

Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.990
Datensatzversion: PNEU 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15164-L95716-P45895

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 Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2014
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.990
Datensatzversion: PNEU 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15164-L95716-P45895

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie							
1a: 2014/PNEU/2005							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			96,05%	>= 95,00%	innerhalb	96,64%	9
1b: 2014/PNEU/2006							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			96,37%	nicht definiert	-	96,97%	9
1c: 2014/PNEU/2007							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			88,82%	nicht definiert	-	88,62%	9

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² 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 ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/PNEU/2009							
QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			92,15%	>= 90,00%	innerhalb	92,74%	14
2014/PNEU/2012							
QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme 3a: 2014/PNEU/2012 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			93,81%	>= 95,00%	außerhalb	95,75%	18
2014/PNEU/2013							
3b: 2014/PNEU/2013 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			89,67%	>= 90,00%	außerhalb	90,66%	18
2014/PNEU/2015							
QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme			96,15%	>= 95,00%	innerhalb	96,39%	22

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² 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 ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens							
5a: 2014/PNEU/2018							
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)							
			95,59%	>= 95,00%	innerhalb	92,67%	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	7,00 Fälle	24
2014/PNEU/2028							
QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung							
			89,14%	>= 95,00%	außerhalb	90,45%	28
2014/PNEU/2036							
QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung							
			97,37%	>= 95,00%	innerhalb	97,15%	31

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² 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 ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus							
8a: 2014/PNEU/11878							
Sterblichkeit im Krankenhaus			13,30%	nicht definiert	-	15,06%	34
8b: 2014/PNEU/50778							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,93	nicht definiert	-	1,07	36
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:							
8c: 2014/PNEU/11879							
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			1,93%	<= 4,16%	innerhalb	3,14%	38
8d: 2014/PNEU/11880							
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			9,74%	<= 13,10%	innerhalb	12,86%	38
8e: 2014/PNEU/11881							
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			27,21%	<= 38,00%	innerhalb	35,26%	38
2014/PNEU/50722							
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme							
			91,11%	>= 98,00%	außerhalb	91,90%	47

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² 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 ≥ 30 /min | (Respiratory rate) |
| o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) | (Blood pressure) |
| o Alter ≥ 65 Jahre | (65 Jahre) |

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

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

Beatmete Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

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

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

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

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

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

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




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

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel:	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen
Grundgesamtheit:	Gruppe 1: Alle Patienten Gruppe 2: Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden Gruppe 3: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 1a): 2014/PNEU/2005 Gruppe 2 (QI 1b): 2014/PNEU/2006 Gruppe 3 (QI 1c): 2014/PNEU/2007
Referenzbereich:	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	7.674 / 7.990 96,05%	7.372 / 7.650 96,37%	302 / 340 88,82%
Vertrauensbereich	95,60% - 96,45%	95,92% - 96,76%	85,03% - 91,75%
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	■	■	■

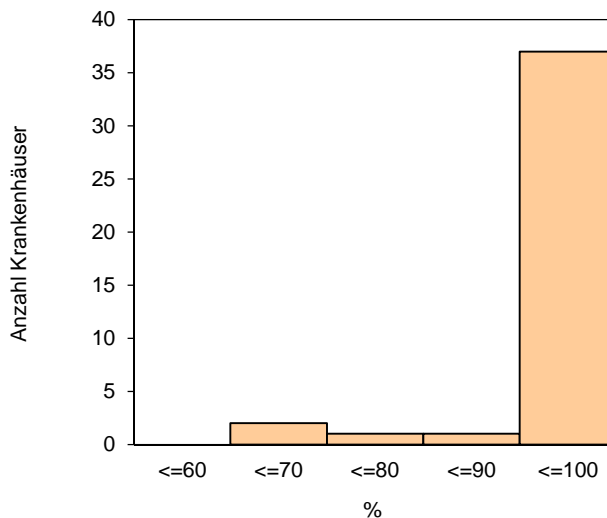
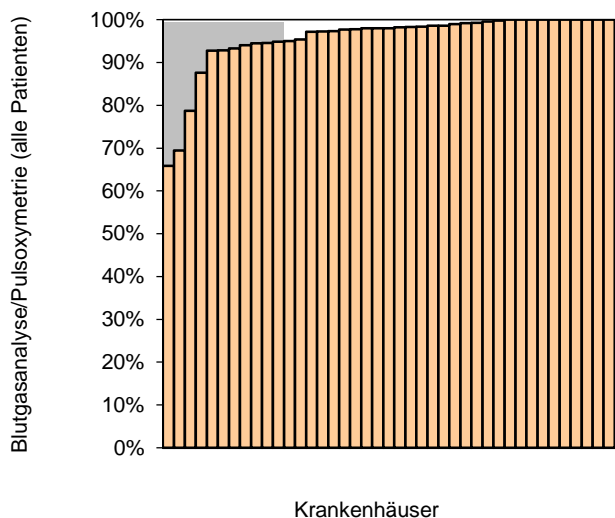
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	7.908 / 8.183 96,64% 96,23% - 97,01%	7.620 / 7.858 96,97% 96,57% - 97,33%	288 / 325 88,62% 84,70% - 91,63%

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:

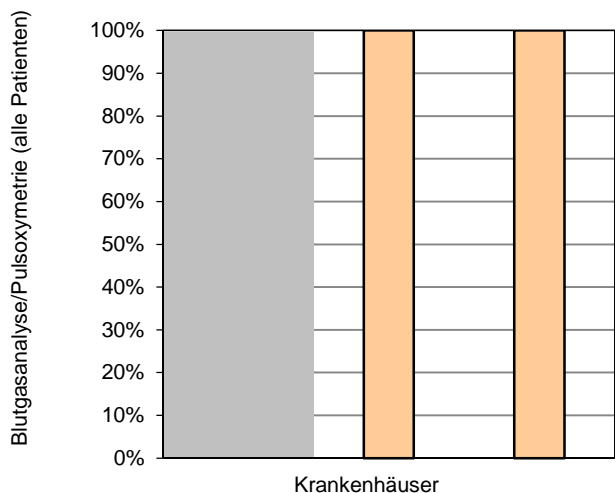
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,85	78,75	92,81	94,86	98,03	99,79	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
	0,00				100,00				100,00

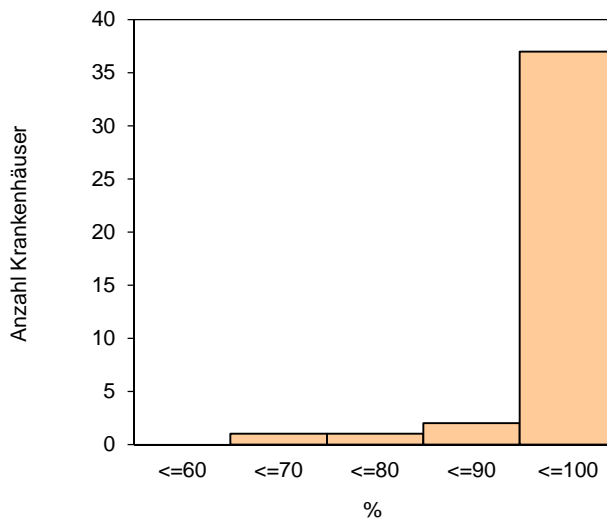
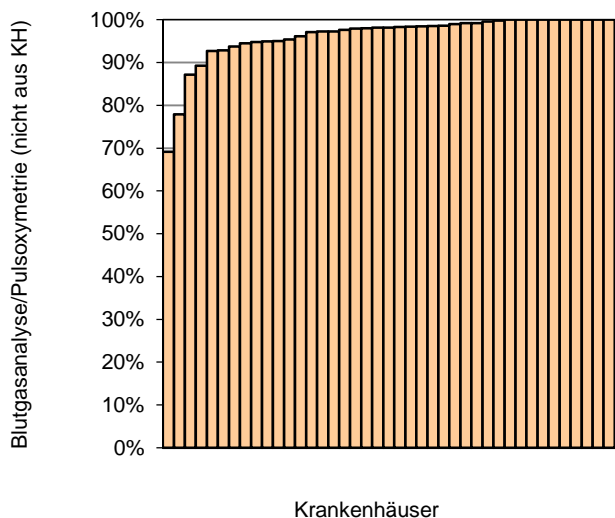
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

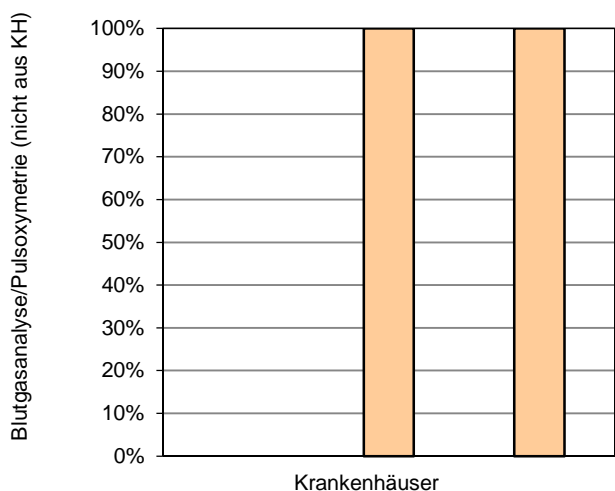
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,13	87,18	92,71	95,03	98,20	99,79	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
	0,00				100,00				100,00

