens 90 mmHg			10.056 / 10.983	91,56	10.306 / 11.076	93,05
nicht bestimmt			46 / 10.983	0,42	29 / 11.076	0,26

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8.348	65,43	8.634	66,99
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			152	1,19	140	1,09
03: aus sonstigen Gründen			19	0,15	17	0,13
04: gegen ärztlichen Rat			125	0,98	125	0,97
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			446	3,50	390	3,03
07: Tod			1.776	13,92	1.812	14,06
08: Verlegung nach §14			16	0,13	18	0,14
09: in Rehabilitationseinrichtung			145	1,14	118	0,92
10: in Pflegeeinrichtung			1.683	13,19	1.599	12,41
11: in Hospiz			8	0,06	9	0,07
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			6	0,05	2	0,02
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,02	1	0,01
15: gegen ärztlichen Rat			5	0,04	2	0,02
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			27	0,21	21	0,16
22: Fallabschluss			1	0,01	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr <sup>2</sup>			0	0,00	-	-

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- |   |   |
|---|---|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> | <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>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</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)</p> |
|---|---|

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2014

**Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung**

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte</b>			8.688	79,10	8.782	79,29
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			300	3,45	307	3,50

**Letalität**

Alle Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>						
Alle Patienten			1.776 / 12.759	13,92	1.812 / 12.888	14,06
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			773 / 3.068	25,20	829 / 3.123	26,54
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			93 / 226	41,15	59 / 173	34,10
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			62 / 379	16,36	57 / 338	16,86
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus			1.714 / 12.380	13,84	1.755 / 12.550	13,98
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			14 / 41	34,15	10 / 35	28,57
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus und <b>nicht</b> aus stationärer Pflegeeinrichtung			941 / 9.312	10,11	926 / 9.427	9,82
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			377 / 997	37,81	292 / 842	34,68
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			116 / 395	29,37	93 / 326	28,53
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			155 / 340	45,59	108 / 253	42,69
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			106 / 262	40,46	91 / 263	34,60

**Letalität (Fortsetzung)**

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.776 / 12.759	13,92	1.812 / 12.888	14,06
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			386 / 2.452	15,74	478 / 2.589	18,46
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			41 / 163	25,15	37 / 139	26,62
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			29 / 330	8,79	36 / 300	12,00
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus			928 / 11.007	8,43	1.093 / 11.428	9,56
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			6 / 33	18,18	8 / 30	26,67
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus und <b>nicht</b> aus stationärer Pflegeeinrichtung			542 / 8.555	6,34	615 / 8.839	6,96
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			219 / 804	27,24	185 / 700	26,43
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			61 / 328	18,60	54 / 274	19,71
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			91 / 264	34,47	76 / 207	36,71
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			67 / 212	31,60	55 / 219	25,11



## Ambulant erworbene Pneumonie Risikoadjustierung mit dem logistischen Pneumonie-Score

**Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.**

**Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de).**

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

### 2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen 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 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH ([www.sqg.de](http://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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15,00\%$  definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15,00\%$  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 2014.

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:  $\leq 2,50\%$   
5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)  
10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (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  $\leq 2,50\%$   
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).  
Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$   
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).  
Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  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 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

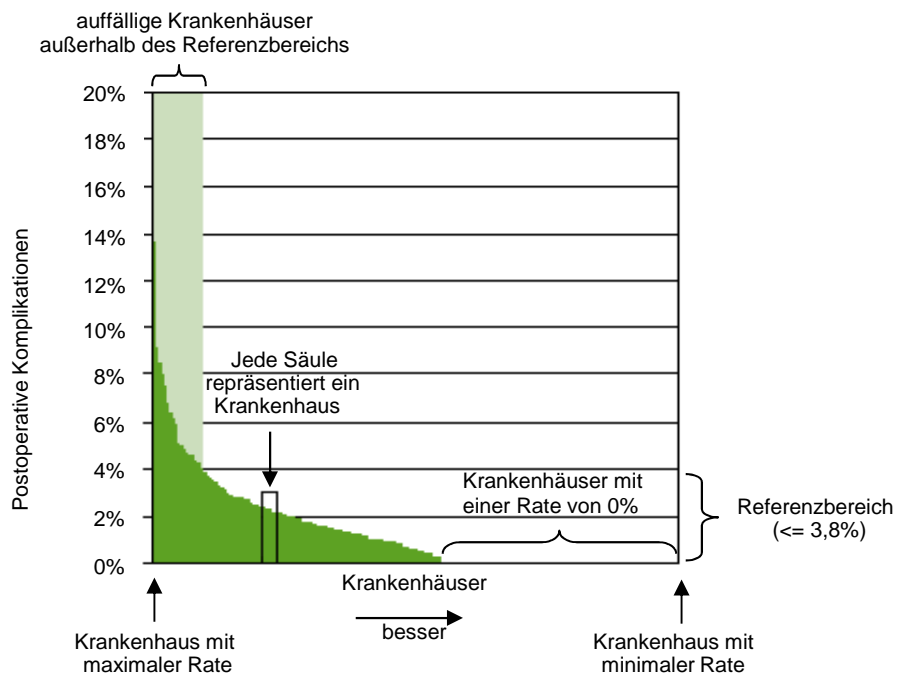
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

#### Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen  
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



### 2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

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

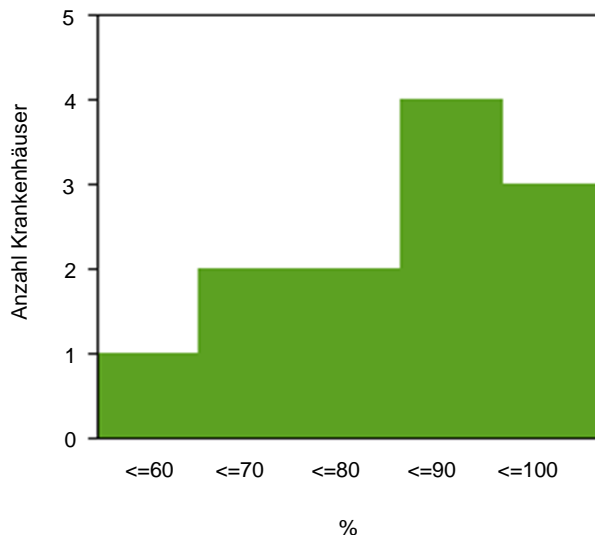
**Beispiel:**

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

- 1. Klasse: <= 60%
- 2. Klasse: > 60% bis <= 70%
- 3. Klasse: > 70% bis <= 80%
- 4. Klasse: > 80% bis <= 90%
- 5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

### 6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7. Interpretation der Ergebnisse

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



## 8. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) 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 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% 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.