

Jahresauswertung 2013 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.557
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14201-L88918-P43265

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Jahresauswertung 2013
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.557
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14201-L88918-P43265

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie							
1a: 2013/PNEU/2005							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			97,3%	>= 95,0%	innerhalb	98,5%	9
1b: 2013/PNEU/2006							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			97,4%	nicht definiert	-	98,7%	9
1c: 2013/PNEU/2007							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			95,3%	nicht definiert	-	95,7%	9

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/PNEU/2009							
QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			95,3%	>= 90,0%	innerhalb	96,1%	14
QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme							
3a: 2013/PNEU/2012							
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			96,4%	>= 95,0%	innerhalb	95,8%	18
3b: 2013/PNEU/2013							
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			88,2%	>= 90,0%	auffällig	88,2%	18
2013/PNEU/2015							
QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme			98,0%	>= 95,0%	innerhalb	98,0%	22

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens							
5a: 2013/PNEU/2018							
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			99,2%	>= 95,0%	innerhalb	98,3%	24
5b: 2013/PNEU/2019							
Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			0,0 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,0 Fälle	24
2013/PNEU/2028							
QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			93,2%	>= 95,0%	auffällig	97,3%	28
2013/PNEU/2036							
QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			97,8%	>= 95,0%	innerhalb	98,8%	31

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus							
8a: 2013/PNEU/11878							
Sterblichkeit im Krankenhaus			8,6%	<= 13,8%	innerhalb	7,6%	34
8b: 2013/PNEU/50778							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			1,05	nicht definiert	-	0,93	36
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:							
8c: 2013/PNEU/11879							
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			2,0%	<= 4,4%	innerhalb	1,8%	38
8d: 2013/PNEU/11880							
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			9,2%	<= 14,4%	innerhalb	8,4%	38
8e: 2013/PNEU/11881							
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			27,0%	<= 40,7%	innerhalb	20,6%	38
2013/PNEU/50722							
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			94,9%	>= 98,0%	auffällig	92,6%	47

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

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

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren

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

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

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- | | |
|---|--------------------|
| o Pneumoniebedingte Desorientiertheit | (Mental Confusion) |
| o Spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$ | (Respiratory rate) |
| o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) | (Blood pressure) |
| o Alter ≥ 65 Jahre | (65 Jahre) |

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

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

Beatmete Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel:	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 1a):	2013/PNEU/2005	
	Gruppe 2 (QI 1b):	2013/PNEU/2006	
	Gruppe 3 (QI 1c):	2013/PNEU/2007	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	6.379 / 6.557 97,3%	6.138 / 6.304 97,4%	241 / 253 95,3%
Vertrauensbereich	96,9% - 97,7%	96,9% - 97,7%	91,9% - 97,3%
Referenzbereich	>= 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

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

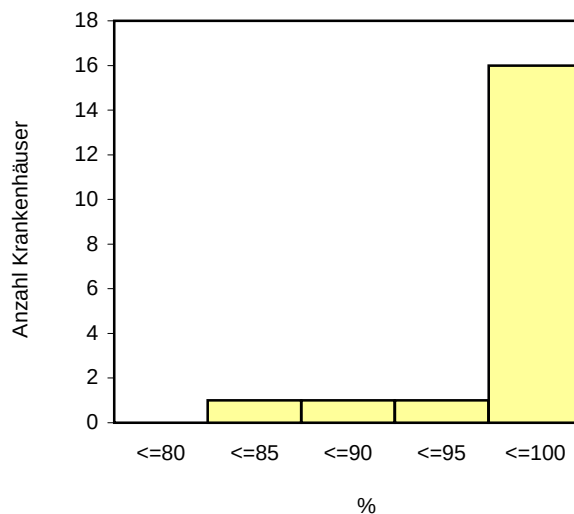
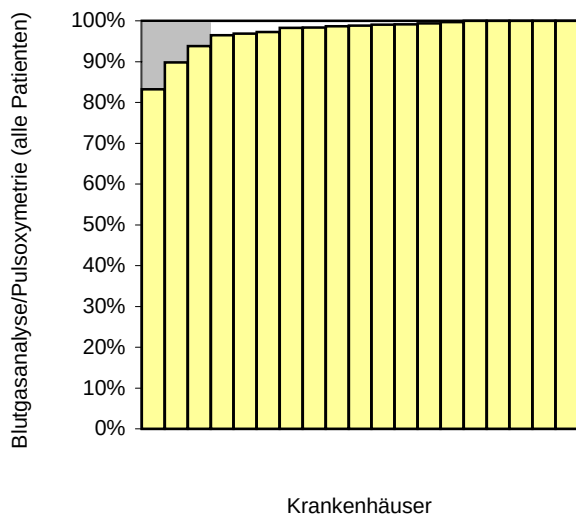
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	6.182 / 6.273	5.962 / 6.043	220 / 230
	98,5%	98,7%	95,7%
Vertrauensbereich	98,2% - 98,8%	98,3% - 98,9%	92,2% - 97,6%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2013/PNEU/2005]:

Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

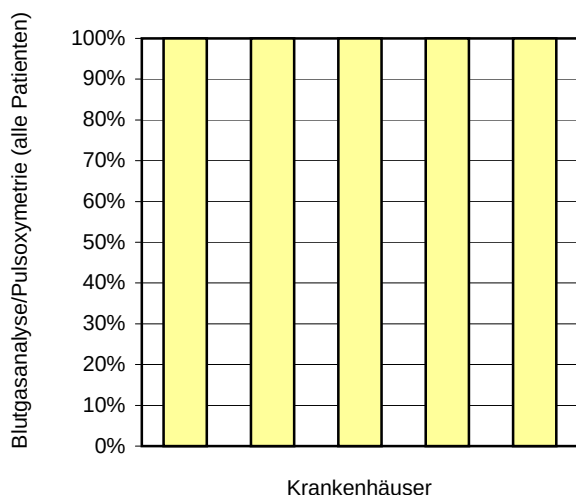
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,2		89,8	96,8	98,8	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

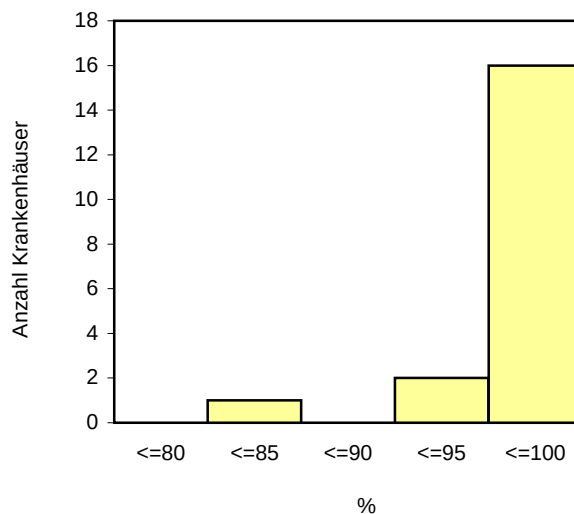
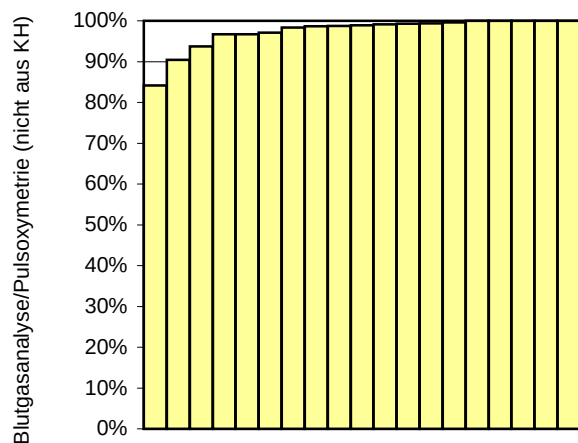
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2013/PNEU/2006]:

Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

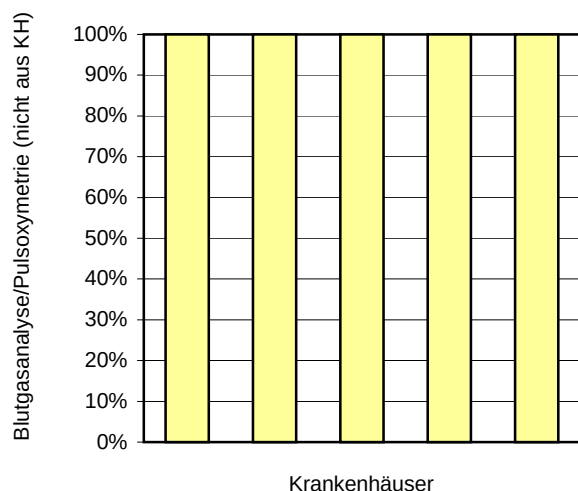
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,1		90,4	96,7	98,9	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