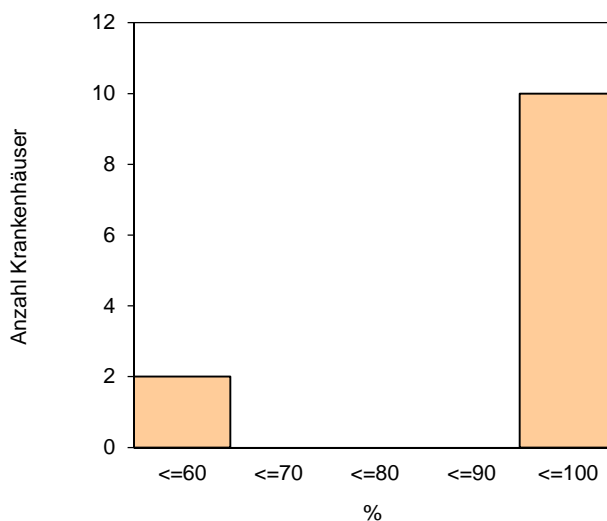
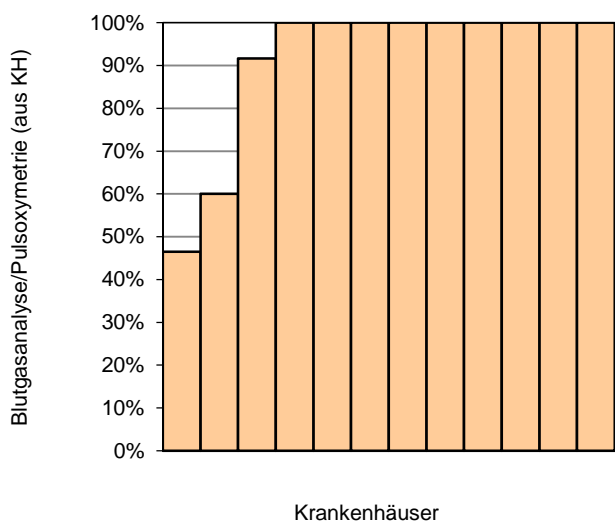
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

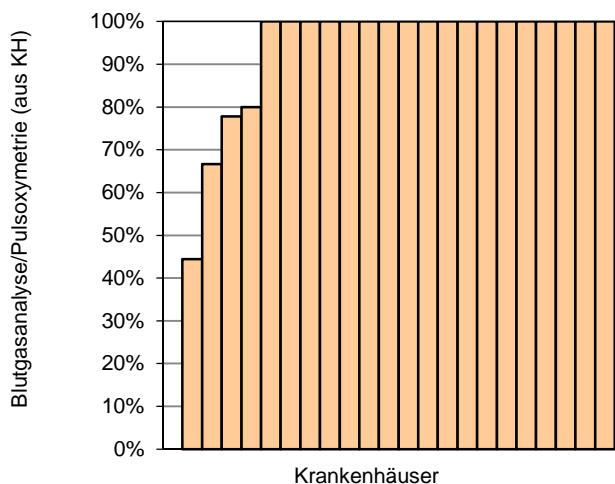
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,51		60,00	95,83	100,00	100,00	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 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	44,44	66,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Indikator-ID:	Gruppe 2:	2014/PNEU/2009
Referenzbereich:	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	6.666 / 7.281 91,55%	6.422 / 6.969 92,15%	244 / 312 78,21%
Vertrauensbereich		91,50% - 92,76%	
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	124 / 7.281 1,70%	77 / 6.969 1,10%	47 / 312 15,06%

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			

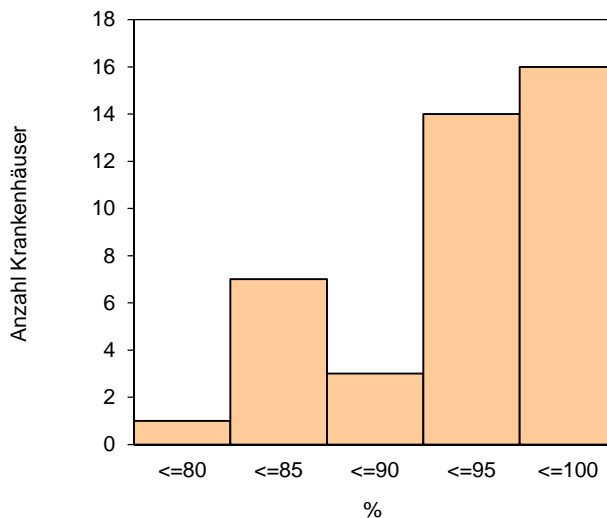
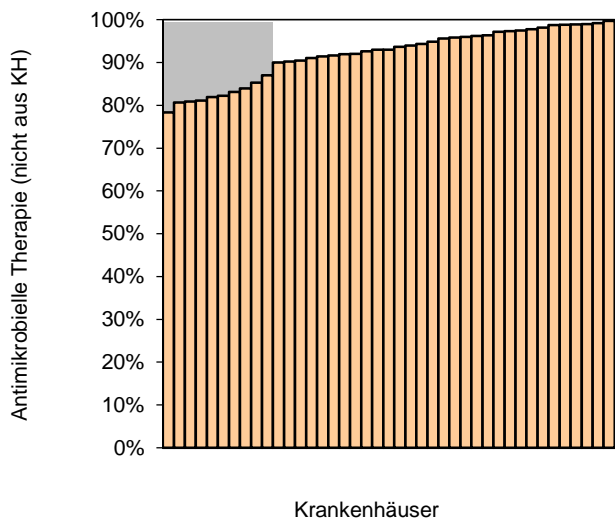
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	7.049 / 7.645 92,20%	6.809 / 7.342 92,74% 92,12% - 93,31%	240 / 303 79,21%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	112 / 7.645 1,47%	76 / 7.342 1,04%	36 / 303 11,88%

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:

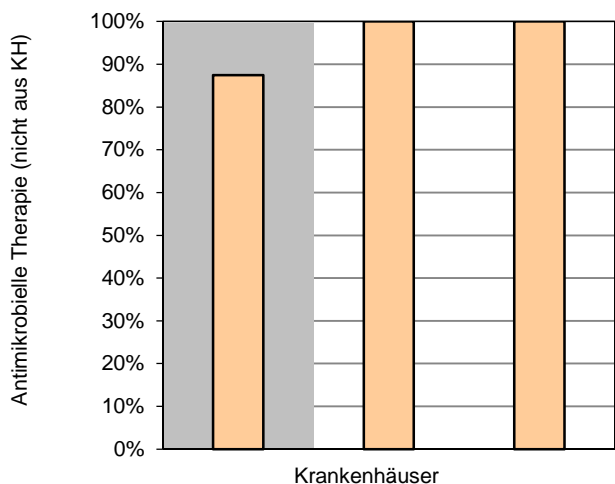
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,33	80,91	81,93	90,00	93,02	97,18	98,88	99,00	99,76

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
	87,50				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

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

	Krankenhaus 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	1.222 / 1.349 90,59%	5.014 / 5.491 91,31%	430 / 441 97,51%

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	1.180 / 1.303 90,56%	4.838 / 5.251 92,13%	404 / 415 97,35%

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			4.511 / 4.984	90,51%



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	1.060 / 1.130 93,81% 92,25% - 95,07% >= 95,00%	3.325 / 3.708 89,67% 88,65% - 90,61% >= 90,00%	126 / 146 86,30%

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			

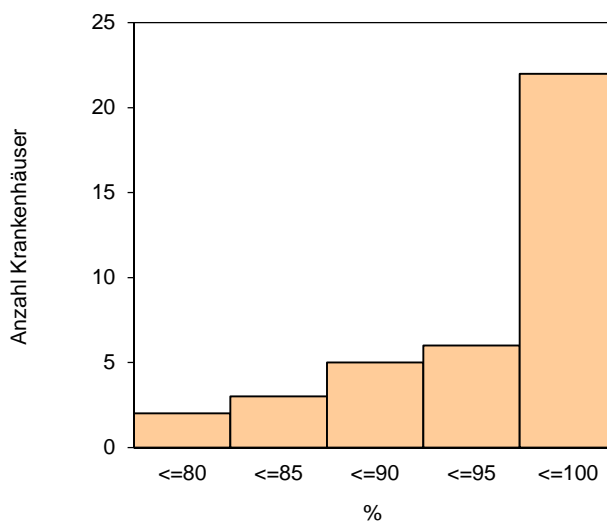
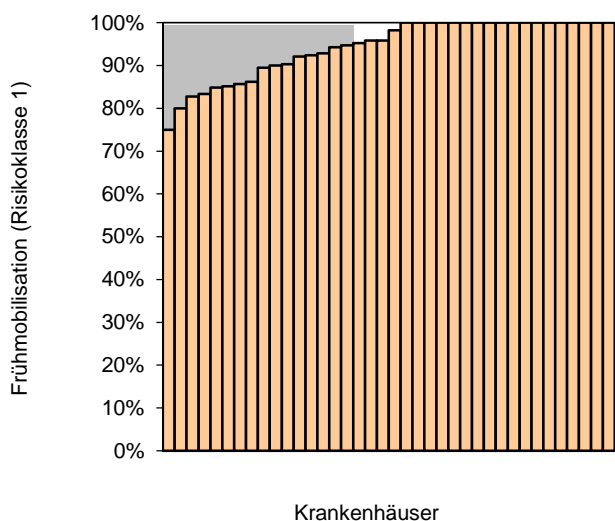
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.103 / 1.152 95,75% 94,42% - 96,77%	3.541 / 3.906 90,66% 89,70% - 91,53%	135 / 161 83,85%

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:

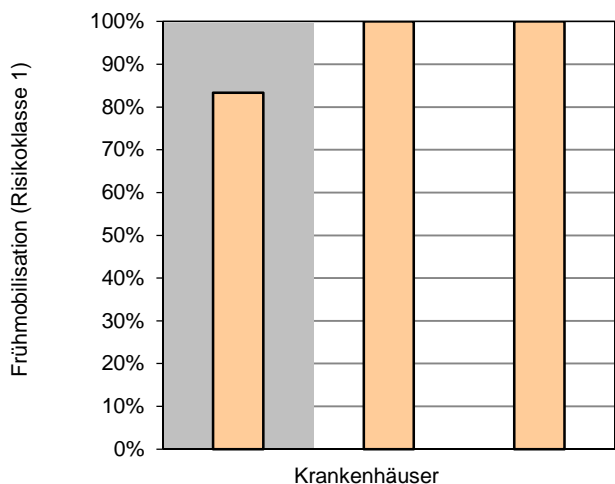
38 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,00	80,00	83,33	90,00	97,02	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
	83,33				100,00				100,00

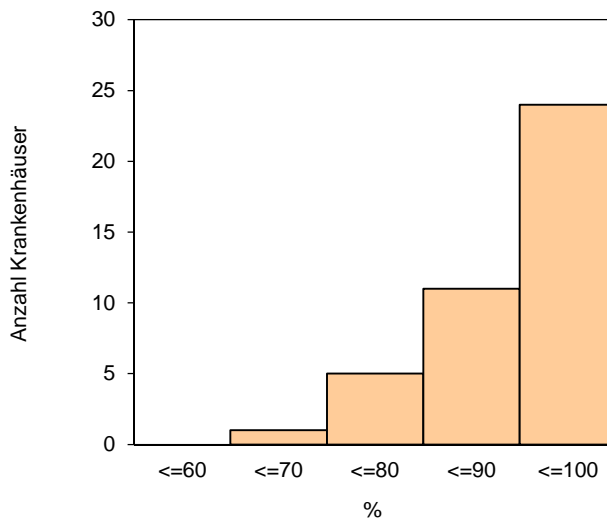
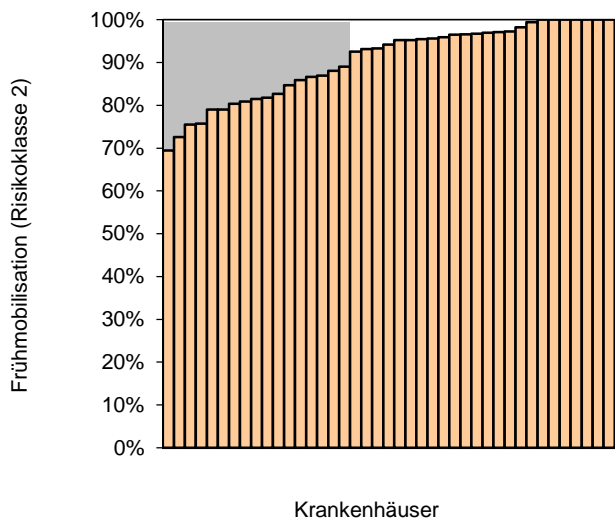
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

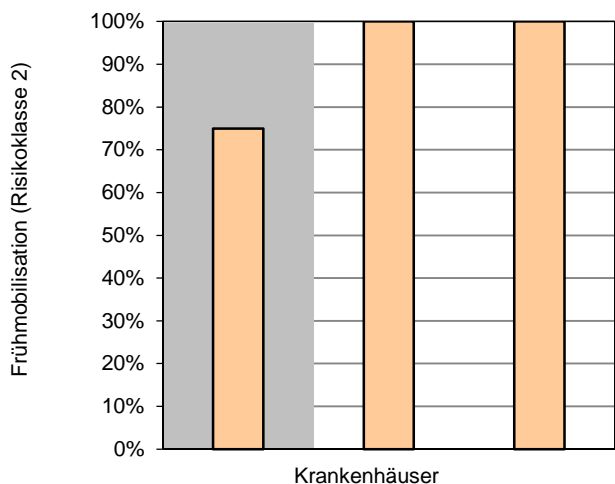
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,44	75,54	79,01	82,72	94,23	97,14	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
	75,00	100,00			100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2014/PNEU/2015

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			6.344 / 6.598	96,15%
Vertrauensbereich				95,66% - 96,59%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

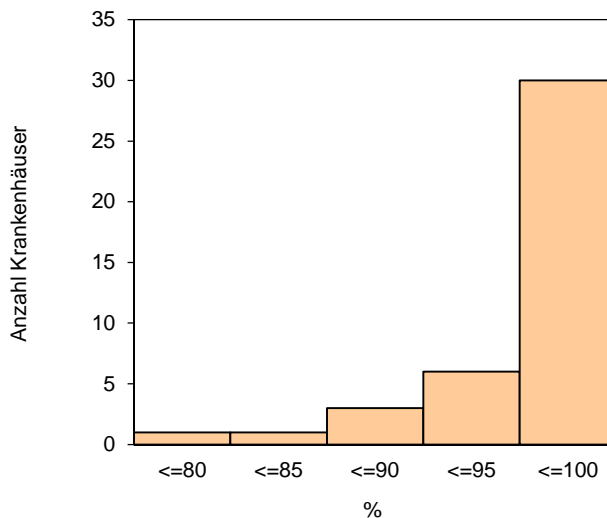
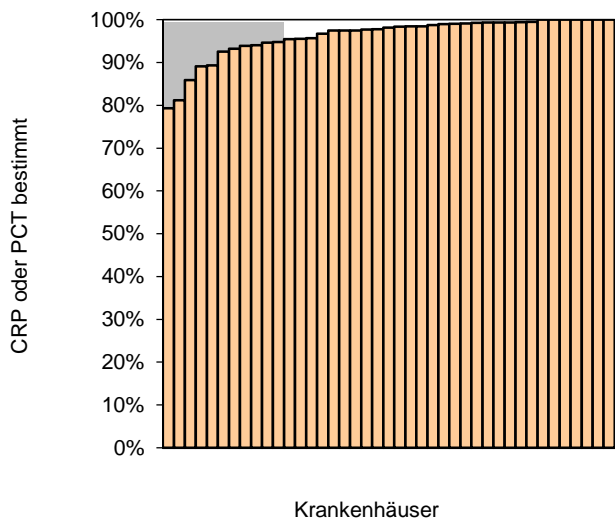
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			6.639 / 6.888	96,39%
Vertrauensbereich				95,92% - 96,80%

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:

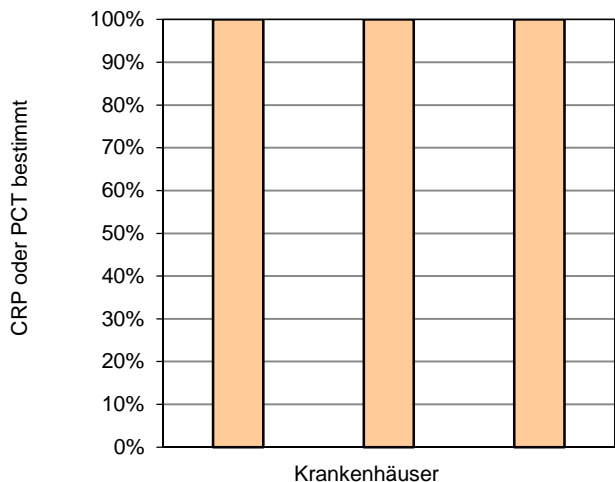
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,35	85,88	89,36	94,82	98,15	99,38	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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens

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

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			894 / 930	96,13%
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			36 / 930	3,87%

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

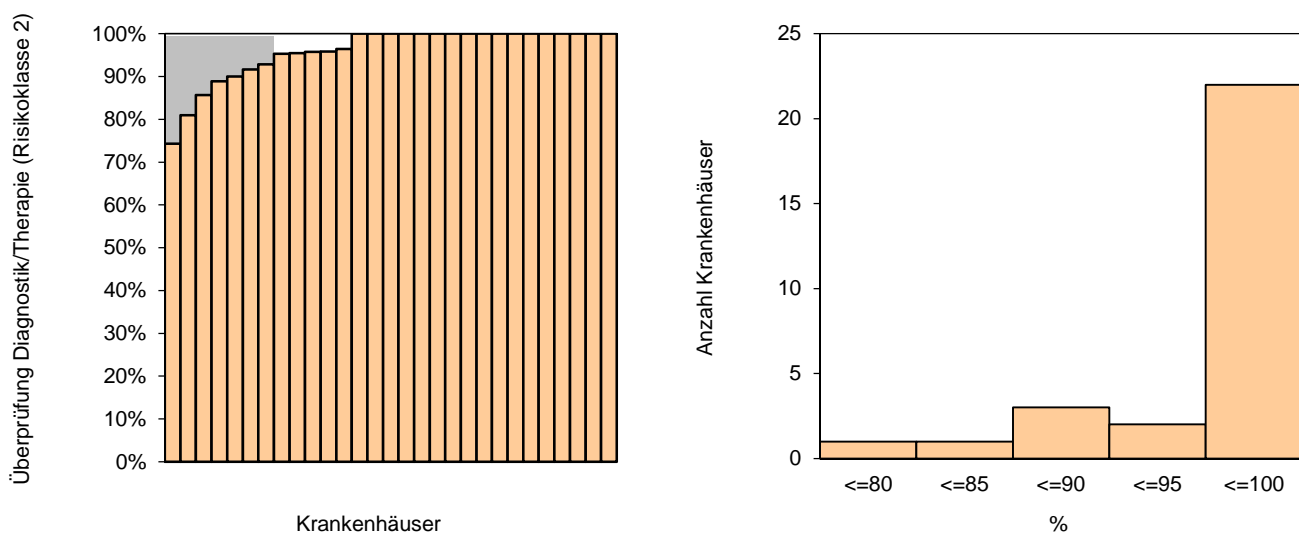
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich Referenzbereich	119 / 121 98,35%	693 / 725 95,59% 93,84% - 96,86% >= 95,00%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Referenzbereich			2 / 84 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	129 / 137 94,16%	784 / 846 92,67% 90,72% - 94,24%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			7 / 81 7,00 Fälle

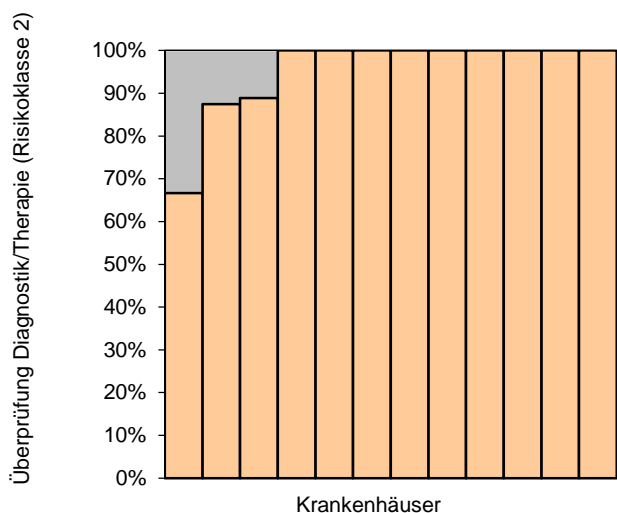
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/PNEU/2018]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach
 CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,29	80,95	85,71	95,35	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67		87,50	94,44	100,00	100,00	100,00		100,00