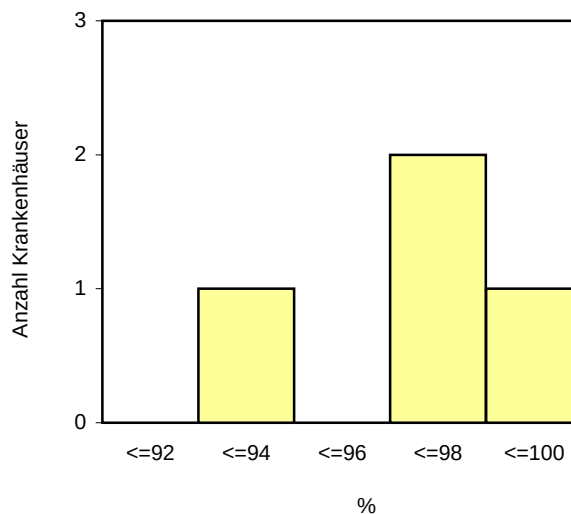
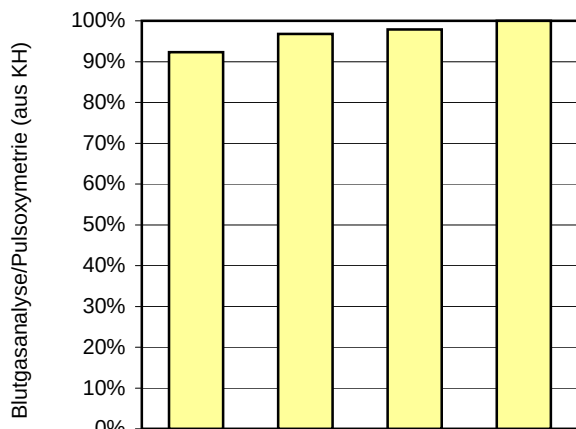
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2013/PNEU/2007]:

Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

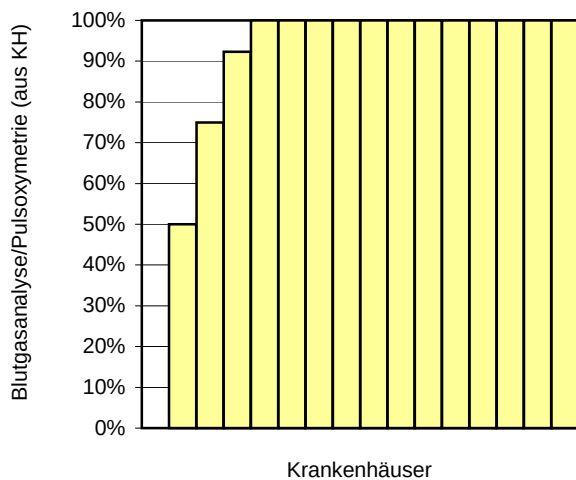
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,3			94,5	97,3	98,9			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		50,0	96,2	100,0	100,0	100,0		100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	5.590 / 5.894 94,8%	5.414 / 5.681 95,3%	176 / 213 82,6%
Vertrauensbereich		94,7% - 95,8%	
Referenzbereich		>= 90,0%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	127 / 5.894 2,2%	95 / 5.681 1,7%	32 / 213 15,0%

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

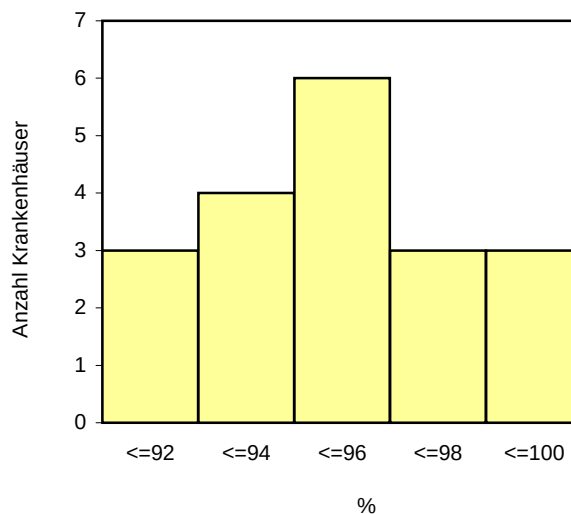
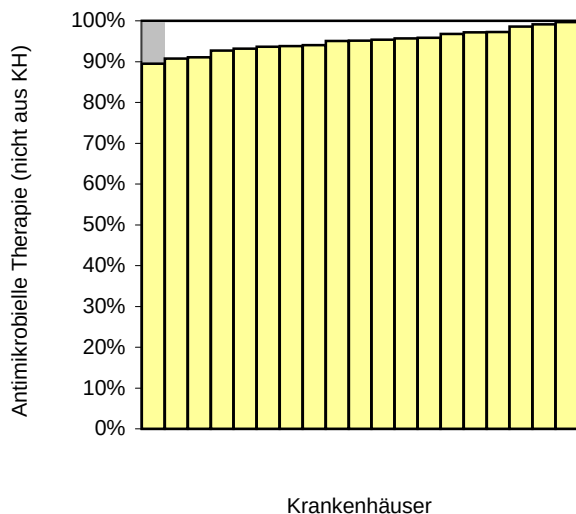
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	5.366 / 5.621 95,5%	5.214 / 5.423 96,1% 95,6% - 96,6%	152 / 198 76,8%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	87 / 5.621 1,5%	47 / 5.423 0,9%	40 / 198 20,2%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/PNEU/2009]:

Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden und bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

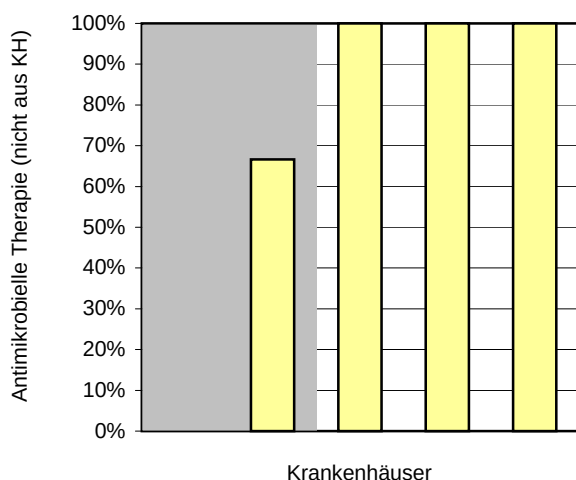
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,5		90,8	93,2	95,1	97,1	99,2		99,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

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

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Gesamt 2013			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.117 / 1.171 95,4%	4.231 / 4.471 94,6%	242 / 252 96,0%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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

	Krankenhaus 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Gesamt 2013			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.097 / 1.148 95,6%	4.092 / 4.298 95,2%	225 / 235 95,7%

Qualitätsindikatorengruppe 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			3.735 / 4.160	89,8%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	936 / 971 96,4%	2.750 / 3.118 88,2%	49 / 71 69,0%
Vertrauensbereich	95,0% - 97,4%	87,0% - 89,3%	
Referenzbereich	>= 95,0%	>= 90,0%	

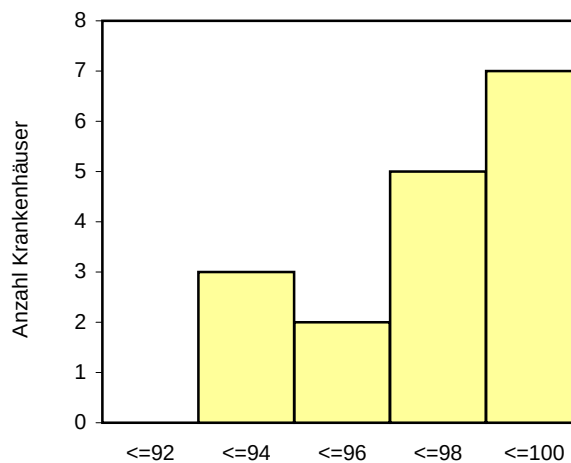
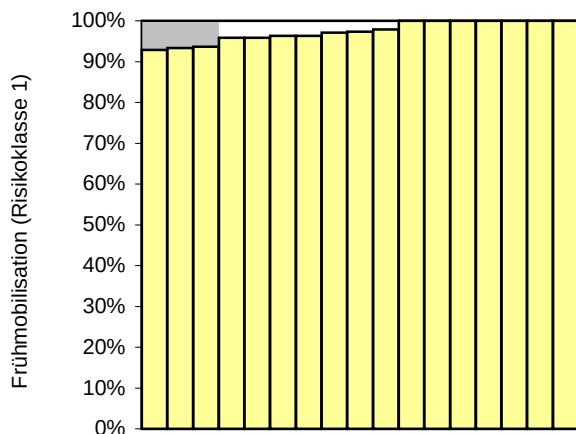
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	906 / 946 95,8% 94,3% - 96,9%	2.618 / 2.968 88,2% 87,0% - 89,3%	47 / 66 71,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/PNEU/2012]:

Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde unter Ausschluss von verstorbenen Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

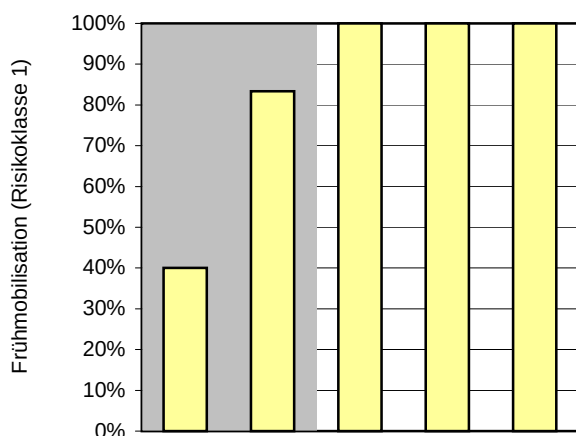
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9		93,3	95,8	97,4	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0			83,3	100,0	100,0			100,0