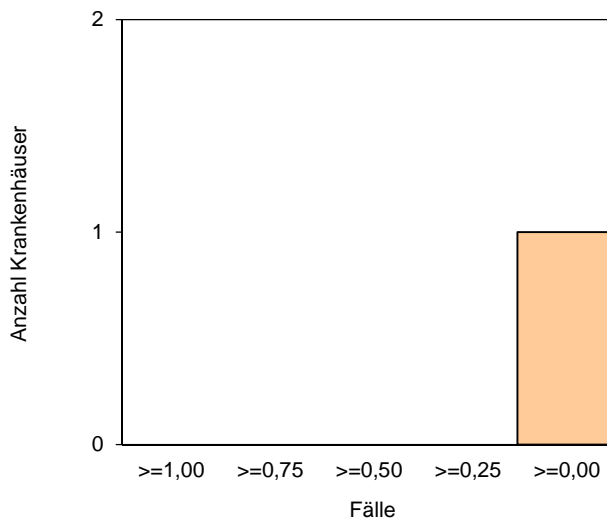
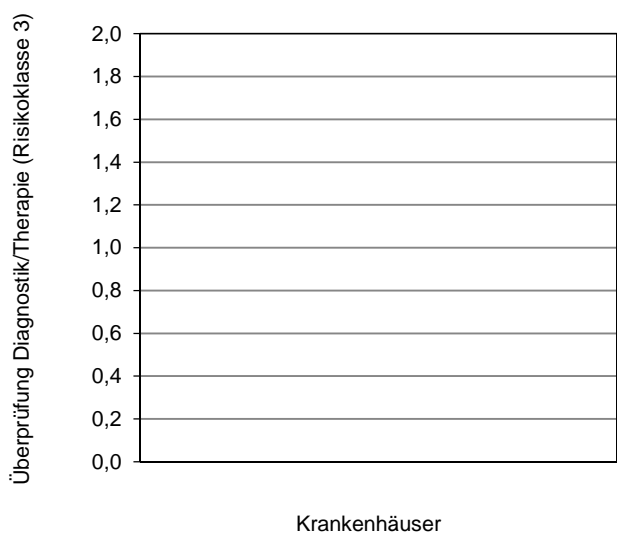
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

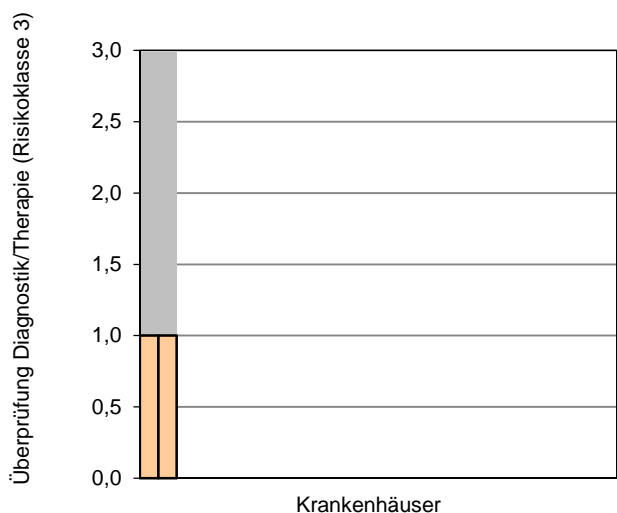
1 Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00

17 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

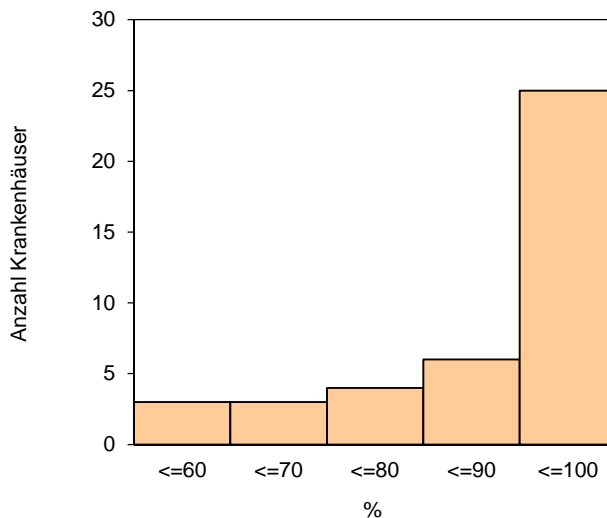
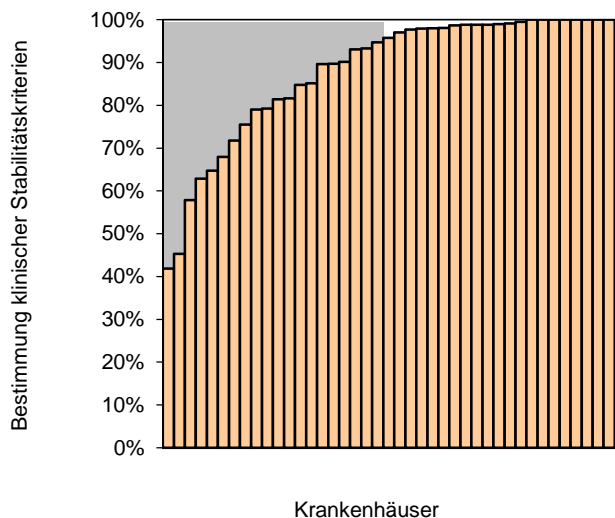
Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			4.482 / 5.028	89,14%
Vertrauensbereich				88,25% - 89,97%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Desorientierung			5.028 / 5.028	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.028 / 5.028	100,00%
Spontane Atemfrequenz			4.585 / 5.028	91,19%
Herzfrequenz			5.012 / 5.028	99,68%
Temperatur			5.001 / 5.028	99,46%
Sauerstoffsättigung			4.784 / 5.028	95,15%
Blutdruck systolisch			5.009 / 5.028	99,62%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung Vertrauensbereich			4.566 / 5.048	90,45% 89,61% - 91,23%
Desorientierung			5.048 / 5.048	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.048 / 5.048	100,00%
Spontane Atemfrequenz			4.693 / 5.048	92,97%
Herzfrequenz			5.028 / 5.048	99,60%
Temperatur			5.016 / 5.048	99,37%
Sauerstoffsättigung			4.755 / 5.048	94,20%
Blutdruck systolisch			5.026 / 5.048	99,56%

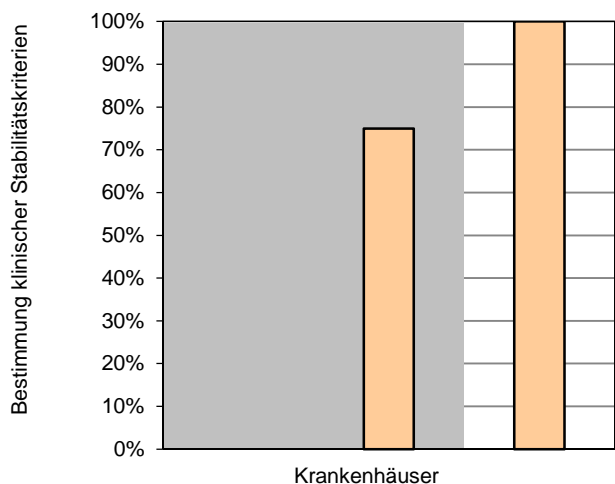
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/PNEU/2028]:
 Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	41,83	57,84	64,77	81,43	95,79	99,02	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
	0,00				75,00				100,00

0 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			4.364 / 4.482	97,37%
Vertrauensbereich				96,86% - 97,80%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.423 / 4.482	98,68%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.369 / 4.482	97,48%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.429 / 4.482	98,82%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.396 / 4.482	98,08%
Temperatur maximal 37,2°C			4.264 / 4.482	95,14%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.343 / 4.482	96,90%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.431 / 4.482	98,86%

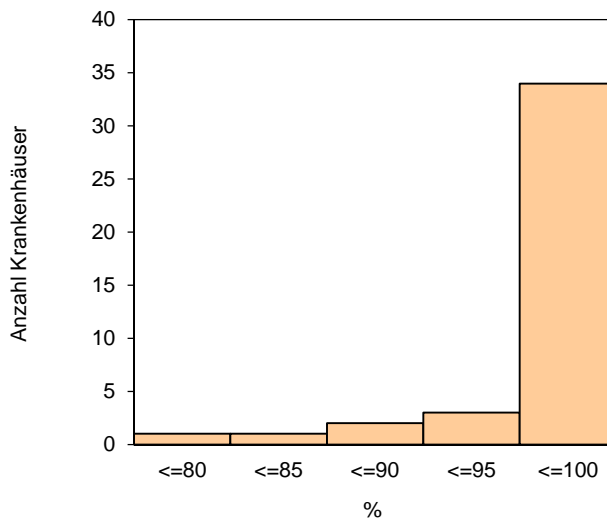
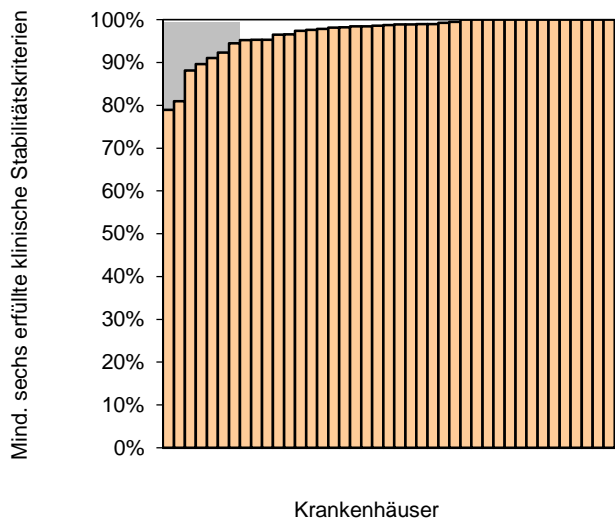
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			4.436 / 4.566	97,15% 96,63% - 97,60%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.498 / 4.566	98,51%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.431 / 4.566	97,04%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.495 / 4.566	98,45%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.472 / 4.566	97,94%
Temperatur maximal 37,2°C			4.329 / 4.566	94,81%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.387 / 4.566	96,08%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.516 / 4.566	98,90%

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:

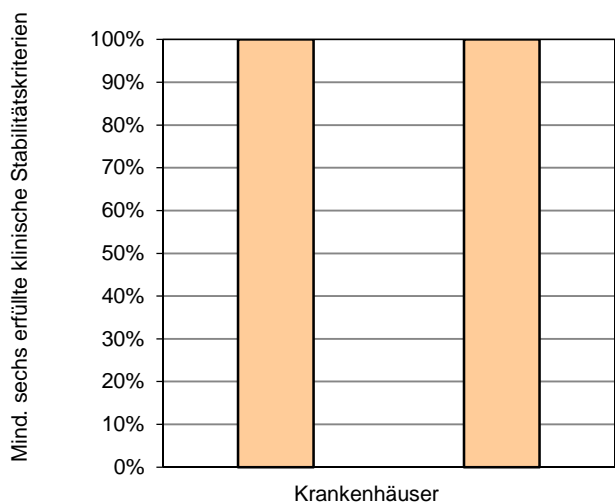
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,95	88,14	91,04	96,49	98,76	100,00	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
	100,00				100,00				100,00

1 Krankenhaus hat 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.

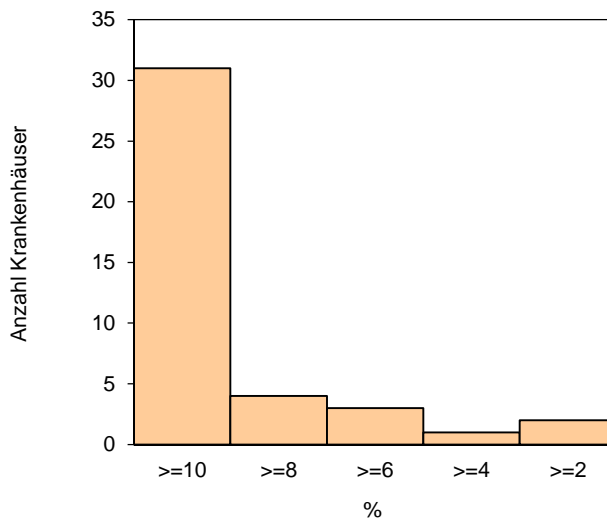
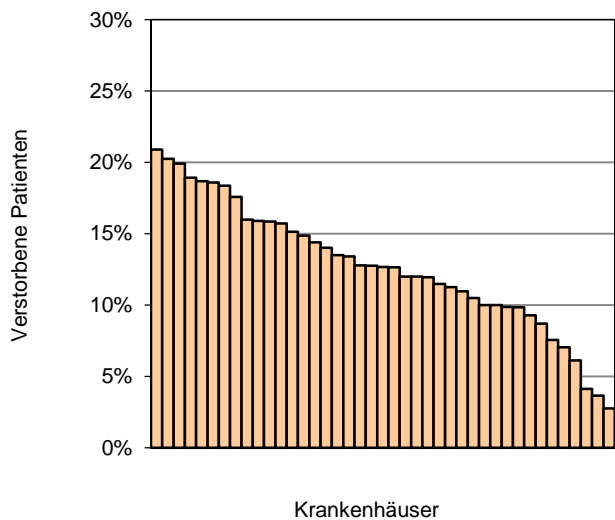
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.063 / 7.990	13,30%
Vertrauensbereich				12,58% - 14,07%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.232 / 8.183	15,06%
Vertrauensbereich				14,30% - 15,85%

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

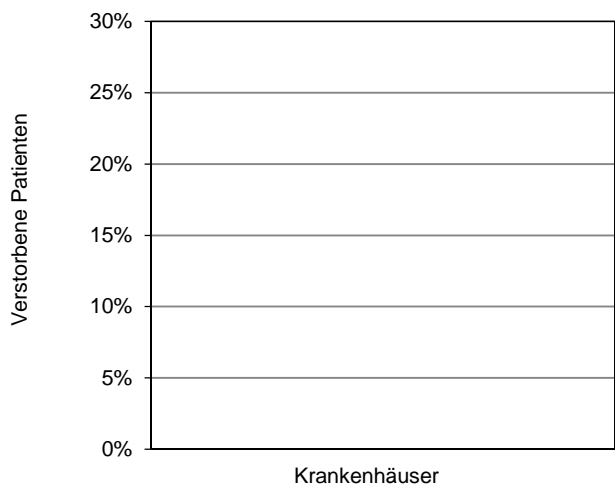
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/PNEU/11878]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,76	4,12	7,04	10,00	12,66	15,86	18,68	19,91	20,90

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
	0,00				0,00				0,00

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)		1.063 / 7.990 13,30%
vorhergesagt (E) ¹		1.148,71 / 7.990 14,38%
O - E		-1,07%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,93
Vertrauensbereich		0,87 - 0,98
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

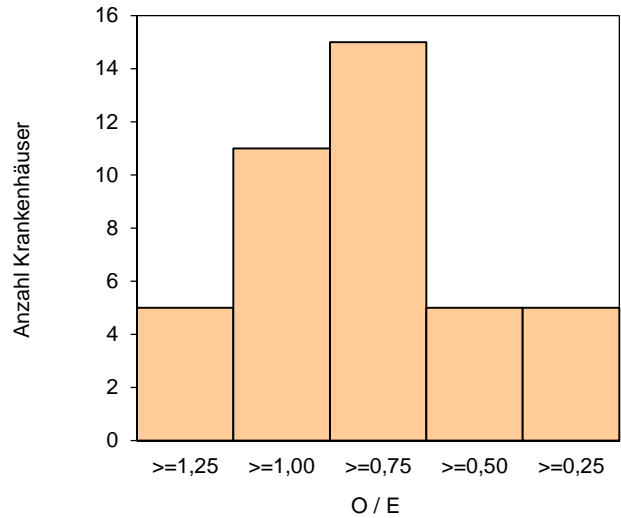
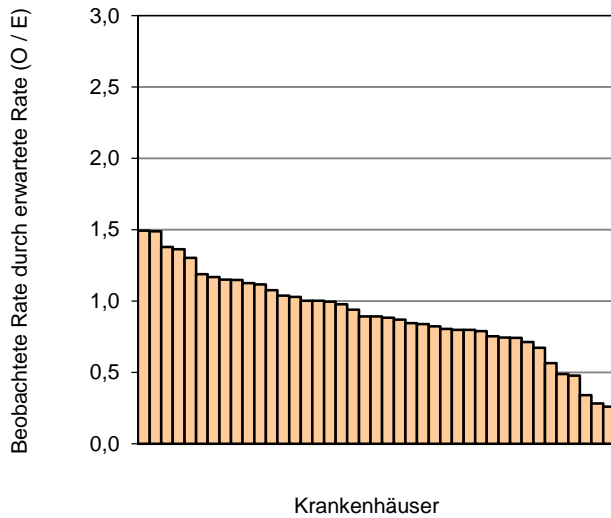
² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die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

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		1.232 / 8.183 15,06%
vorhergesagt (E)		1.146,23 / 8.183 14,01%
O - E		1,05%
O / E		1,07
Vertrauensbereich		1,02 - 1,13

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

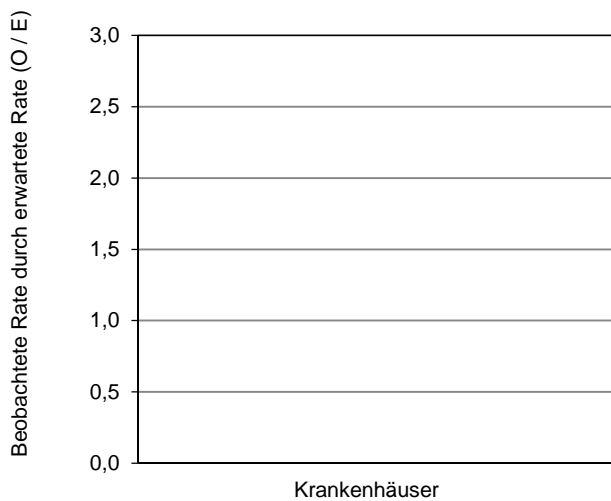
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/PNEU/50778]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,26	0,34	0,49	0,75	0,89	1,12	1,30	1,38	1,49

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 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 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)