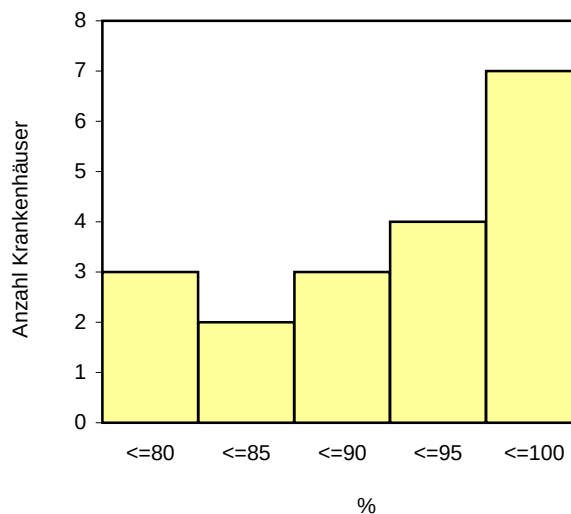
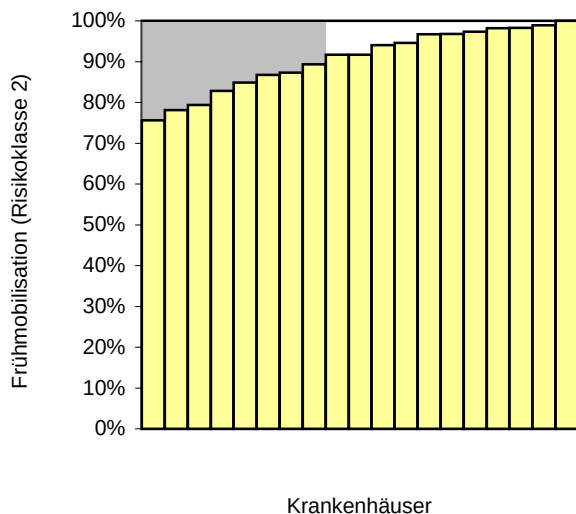
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/PNEU/2013]:

Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde unter Ausschluss von verstorbenen Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

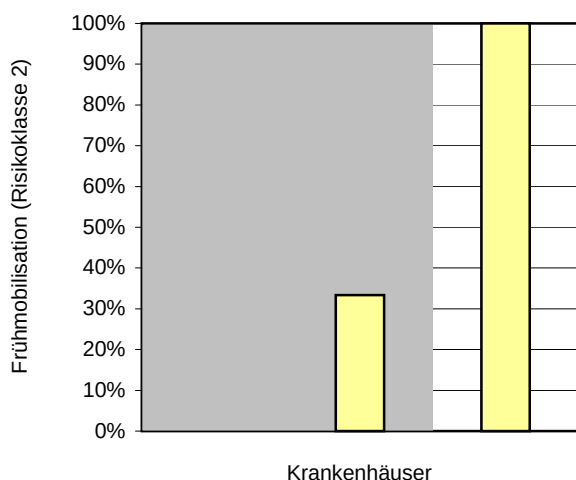
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,6		78,1	84,8	91,7	97,3	98,9		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Häufig eine Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitonins im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmen
Grundgesamtheit:	Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 5 Tagen (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Indikator-ID:	2013/PNEU/2015
Referenzbereich:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			5.181 / 5.286	98,0%
Vertrauensbereich				97,6% - 98,4%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

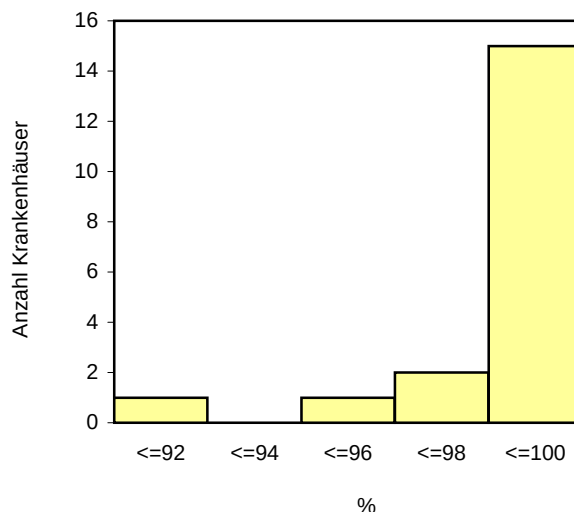
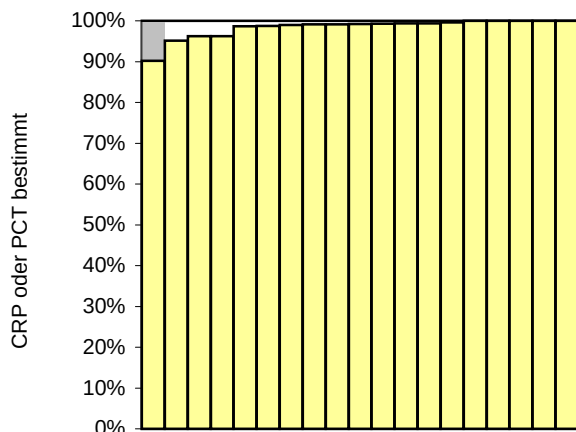
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			4.856 / 4.955	98,0%
Vertrauensbereich				97,6% - 98,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2013/PNEU/2015]:

Anteil von Patienten, bei denen das CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme bestimmt wurde, an Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 5 Tagen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

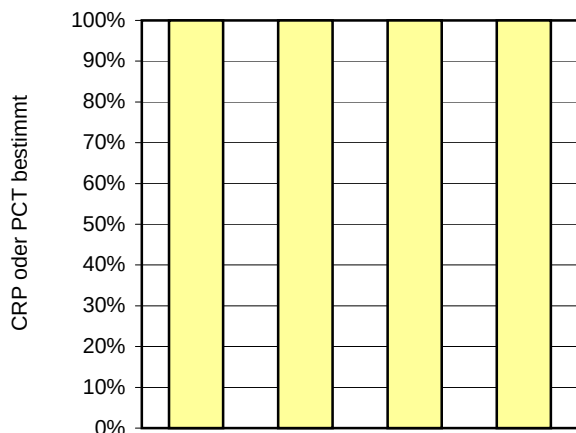
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,2		95,1	98,7	99,2	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			571 / 579	98,6%
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			8 / 579	1,4%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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

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

Referenzbereich:
 Risikoklasse 2: $\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
 Risikoklasse 3: Sentinel Event

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

	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	79 / 83 95,2%	468 / 472 99,2%	
Vertrauensbereich		97,8% - 99,7%	
Referenzbereich		>= 95,0%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			0 / 24
Referenzbereich			0,0 Fälle Sentinel Event

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	71 / 72 98,6%	408 / 415 98,3%	
Vertrauensbereich		96,6% - 99,2%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens ¹			0 / 30 0,0 Fälle

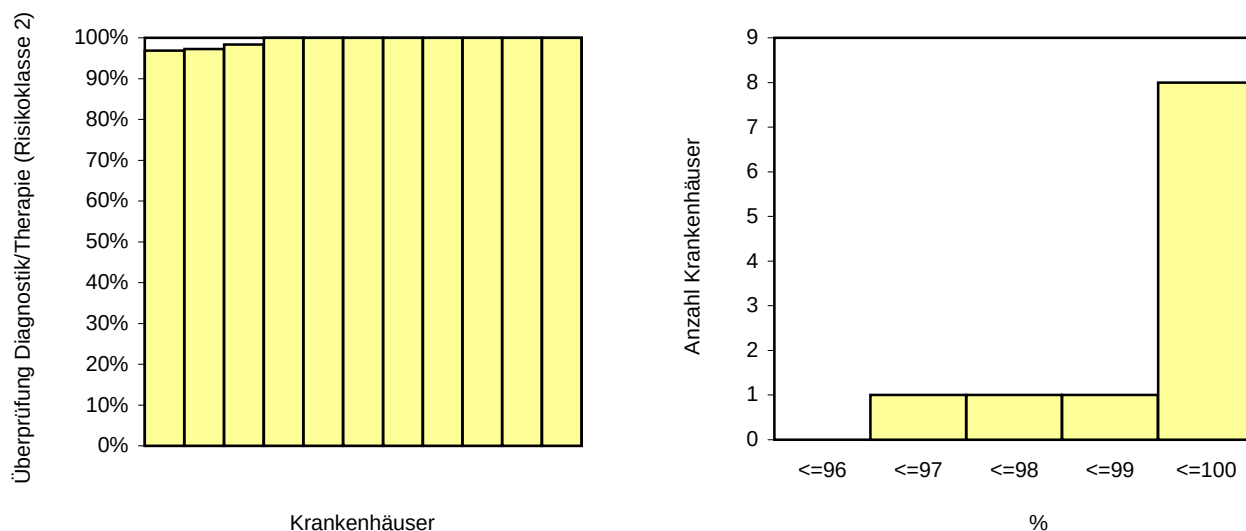
¹ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den komplementären Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch ergeben sich Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/PNEU/2018]:

Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

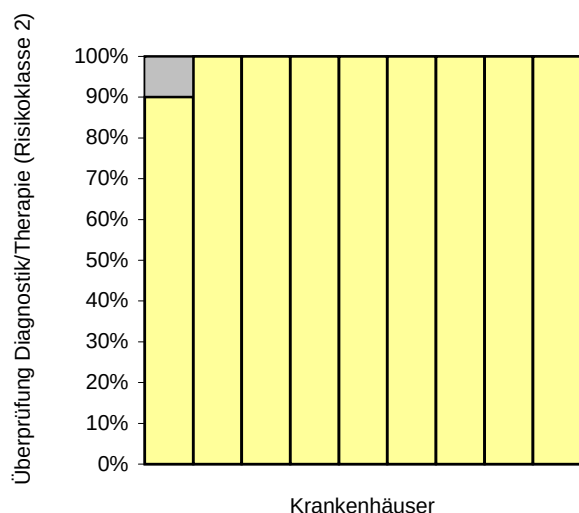
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,9		97,2	98,3	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

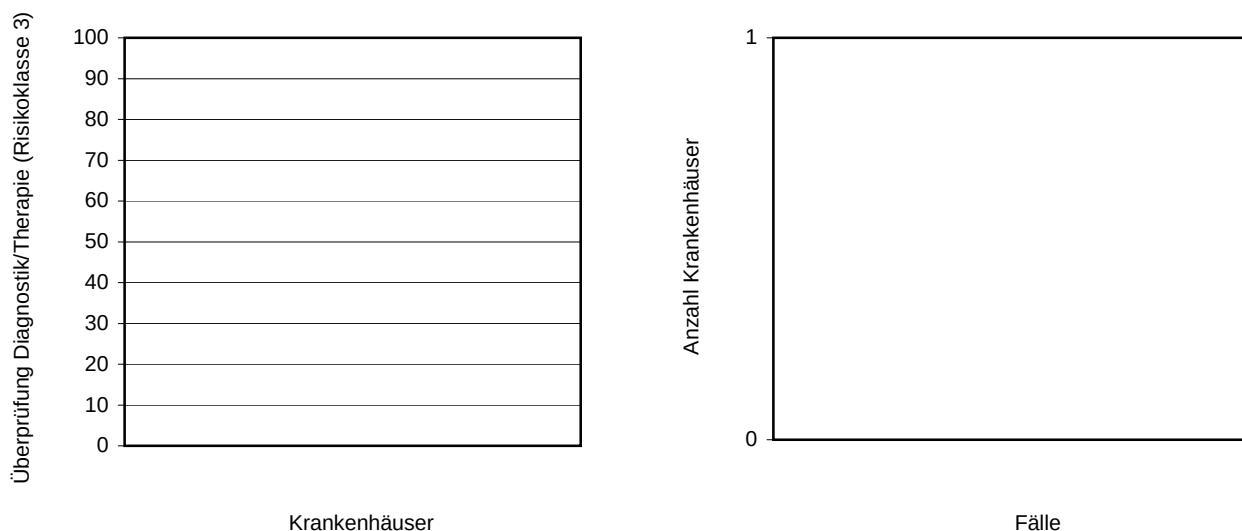
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/PNEU/2019]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

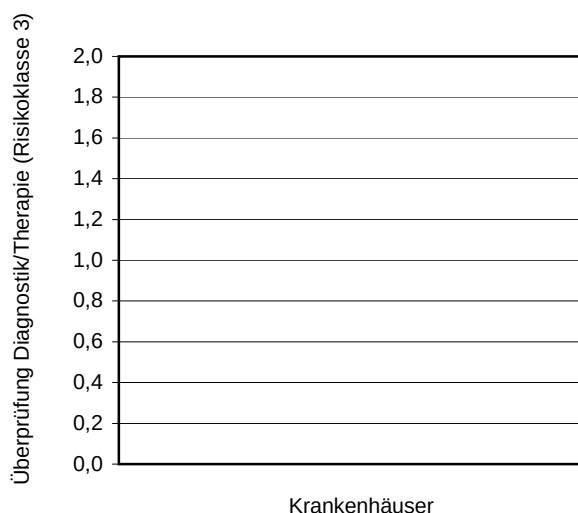
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

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

Indikator-ID: 2013/PNEU/2028

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			3.741 / 4.015	93,2%
Vertrauensbereich				92,4% - 93,9%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$
Desorientierung			4.015 / 4.015	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.015 / 4.015	100,0%
Spontane Atemfrequenz			3.828 / 4.015	95,3%
Herzfrequenz			3.996 / 4.015	99,5%
Temperatur			3.997 / 4.015	99,6%
Sauerstoffsättigung			3.860 / 4.015	96,1%
Blutdruck systolisch			3.996 / 4.015	99,5%

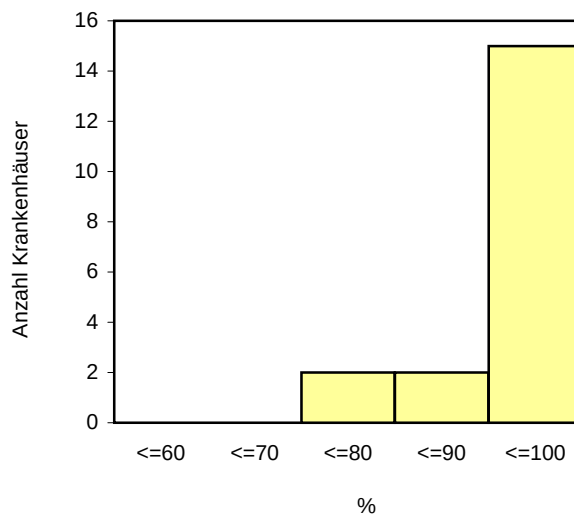
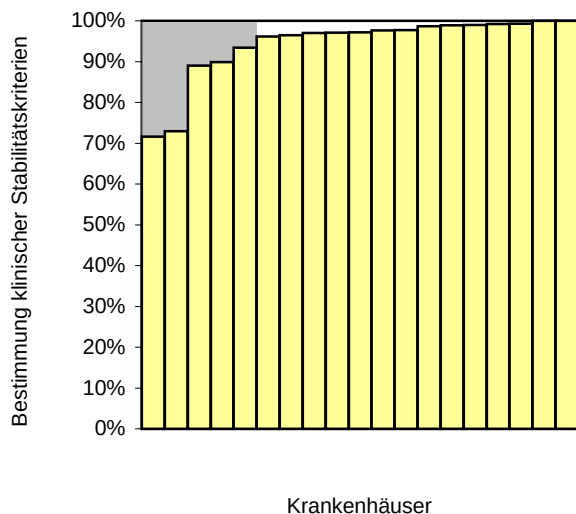
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			3.793 / 3.898	97,3%
Vertrauensbereich				96,7% - 97,8%
Desorientierung			3.898 / 3.898	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.898 / 3.898	100,0%
Spontane Atemfrequenz			3.811 / 3.898	97,8%
Herzfrequenz			3.887 / 3.898	99,7%
Temperatur			3.891 / 3.898	99,8%
Sauerstoffsättigung			3.865 / 3.898	99,2%
Blutdruck systolisch			3.888 / 3.898	99,7%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/PNEU/2028]:

Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

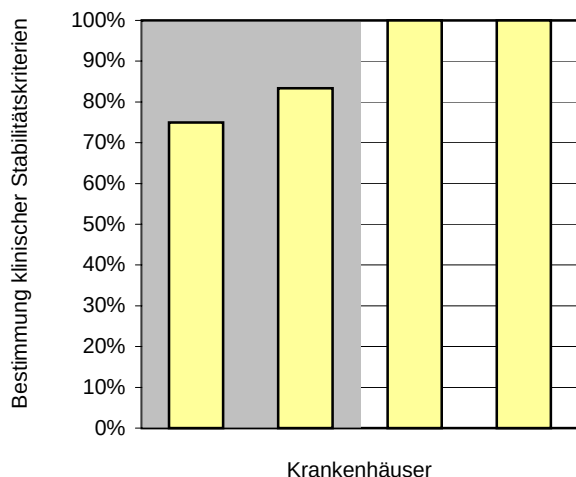
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,6		73,0	93,4	97,1	99,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0			79,2	91,7	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

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

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien
 (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Indikator-ID: 2013/PNEU/2036

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			3.660 / 3.741	97,8%
Vertrauensbereich				97,3% - 98,3%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			3.712 / 3.741	99,2%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.657 / 3.741	97,8%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			3.704 / 3.741	99,0%
Herzfrequenz maximal 100/min			3.656 / 3.741	97,7%
Temperatur maximal 37,2°C			3.561 / 3.741	95,2%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.684 / 3.741	98,5%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.691 / 3.741	98,7%