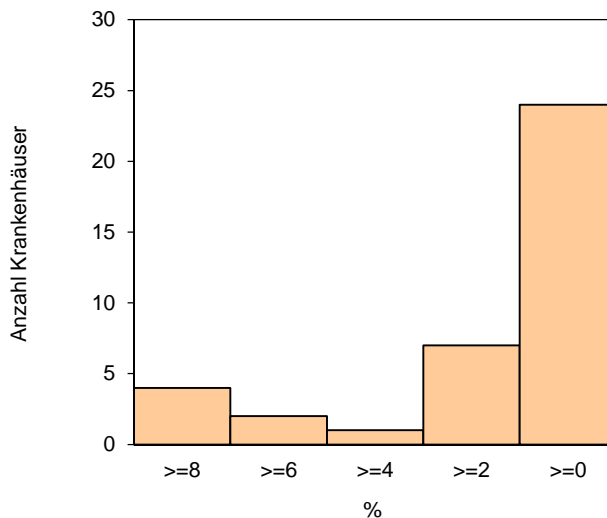
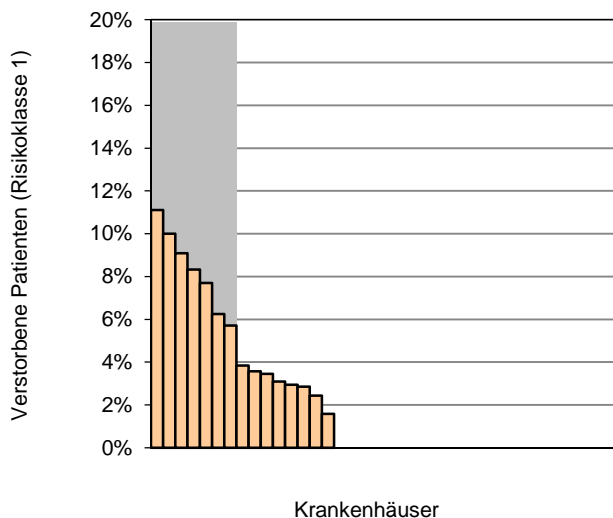
	Krankenhaus 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 4,16%	<= 13,10%	<= 38,00%
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	42 / 1.409 2,98%	793 / 6.002 13,21%	228 / 579 39,38%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	26 / 1.349 1,93%	535 / 5.491 9,74%	120 / 441 27,21%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,32% - 2,81% <= 4,16%	8,99% - 10,56% <= 13,10%	23,27% - 31,55% <= 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	52 / 1.412 3,68%	945 / 6.213 15,21%	235 / 558 42,11%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	43 / 1.370 3,14%	747 / 5.807 12,86%	165 / 468 35,26%
Vertrauensbereich	2,34% - 4,20%	12,03% - 13,75%	31,06% - 39,69%

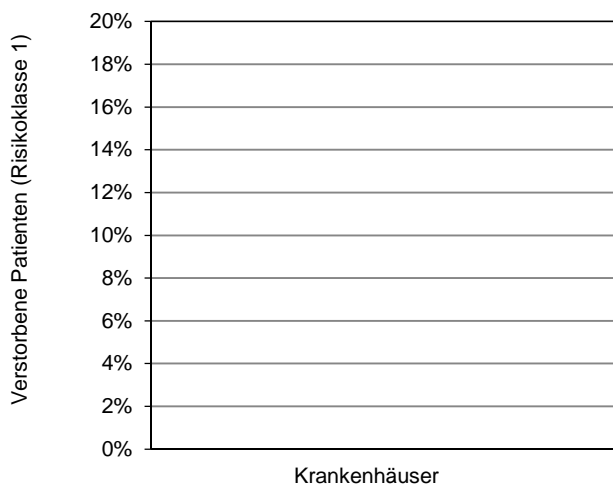
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2014/PNEU/11879]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 38 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	3,45	8,33	10,00	11,11

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

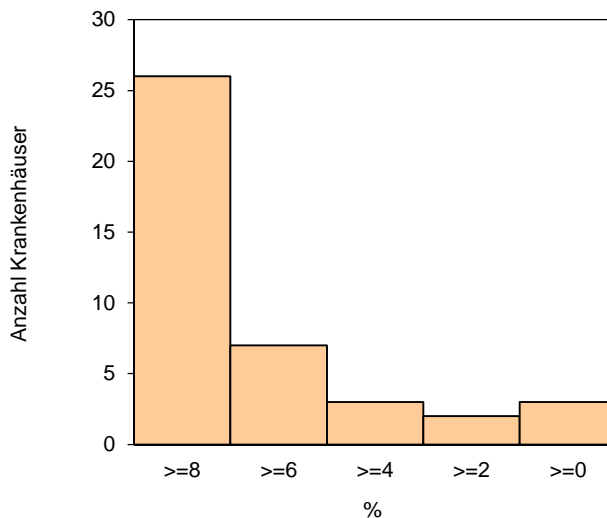
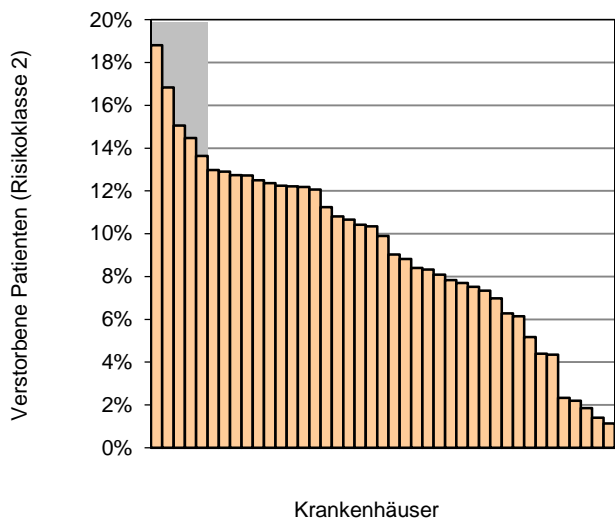


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

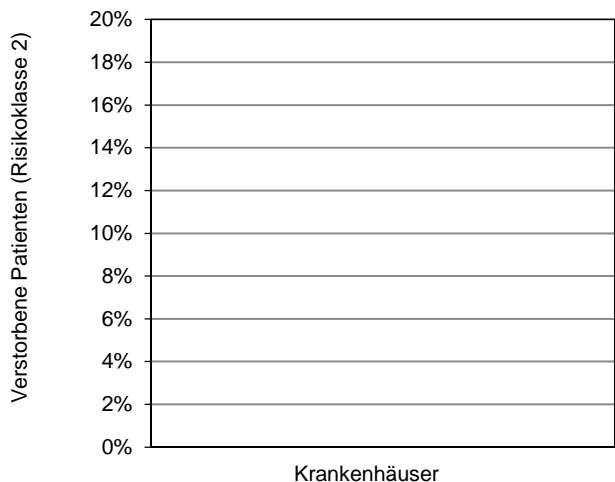
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2014/PNEU/11880]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,14	1,85	2,33	6,98	9,90	12,37	13,64	15,05	18,80

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

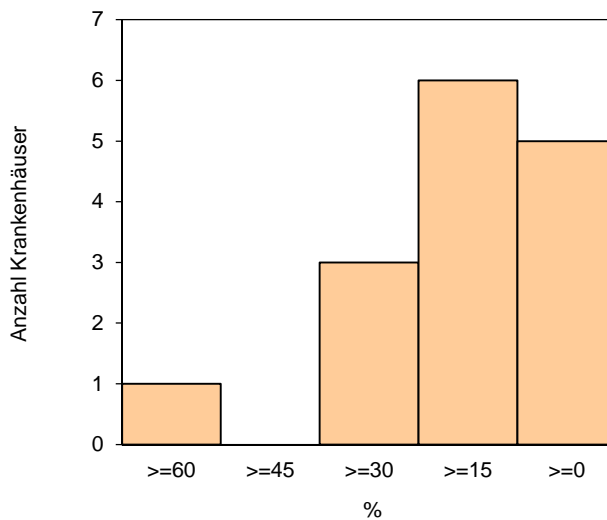
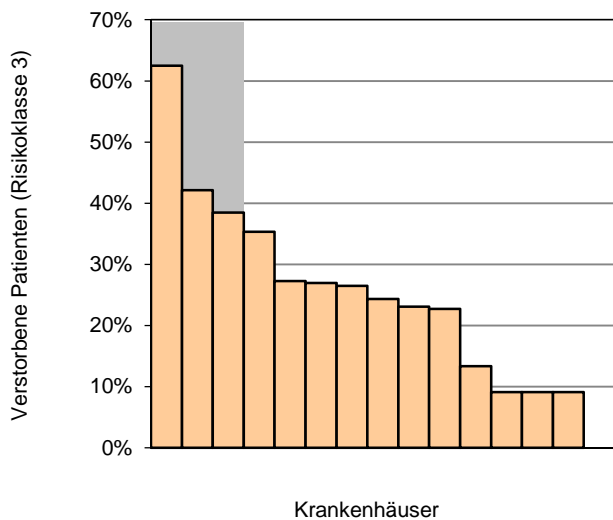


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

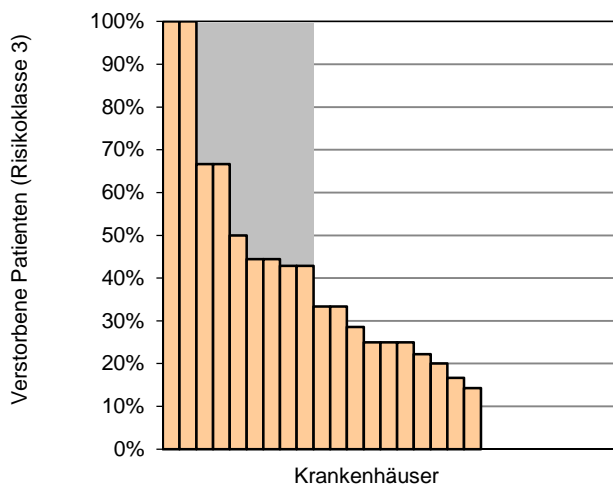
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2014/PNEU/11881]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 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	9,09	24,32	35,29	42,11		62,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 27 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	25,00	44,44	66,67	100,00	100,00

2 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			7.990	
18 - 19 Jahre			1 / 27	3,70%
20 - 29 Jahre			2 / 158	1,27%
30 - 39 Jahre			1 / 191	0,52%
40 - 49 Jahre			15 / 310	4,84%
50 - 59 Jahre			44 / 691	6,37%
60 - 69 Jahre			92 / 1.043	8,82%
70 - 79 Jahre			311 / 2.463	12,63%
80 - 89 Jahre			441 / 2.445	18,04%
>= 90 Jahre			156 / 662	23,56%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			8.183	
18 - 19 Jahre			0 / 14	0,00%
20 - 29 Jahre			1 / 129	0,78%
30 - 39 Jahre			6 / 197	3,05%
40 - 49 Jahre			21 / 349	6,02%
50 - 59 Jahre			44 / 741	5,94%
60 - 69 Jahre			117 / 1.068	10,96%
70 - 79 Jahre			338 / 2.441	13,85%
80 - 89 Jahre			517 / 2.532	20,42%
>= 90 Jahre			188 / 712	26,40%