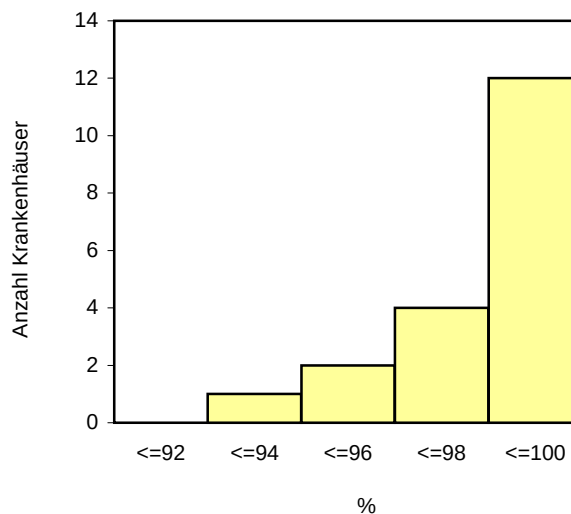
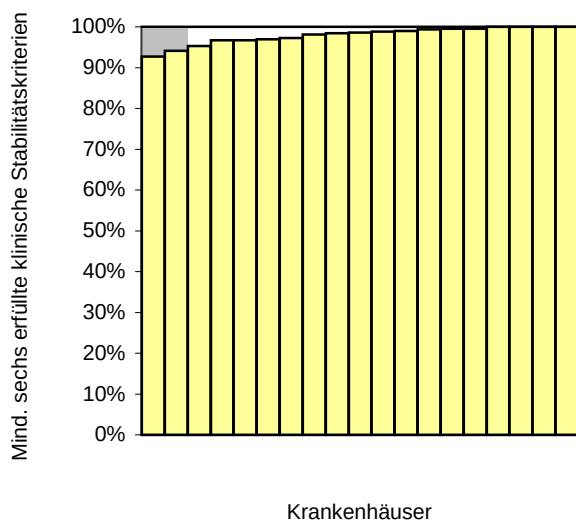
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			3.749 / 3.793	98,8% 98,4% - 99,1%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			3.764 / 3.793	99,2%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.721 / 3.793	98,1%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			3.754 / 3.793	99,0%
Herzfrequenz maximal 100/min			3.755 / 3.793	99,0%
Temperatur maximal 37,2°C			3.693 / 3.793	97,4%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.742 / 3.793	98,7%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.762 / 3.793	99,2%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2013/PNEU/2036]:

Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

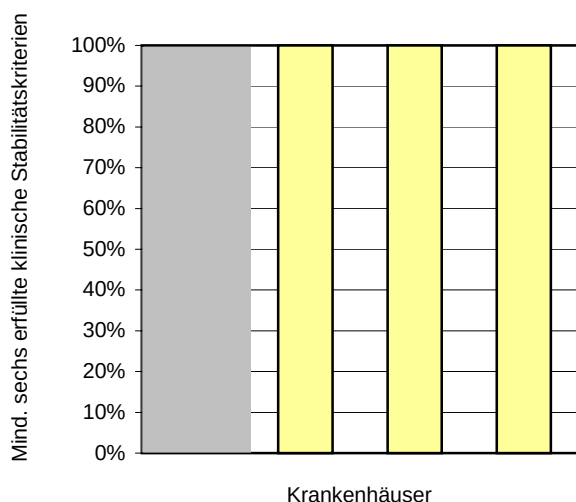
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,7		94,1	96,7	98,6	99,6	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

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

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			877 / 6.557	13,4%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			504 / 5.894	8,6%
Vertrauensbereich				7,9% - 9,3%
Referenzbereich		<= 13,8%		<= 13,8%

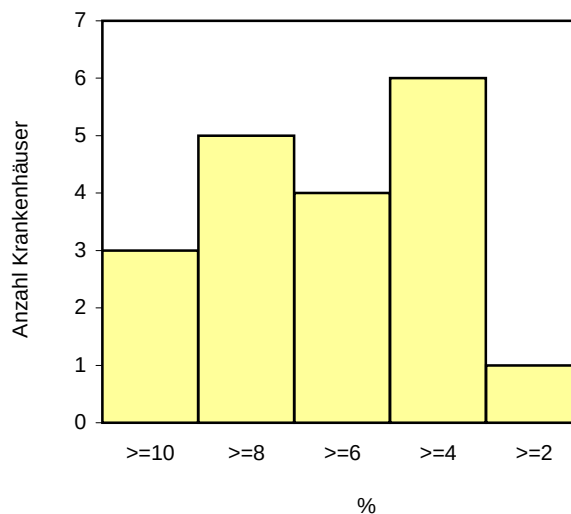
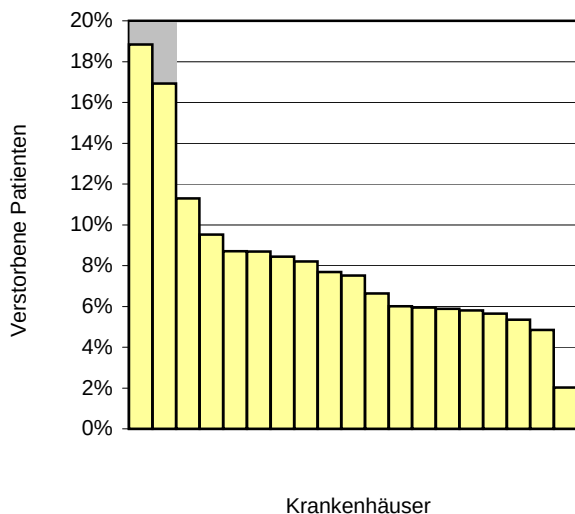
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			836 / 6.273	13,3%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			426 / 5.621	7,6%
Vertrauensbereich				6,9% - 8,3%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/PNEU/11878]:

Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

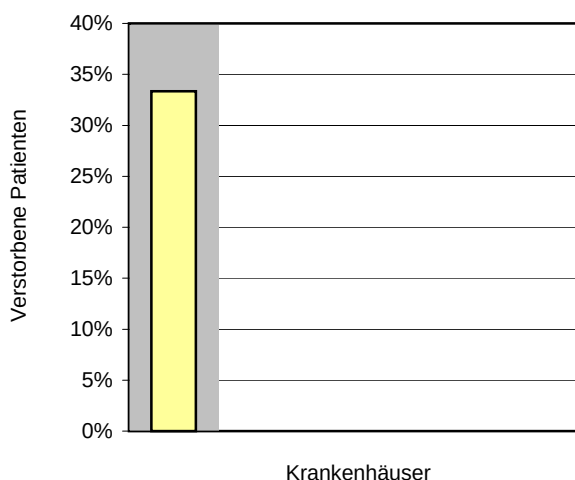
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,0		4,9	5,8	7,5	8,7	16,9		18,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		504 / 5.894 8,55%
vorhergesagt (E) ¹		478,92 / 5.894 8,13%
O - E		0,43%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,05
Vertrauensbereich		0,97 - 1,14
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

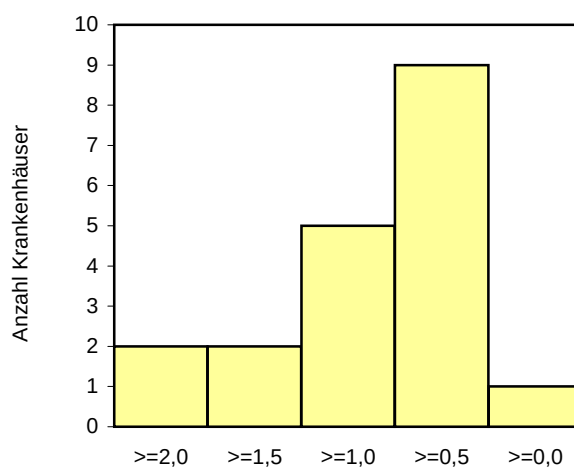
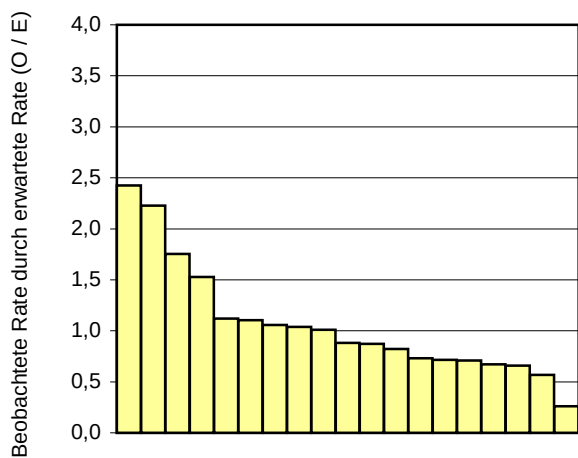
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		426 / 5.621 7,58%
vorhergesagt (E)		456,49 / 5.621 8,12%
O - E		-0,54%
O / E		0,93
Vertrauensbereich		0,85 - 1,02

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/PNEU/50778]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

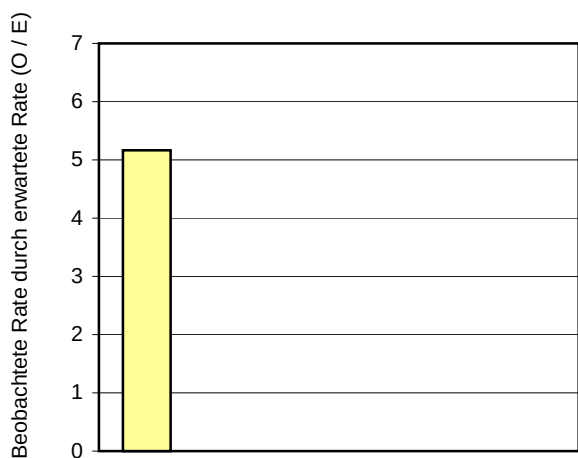
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,26		0,57	0,71	0,88	1,12	2,23		2,43

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			5,16

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus - Risikoklassen nach CRB-65

Gruppe 1: Alle Patienten

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

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

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

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

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

Gesamt 2013				
		Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1	Verstorbene Patienten	34 / 1.199 2,8%	692 / 5.006 13,8%	151 / 352 42,9%
Gruppe 2	Verstorbene Patienten	24 / 1.171 2,0%	412 / 4.471 9,2%	68 / 252 27,0%
Vertrauensbereich	Referenzbereich	1,4% - 3,0% <= 4,4%	8,4% - 10,1% <= 14,4%	21,9% - 32,8% <= 40,7%

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

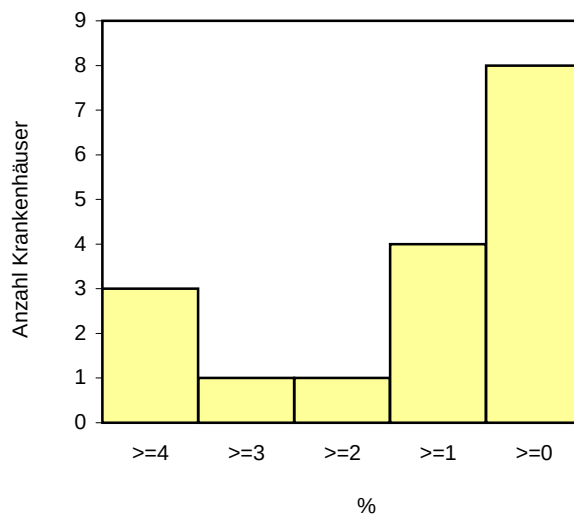
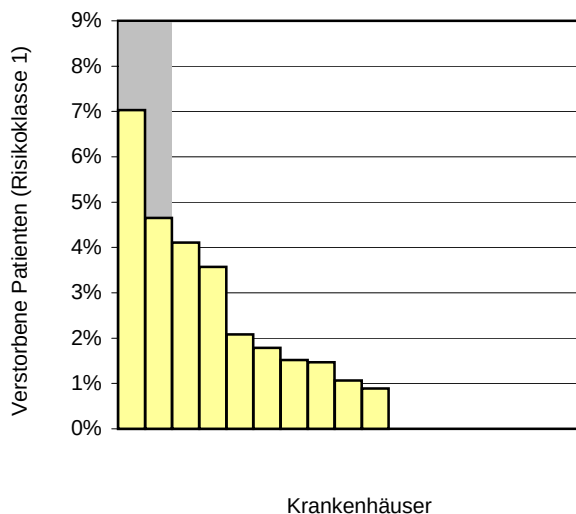
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	35 / 1.163 3,0%	670 / 4.779 14,0%	131 / 331 39,6%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	20 / 1.127 1,8%	360 / 4.271 8,4%	46 / 223 20,6%
Vertrauensbereich	1,2% - 2,7%	7,6% - 9,3%	15,8% - 26,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2013/PNEU/11879]:

Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

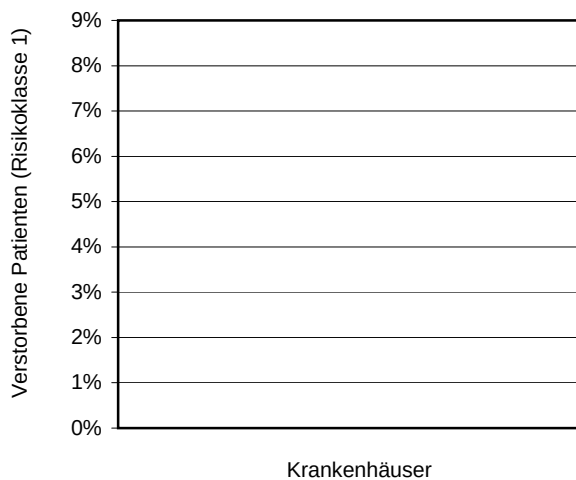
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	1,1	2,1	4,7		7,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

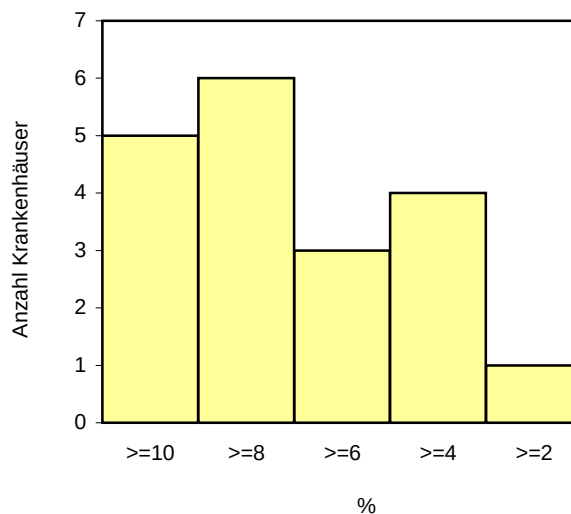
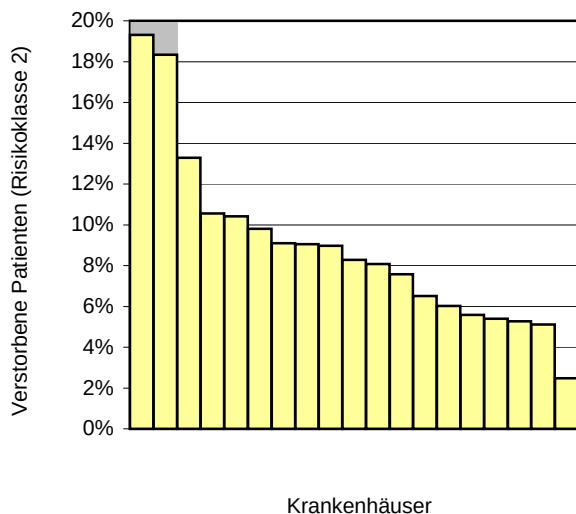
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2013/PNEU/11880]:

Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

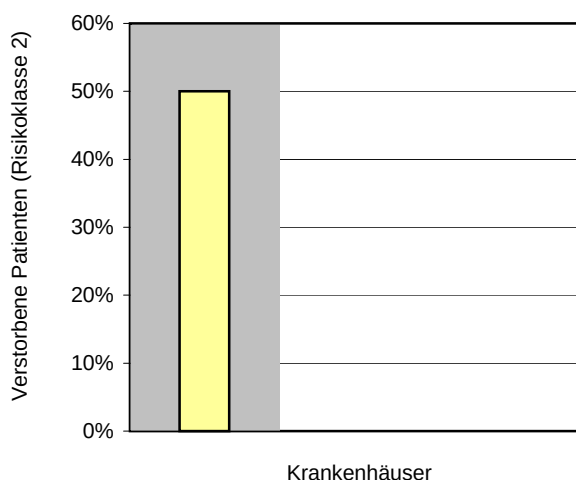
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,5		5,1	5,6	8,3	10,4	18,3		19,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

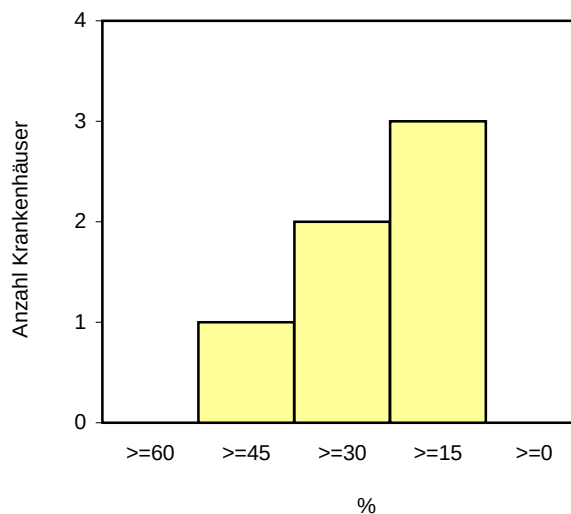
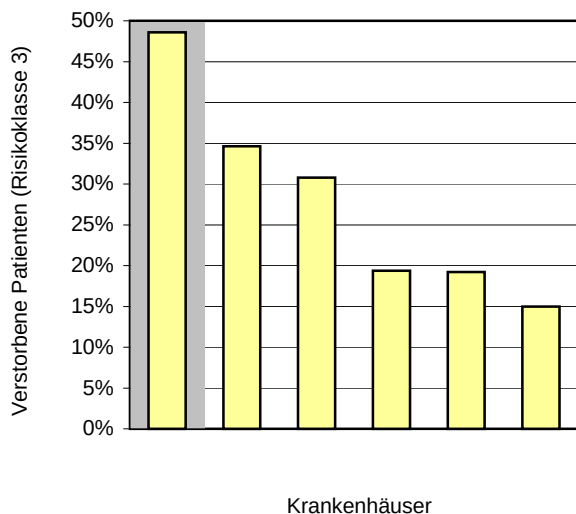
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2013/PNEU/11881]:

Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

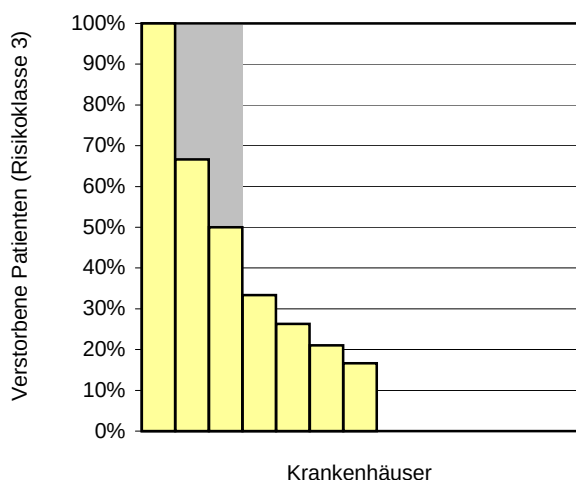
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,0			19,2	25,1	34,6			48,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	16,7	33,3	66,7		100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			6.557	
18 - 19 Jahre			1 / 17	5,9%
20 - 29 Jahre			0 / 112	0,0%
30 - 39 Jahre			2 / 190	1,1%
40 - 49 Jahre			19 / 341	5,6%
50 - 59 Jahre			28 / 487	5,7%
60 - 69 Jahre			64 / 864	7,4%
70 - 79 Jahre			237 / 1.827	13,0%
80 - 89 Jahre			360 / 1.999	18,0%
>= 90 Jahre			166 / 720	23,1%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			6.273	
18 - 19 Jahre			0 / 18	0,0%
20 - 29 Jahre			0 / 146	0,0%
30 - 39 Jahre			2 / 198	1,0%
40 - 49 Jahre			7 / 320	2,2%
50 - 59 Jahre			27 / 454	5,9%
60 - 69 Jahre			67 / 840	8,0%
70 - 79 Jahre			242 / 1.851	13,1%
80 - 89 Jahre			336 / 1.844	18,2%
>= 90 Jahre			155 / 602	25,7%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			5.894	
18 - 19 Jahre			1 / 17	5,9%
20 - 29 Jahre			0 / 110	0,0%
30 - 39 Jahre			2 / 187	1,1%
40 - 49 Jahre			14 / 328	4,3%
50 - 59 Jahre			19 / 469	4,1%
60 - 69 Jahre			34 / 813	4,2%
70 - 79 Jahre			141 / 1.655	8,5%
80 - 89 Jahre			196 / 1.716	11,4%
>= 90 Jahre			97 / 599	16,2%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			5.621	
18 - 19 Jahre			0 / 18	0,0%
20 - 29 Jahre			0 / 144	0,0%
30 - 39 Jahre			0 / 195	0,0%
40 - 49 Jahre			5 / 313	1,6%
50 - 59 Jahre			17 / 433	3,9%
60 - 69 Jahre			39 / 786	5,0%
70 - 79 Jahre			138 / 1.678	8,2%
80 - 89 Jahre			158 / 1.578	10,0%
>= 90 Jahre			69 / 476	14,5%

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			877 / 6.557	
18 - 19 Jahre			1 / 877	0,1%
20 - 29 Jahre			0 / 877	0,0%
30 - 39 Jahre			2 / 877	0,2%
40 - 49 Jahre			19 / 877	2,2%
50 - 59 Jahre			28 / 877	3,2%
60 - 69 Jahre			64 / 877	7,3%
70 - 79 Jahre			237 / 877	27,0%
80 - 89 Jahre			360 / 877	41,0%
>= 90 Jahre			166 / 877	18,9%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			836 / 6.273	
18 - 19 Jahre			0 / 836	0,0%
20 - 29 Jahre			0 / 836	0,0%
30 - 39 Jahre			2 / 836	0,2%
40 - 49 Jahre			7 / 836	0,8%
50 - 59 Jahre			27 / 836	3,2%
60 - 69 Jahre			67 / 836	8,0%
70 - 79 Jahre			242 / 836	28,9%
80 - 89 Jahre			336 / 836	40,2%
>= 90 Jahre			155 / 836	18,5%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			504 / 5.894	
18 - 19 Jahre			1 / 504	0,2%
20 - 29 Jahre			0 / 504	0,0%
30 - 39 Jahre			2 / 504	0,4%
40 - 49 Jahre			14 / 504	2,8%
50 - 59 Jahre			19 / 504	3,8%
60 - 69 Jahre			34 / 504	6,7%
70 - 79 Jahre			141 / 504	28,0%
80 - 89 Jahre			196 / 504	38,9%
>= 90 Jahre			97 / 504	19,2%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			426 / 5.621	
18 - 19 Jahre			0 / 426	0,0%
20 - 29 Jahre			0 / 426	0,0%
30 - 39 Jahre			0 / 426	0,0%
40 - 49 Jahre			5 / 426	1,2%
50 - 59 Jahre			17 / 426	4,0%
60 - 69 Jahre			39 / 426	9,2%
70 - 79 Jahre			138 / 426	32,4%
80 - 89 Jahre			158 / 426	37,1%
>= 90 Jahre			69 / 426	16,2%

Qualitätsindikator 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Qualitätsziel:	Möglichst immer Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Grundgesamtheit:	Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Indikator-ID:	2013/PNEU/50722
Referenzbereich:	>= 98,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			6.114 / 6.440	94,9%
Vertrauensbereich				94,4% - 95,4%
Referenzbereich		>= 98,0%		>= 98,0%

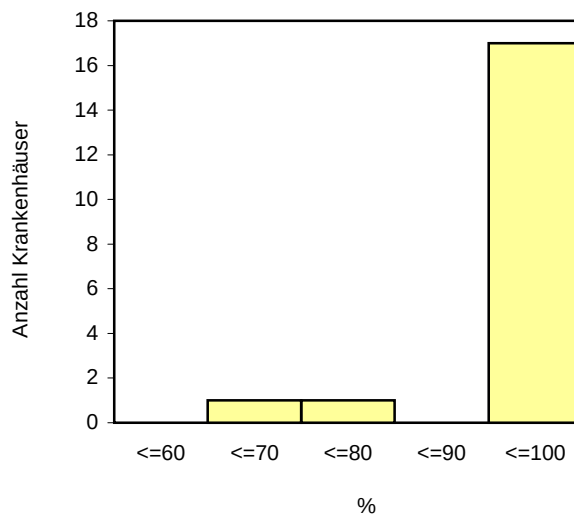
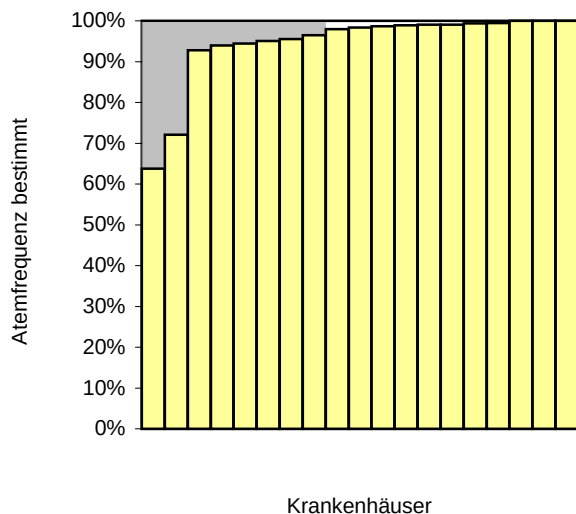
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			5.709 / 6.163	92,6%
Vertrauensbereich				92,0% - 93,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2013/PNEU/50722]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

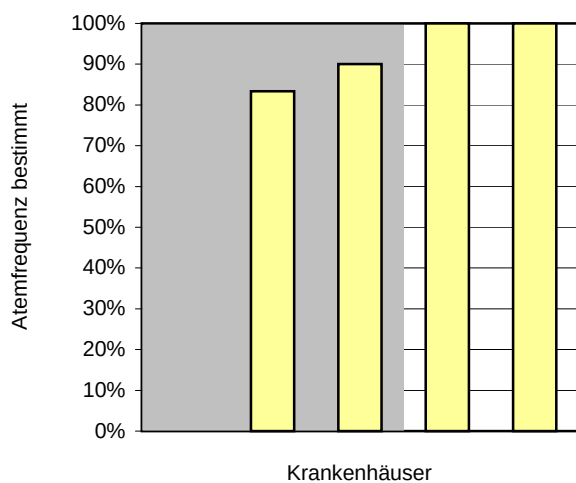
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,7		72,1	94,4	98,4	99,4	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			83,3	90,0	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.557
Datensatzversion: PNEU 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14201-L88918-P43265

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.260	34,5	1.879	30,0
2. Quartal			1.596	24,3	1.467	23,4
3. Quartal			1.223	18,7	1.319	21,0
4. Quartal			1.478	22,5	1.608	25,6
Gesamt			6.557		6.273	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.557		6.273	
Median				8,0		8,0
Mittelwert				9,7		10,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
3	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
4	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
5	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
6	E86	Volumenmangel
7	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.1	1.451	22,1	J18.9	1.447	23,1
2				J18.9	1.421	21,7	J18.1	1.174	18,7
3				J69.0	850	13,0	J18.8	842	13,4
4				J18.8	815	12,4	J18.0	807	12,9
5				J18.0	793	12,1	J69.0	743	11,8
6				E86	628	9,6	E86	516	8,2
7				I10.90	556	8,5	I10.90	446	7,1
8				J15.9	496	7,6	J15.9	439	7,0

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.557 / 6.557		6.273 / 6.273	
18 - 19 Jahre			17 / 6.557	0,3	18 / 6.273	0,3
20 - 29 Jahre			112 / 6.557	1,7	146 / 6.273	2,3
30 - 39 Jahre			190 / 6.557	2,9	198 / 6.273	3,2
40 - 49 Jahre			341 / 6.557	5,2	320 / 6.273	5,1
50 - 59 Jahre			487 / 6.557	7,4	454 / 6.273	7,2
60 - 69 Jahre			864 / 6.557	13,2	840 / 6.273	13,4
70 - 79 Jahre			1.827 / 6.557	27,9	1.851 / 6.273	29,5
80 - 89 Jahre			1.999 / 6.557	30,5	1.844 / 6.273	29,4
>= 90 Jahre			720 / 6.557	11,0	602 / 6.273	9,6
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.557		6.273	
Median				77,0		76,0
Mittelwert				73,2		72,4
Geschlecht						
männlich			3.578	54,6	3.452	55,0
weiblich			2.979	45,4	2.821	45,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			1.676	25,6	1.544	24,6
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			253	3,9	230	3,7
Chronische Bettlägerigkeit			1.458	22,2	1.423	22,7
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung						
ja			117	1,8	110	1,8
nein			6.440	98,2	6.163	98,2
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
nein			4.226	65,6	3.998	64,9
pneumoniebedingt			415	6,4	418	6,8
nicht pneumoniebedingt			1.799	27,9	1.747	28,3
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			6.114		5.709	
Median				20,0		20,0
Mittelwert				20,3		20,4
nicht bestimmt			326	5,1	454	7,4
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.440		6.163	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				131,9		131,5
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.440		6.163	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				74,5		74,9