**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			7.281	
18 - 19 Jahre			0 / 25	0,00%
20 - 29 Jahre			2 / 152	1,32%
30 - 39 Jahre			0 / 187	0,00%
40 - 49 Jahre			8 / 291	2,75%
50 - 59 Jahre			28 / 648	4,32%
60 - 69 Jahre			64 / 979	6,54%
70 - 79 Jahre			215 / 2.275	9,45%
80 - 89 Jahre			271 / 2.160	12,55%
>= 90 Jahre			93 / 564	16,49%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			7.645	
18 - 19 Jahre			0 / 14	0,00%
20 - 29 Jahre			1 / 125	0,80%
30 - 39 Jahre			4 / 191	2,09%
40 - 49 Jahre			16 / 337	4,75%
50 - 59 Jahre			40 / 723	5,53%
60 - 69 Jahre			89 / 1.008	8,83%
70 - 79 Jahre			254 / 2.275	11,16%
80 - 89 Jahre			408 / 2.335	17,47%
>= 90 Jahre			143 / 637	22,45%

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			1.063 / 7.990	
18 - 19 Jahre			1 / 1.063	0,09%
20 - 29 Jahre			2 / 1.063	0,19%
30 - 39 Jahre			1 / 1.063	0,09%
40 - 49 Jahre			15 / 1.063	1,41%
50 - 59 Jahre			44 / 1.063	4,14%
60 - 69 Jahre			92 / 1.063	8,65%
70 - 79 Jahre			311 / 1.063	29,26%
80 - 89 Jahre			441 / 1.063	41,49%
>= 90 Jahre			156 / 1.063	14,68%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.232 / 8.183	
18 - 19 Jahre			0 / 1.232	0,00%
20 - 29 Jahre			1 / 1.232	0,08%
30 - 39 Jahre			6 / 1.232	0,49%
40 - 49 Jahre			21 / 1.232	1,70%
50 - 59 Jahre			44 / 1.232	3,57%
60 - 69 Jahre			117 / 1.232	9,50%
70 - 79 Jahre			338 / 1.232	27,44%
80 - 89 Jahre			517 / 1.232	41,96%
>= 90 Jahre			188 / 1.232	15,26%

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			681 / 7.281	
18 - 19 Jahre			0 / 681	0,00%
20 - 29 Jahre			2 / 681	0,29%
30 - 39 Jahre			0 / 681	0,00%
40 - 49 Jahre			8 / 681	1,17%
50 - 59 Jahre			28 / 681	4,11%
60 - 69 Jahre			64 / 681	9,40%
70 - 79 Jahre			215 / 681	31,57%
80 - 89 Jahre			271 / 681	39,79%
>= 90 Jahre			93 / 681	13,66%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			955 / 7.645	
18 - 19 Jahre			0 / 955	0,00%
20 - 29 Jahre			1 / 955	0,10%
30 - 39 Jahre			4 / 955	0,42%
40 - 49 Jahre			16 / 955	1,68%
50 - 59 Jahre			40 / 955	4,19%
60 - 69 Jahre			89 / 955	9,32%
70 - 79 Jahre			254 / 955	26,60%
80 - 89 Jahre			408 / 955	42,72%
>= 90 Jahre			143 / 955	14,97%

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			7.168 / 7.867	91,11%
Vertrauensbereich				90,47% - 91,72%
Referenzbereich		>= 98,00%		>= 98,00%

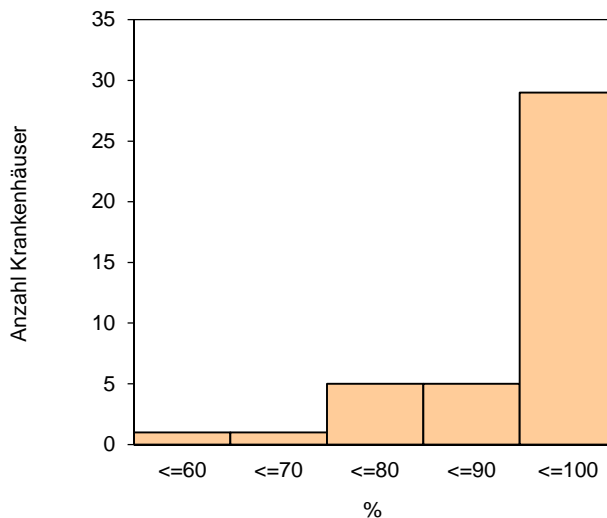
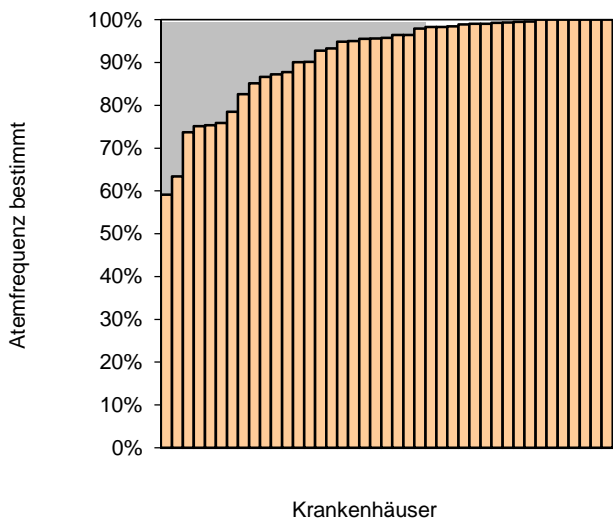
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			7.420 / 8.074	91,90%
Vertrauensbereich				91,28% - 92,48%

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:

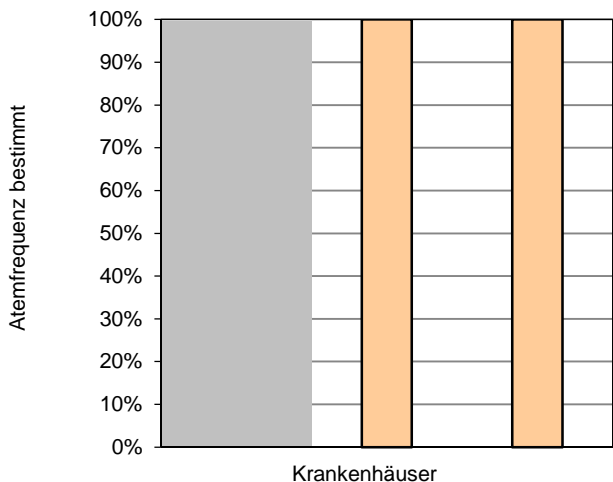
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	59,12	73,75	75,34	87,24	95,74	99,31	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
	0,00				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.990
Datensatzversion: PNEU 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15164-L95716-P45895

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.287	28,62	2.809	34,33
2. Quartal			1.932	24,18	2.066	25,25
3. Quartal			1.698	21,25	1.559	19,05
4. Quartal			2.073	25,94	1.749	21,37
Gesamt			7.990		8.183	

¹ 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	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			7.990		8.183	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				9,70		9,57

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
4	E86	Volumenmangel
5	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
8	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.9	2.323	29,07	J18.9	2.461	30,07
2				I10.00	1.956	24,48	I10.00	1.904	23,27
3				J18.0	1.524	19,07	J18.0	1.662	20,31
4				E86	1.165	14,58	E86	1.297	15,85
5				J18.8	1.161	14,53	J18.8	1.196	14,62
6				E11.90	950	11,89	E11.90	963	11,77
7				J18.1	899	11,25	E87.6	952	11,63
8				J96.00	873	10,93	J18.1	933	11,40

¹ 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.

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

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.990 / 7.990		8.183 / 8.183	
18 - 19 Jahre			27 / 7.990	0,34	14 / 8.183	0,17
20 - 29 Jahre			158 / 7.990	1,98	129 / 8.183	1,58
30 - 39 Jahre			191 / 7.990	2,39	197 / 8.183	2,41
40 - 49 Jahre			310 / 7.990	3,88	349 / 8.183	4,26
50 - 59 Jahre			691 / 7.990	8,65	741 / 8.183	9,06
60 - 69 Jahre			1.043 / 7.990	13,05	1.068 / 8.183	13,05
70 - 79 Jahre			2.463 / 7.990	30,83	2.441 / 8.183	29,83
80 - 89 Jahre			2.445 / 7.990	30,60	2.532 / 8.183	30,94
>= 90 Jahre			662 / 7.990	8,29	712 / 8.183	8,70
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.990		8.183	
Median				76,00		76,00
Mittelwert				72,82		73,08
Geschlecht						
männlich			4.733	59,24	4.709	57,55
weiblich			3.257	40,76	3.474	42,45

Aufnahme

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.059	25,77	2.057	25,14
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			340	4,26	325	3,97
Chronische Bettlägerigkeit			2.034	25,46	1.955	23,89
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung						
ja			123	1,54	109	1,33
nein			7.867	98,46	8.074	98,67
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
nein			4.945	62,86	5.172	64,06
pneumoniebedingt			658	8,36	689	8,53
nicht pneumoniebedingt			2.264	28,78	2.213	27,41
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			7.168		7.420	
Median				22,00		22,00
Mittelwert				22,57		22,82
nicht bestimmt			699	8,89	654	8,10
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			7.867		8.074	
Median				130,00		130,00
Mittelwert				130,96		131,72
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			7.867		8.074	
Median				74,00		75,00
Mittelwert				73,90		74,59
Akute Symptomatik (Fieber, Husten, Auswurf etc.)¹						
ja			7.092	88,76	-	-
nein			898	11,24	-	-
Frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax¹						
ja			6.532	81,75	-	-
nein			1.458	18,25	-	-

¹ neues Datenfeld in 2014

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ausschluss schwerer Immunsuppression¹ (HIV, TB, Neutropenie etc.)						
ja			6.184	77,40	-	-
nein			1.806	22,60	-	-
Kein KH-Aufenthalt innerhalb der letzten 28 Tage¹						
ja			4.493	56,23	-	-
nein			3.497	43,77	-	-
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			155	1,94	156	1,91
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			7.417	92,83	7.639	93,35
4 bis unter 8 Stunden			257	3,22	269	3,29
8 Stunden und später			161	2,02	119	1,45
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			151	1,89	128	1,56
4 bis unter 8 Stunden			6.756	84,56	6.925	84,63
8 Stunden und später			566	7,08	623	7,61
			517	6,47	507	6,20

¹ neues Datenfeld in 2014

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes)						
keine Mobilisation			1.300	16,27	1.286	15,72
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			6.060	75,84	6.278	76,72
nach 24 Stunden und später			630	7,88	619	7,56
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes			7.315	91,55	7.530	92,02
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			6.061	82,86	6.143	81,58
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.:						
Überprüfung des dia- gnostischen oder thera- peutischen Vorgehens			1.177	93,86	1.278	92,14
Maschinelle Beatmung						
nein			7.505	93,93	7.741	94,60
ja, ausschließlich nicht-invasiv			158	1,98	145	1,77
ja, ausschließlich invasiv			232	2,90	199	2,43
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			95	1,19	98	1,20
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			485		442	
Median				81,00		101,50
Mittelwert				174,37		207,54
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden			20	0,25	28	0,34
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				155,00		237,00
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			454	93,61	412	93,21

Verlauf: Dauer der maschinellen Beatmung

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		332	71,00	311	100,00
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		78	135,50	68	260,50
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		131	24,00	121	33,00
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		123	136,00	122	138,50
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		19	91,00	21	112,00
Risikoklasse 2 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		88	179,50	88	173,50
Risikoklasse 3 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		16	74,00	13	59,00

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: Stratifizierte Beatmungsdauer

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		99	9,00	72	12,00
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		94	49,00	82	57,00
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		34	117,00	35	120,00
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		105	356,00	122	329,50
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		9	9,00	4	14,00
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		19	68,00	13	71,00
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		14	123,50	6	130,00
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		36	338,00	45	333,00

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: Stratifizierte Beatmungsdauer (Fortsetzung)

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		67		53	
Median			9,00		12,00
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		45		37	
Median			45,00		54,00
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		10		14	
Median			120,00		116,50
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9		17	
Median			314,00		285,00
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		23		15	
Median			10,00		9,00
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		30		32	
Median			49,00		53,50
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		10		15	
Median			106,00		116,00
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		60		60	
Median			360,00		323,50

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden						
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			232	2,90	199	2,43
Beatmung mit negativem endexpiratorischen Druck			223	96,12	194	97,49
Dokumentierter Therapieverzicht						
Wurde dokumentiert, dass aufgrund der Schwere der Grunderkrankung die Pneumonie-Episode als terminale Manifestation einer chronischen Krankheit eingeschätzt und damit als Therapieziel primär oder im Verlauf die Symptomkontrolle definiert wurde?			709 / 7.990	8,87	538 / 8.183	6,57

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <= 7	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			6.927 / 7.990	86,70	6.951 / 8.183	84,94
Desorientierung						
nein			4.778 / 6.927	68,98	4.973 / 6.951	71,54
pneumoniebedingt			121 / 6.927	1,75	109 / 6.951	1,57
nicht pneumoniebedingt			1.555 / 6.927	22,45	1.423 / 6.951	20,47
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme						
nein			254 / 6.927	3,67	260 / 6.951	3,74
ja			6.189 / 6.927	89,35	6.236 / 6.951	89,71
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			5.727 / 6.927	82,68	5.915 / 6.951	85,10
über 24/min			115 / 6.927	1,66	114 / 6.951	1,64
nicht bestimmt			591 / 6.927	8,53	432 / 6.951	6,21
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			18 / 6.927	0,26	28 / 6.951	0,40
Herzfrequenz						
maximal 100/min			6.228 / 6.927	89,91	6.302 / 6.951	90,66
über 100/min			192 / 6.927	2,77	164 / 6.951	2,36
nicht bestimmt			30 / 6.927	0,43	34 / 6.951	0,49
Temperatur						
maximal 37,2° C			6.013 / 6.927	86,81	6.085 / 6.951	87,54
über 37,2° C			393 / 6.927	5,67	366 / 6.951	5,27
nicht bestimmt			41 / 6.927	0,59	46 / 6.951	0,66
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			275 / 6.927	3,97	280 / 6.951	4,03
mindestens 90%			5.811 / 6.927	83,89	5.835 / 6.951	83,94
nicht bestimmt			360 / 6.927	5,20	368 / 6.951	5,29
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			114 / 6.927	1,65	115 / 6.951	1,65
mindestens 90 mmHg			6.305 / 6.927	91,02	6.345 / 6.951	91,28
nicht bestimmt			28 / 6.927	0,40	33 / 6.951	0,47

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5.120	64,08	5.096	62,28
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			96	1,20	91	1,11
03: aus sonstigen Gründen			9	0,11	10	0,12
04: gegen ärztlichen Rat			85	1,06	81	0,99
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,01	0	0,00
06: Verlegung			365	4,57	326	3,98
07: Tod			1.063	13,30	1.232	15,06
08: Verlegung nach §14			8	0,10	6	0,07
09: in Rehabilitationseinrichtung			54	0,68	85	1,04
10: in Pflegeeinrichtung			1.157	14,48	1.231	15,04
11: in Hospiz			9	0,11	7	0,09
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,04	2	0,02
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,04	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,04	3	0,04
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			13	0,16	12	0,15
22: Fallabschluss			1	0,01	1	0,01
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ 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> |
|---|---|

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <> 7)	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			5.346	77,18	5.486	78,92
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			220	4,12	244	4,45

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.063 / 7.990	13,30	1.232 / 8.183	15,06
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			478 / 2.059	23,22	592 / 2.057	28,78
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			50 / 123	40,65	36 / 109	33,03
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			65 / 340	19,12	51 / 325	15,69
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			998 / 7.650	13,05	1.181 / 7.858	15,03
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			8 / 20	40,00	10 / 28	35,71
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			520 / 5.591	9,30	589 / 5.801	10,15
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			180 / 485	37,11	172 / 442	38,91
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			39 / 158	24,68	42 / 145	28,97
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			113 / 232	48,71	89 / 199	44,72
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			28 / 95	29,47	41 / 98	41,84

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.063 / 7.990	13,30	1.232 / 8.183	15,06
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			279 / 1.728	16,15	465 / 1.823	25,51
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			33 / 95	34,74	26 / 94	27,66
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			47 / 312	15,06	37 / 303	12,21
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			634 / 6.969	9,10	918 / 7.342	12,50
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			6 / 16	37,50	6 / 24	25,00
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			355 / 5.241	6,77	453 / 5.519	8,21
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			124 / 403	30,77	129 / 382	33,77
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			24 / 135	17,78	26 / 121	21,49
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			79 / 186	42,47	71 / 174	40,80
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			21 / 82	25,61	32 / 87	36,78

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.

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).

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.

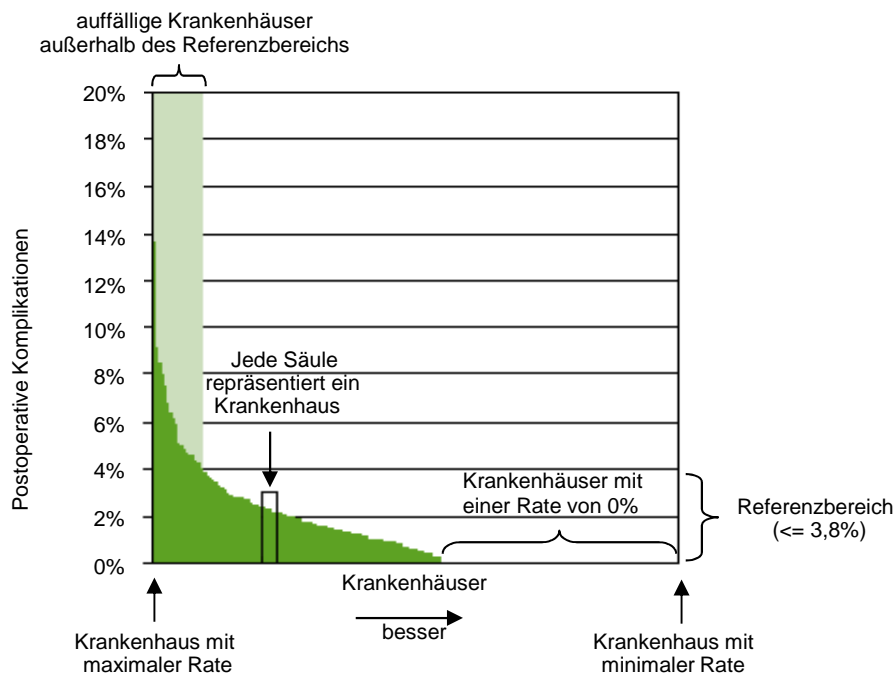
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

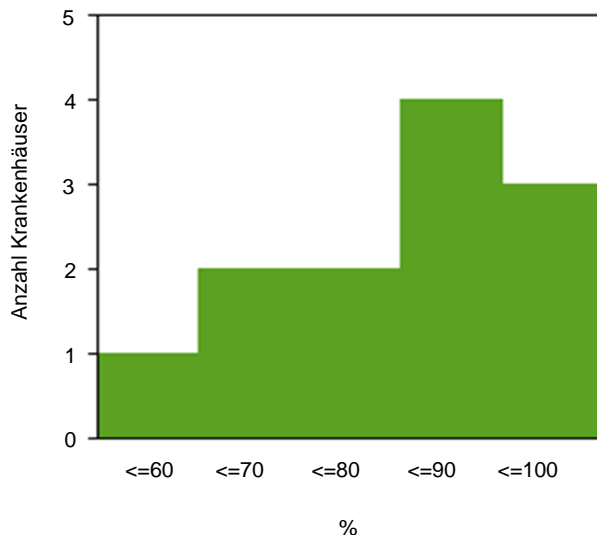
Beispiel:

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.