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			126	1,9	60	1,0
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			6.305	96,2	6.111	97,4
4 bis unter 8 Stunden			74	1,1	71	1,1
8 Stunden und später			52	0,8	31	0,5
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			165	2,5	123	2,0
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			5.880	89,7	5.668	90,4
4 bis unter 8 Stunden			316	4,8	298	4,8
8 Stunden und später			196	3,0	184	2,9

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation (mindestens 20 Minuten außerhalb des Bettes)						
keine Mobilisation			1.217	18,6	1.031	16,4
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			4.724	72,0	4.717	75,2
nach 24 Stunden und später			616	9,4	525	8,4
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes			6.148	93,8	5.839	93,1
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			5.284	85,9	5.022	86,0
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diag- nostischen oder thera- peutischen Vorgehens			836	96,8	783	95,8
Maschinelle Beatmung						
nein			6.102	93,1	5.862	93,4
ja, ausschließlich nicht-invasiv			189	2,9	159	2,5
ja, ausschließlich invasiv			130	2,0	132	2,1
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			136	2,1	120	1,9
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			455		411	
Median				69,0		57,0
Mittelwert				157,1		140,1
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden			21	0,3	16	0,3
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				192,0		183,5
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			413	90,8	387	94,2

Verlauf: Dauer der maschinellen Beatmung

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		318	48,5	292	48,5
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		97	171,0	90	161,5
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		164	14,0	139	18,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		57	145,0	63	69,0
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		9	109,0	10	63,0
Risikoklasse 2 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		41	92,0	47	73,0
Risikoklasse 3 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		7	260,0	6	98,5

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: Stratifizierte Beatmungsdauer

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		115		110	
Median			8,0		8,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		78		77	
Median			47,5		50,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		25		23	
Median			116,0		120,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		100		82	
Median			251,5		275,5
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4		8	
Median			9,5		16,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		22		23	
Median			50,0		60,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13		7	
Median			116,0		128,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		58		52	
Median			274,5		304,5

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: Stratifizierte Beatmungsdauer (Fortsetzung)

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		98	7,0	84	7,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		42	40,0	35	48,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		11	122,0	11	120,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		13	279,0	9	250,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		13	10,0	18	12,5
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		14	72,0	19	57,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		1	109,0	5	120,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		29	235,0	21	256,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden						
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			130	2,0	132	2,1
			126	96,9	125	94,7
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?			663 / 6.557	10,1	652 / 6.273	10,4

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <= 7	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			5.680	86,6	5.437	86,7
Desorientierung						
nein			3.979	70,1	3.765	69,2
pneumoniebedingt			67	1,2	65	1,2
nicht pneumoniebedingt			1.263	22,2	1.176	21,6
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme						
nein			217	3,8	179	3,3
ja			5.058	89,0	4.794	88,2
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			4.933	86,8	4.794	88,2
über 24/min			76	1,3	70	1,3
nicht bestimmt			288	5,1	137	2,5
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung ¹			8	0,1	-	-
Herzfrequenz						
maximal 100/min			5.139	90,5	4.897	90,1
über 100/min			142	2,5	86	1,6
nicht bestimmt			21	0,4	19	0,3
Temperatur						
maximal 37,2° C			4.970	87,5	4.820	88,7
über 37,2° C			312	5,5	165	3,0
nicht bestimmt			19	0,3	17	0,3
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			116	2,0	93	1,7
mindestens 90%			4.957	87,3	4.840	89,0
nicht bestimmt			226	4,0	68	1,3
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			100	1,8	53	1,0
mindestens 90 mmHg			5.165	90,9	4.919	90,5
nicht bestimmt			21	0,4	16	0,3

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.137	63,1	3.951	63,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			38	0,6	54	0,9
03: aus sonstigen Gründen			20	0,3	12	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			86	1,3	104	1,7
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	0	0,0
06: Verlegung			288	4,4	235	3,7
07: Tod			877	13,4	836	13,3
08: Verlegung nach § 14			14	0,2	12	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			62	0,9	45	0,7
10: in Pflegeeinrichtung			1.002	15,3	984	15,7
11: in Hospiz			13	0,2	16	0,3
12: interne Verlegung			0	0,0	5	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,0	6	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			12	0,2	9	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	2	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,0
22: Fallabschluss			2	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte						
davon						
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden						
			4.411	77,7	4.280	78,7
			159	3,6	162	3,8

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			877 / 6.557	13,4	836 / 6.273	13,3
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			407 / 1.676	24,3	387 / 1.544	25,1
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			45 / 117	38,5	40 / 110	36,4
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			38 / 253	15,0	28 / 230	12,2
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			839 / 6.304	13,3	808 / 6.043	13,4
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			7 / 21	33,3	6 / 16	37,5
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			432 / 4.628	9,3	421 / 4.499	9,4
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			184 / 455	40,4	153 / 411	37,2
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			71 / 189	37,6	47 / 159	29,6
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			64 / 130	49,2	57 / 132	43,2
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			49 / 136	36,0	49 / 120	40,8

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			504 / 5.894	8,6	426 / 5.621	7,6
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			207 / 1.347	15,4	172 / 1.215	14,2
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			23 / 91	25,3	16 / 79	20,3
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			16 / 213	7,5	13 / 198	6,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			488 / 5.681	8,6	413 / 5.423	7,6
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			2 / 14	14,3	1 / 8	12,5
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			281 / 4.334	6,5	241 / 4.208	5,7
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			105 / 360	29,2	84 / 324	25,9
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			35 / 144	24,3	25 / 127	19,7
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			37 / 100	37,0	36 / 105	34,3
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			33 / 116	28,4	23 / 92	25,0

Ambulant erworbene Pneumonie Risikoadjustierung mit dem logistischen Pneumonie-Score

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

Sofern ein Referenzbereich für ein Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

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

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

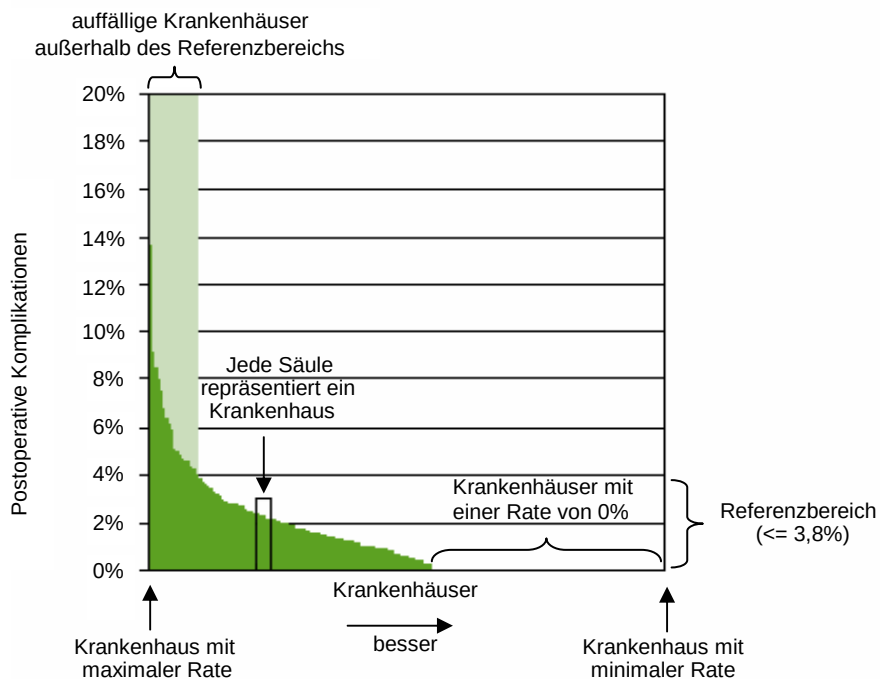
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

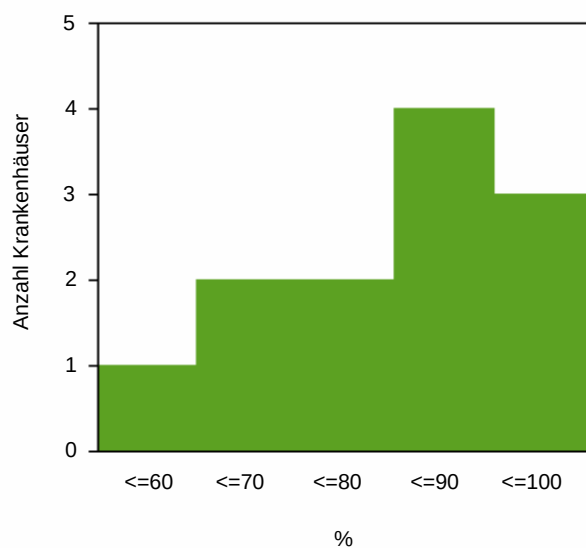
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.