

Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.027
Datensatzversion: PNEU 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15092-L95569-P45897

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

Jahresauswertung 2014
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.027
Datensatzversion: PNEU 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15092-L95569-P45897

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

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			97,85%	>= 95,00%	innerhalb	97,02%	9
1b: 2014/PNEU/2006							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			97,90%	nicht definiert	-	97,18%	9
1c: 2014/PNEU/2007							
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			95,54%	nicht definiert	-	88,97%	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)			95,46%	>= 90,00%	innerhalb	94,38%	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)			98,01%	>= 95,00%	innerhalb	96,70%	18
2014/PNEU/2013							
3b: 2014/PNEU/2013 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			92,66%	>= 90,00%	innerhalb	92,64%	18
2014/PNEU/2015							
QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme			98,69%	>= 95,00%	innerhalb	98,39%	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)							
			99,48%	>= 95,00%	innerhalb	98,40%	24
5b: 2014/PNEU/2019							
Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)							
			1,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	0,00 Fälle	24
2014/PNEU/2028							
QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung							
			96,83%	>= 95,00%	innerhalb	94,42%	28
2014/PNEU/2036							
QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung							
			97,82%	>= 95,00%	innerhalb	98,03%	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			11,57%	nicht definiert	-	12,31%	34
8b: 2014/PNEU/50778							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,90	nicht definiert	-	1,00	36
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:							
8c: 2014/PNEU/11879							
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			1,94%	<= 4,16%	innerhalb	1,58%	38
8d: 2014/PNEU/11880							
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			7,52%	<= 13,10%	innerhalb	8,58%	38
8e: 2014/PNEU/11881							
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			21,75%	<= 38,00%	innerhalb	25,00%	38
2014/PNEU/50722							
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme							
			95,14%	>= 98,00%	außerhalb	92,59%	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	6.876 / 7.027 97,85%	6.726 / 6.870 97,90%	150 / 157 95,54%
Vertrauensbereich	97,49% - 98,16%	97,54% - 98,22%	91,08% - 97,82%
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			

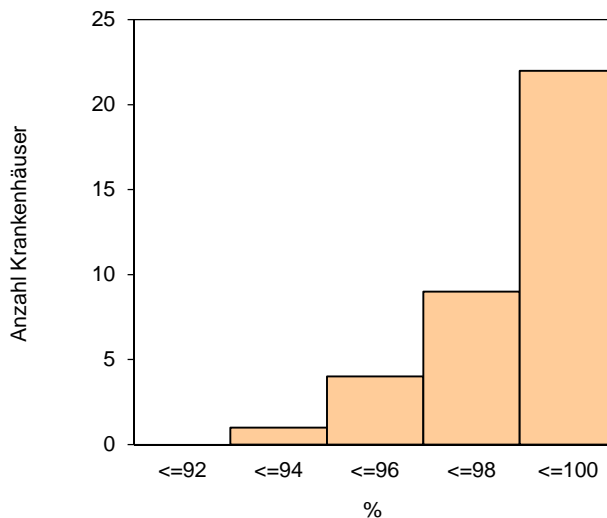
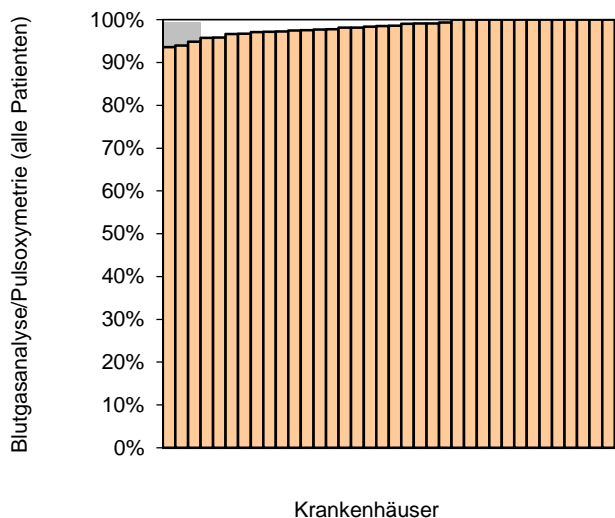
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	6.840 / 7.050 97,02% 96,60% - 97,39%	6.719 / 6.914 97,18% 96,76% - 97,54%	121 / 136 88,97% 82,60% - 93,20%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

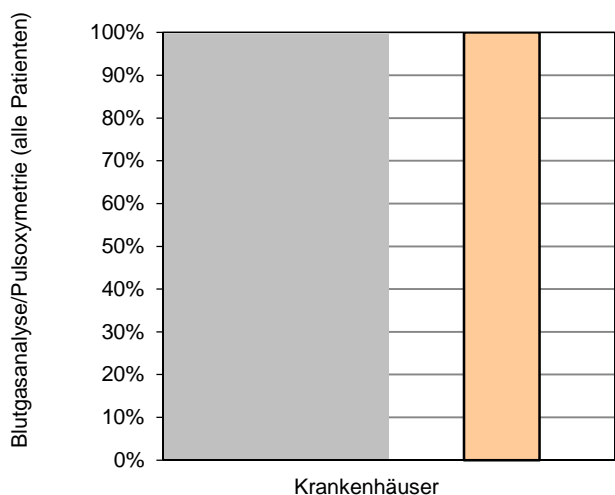
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,62	94,01	95,77	97,22	98,60	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

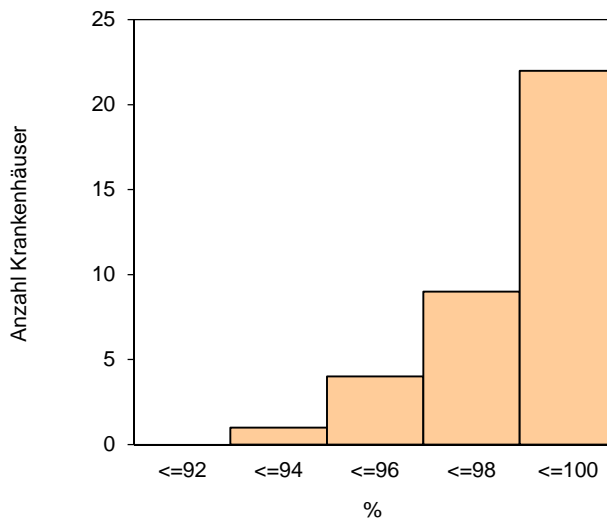
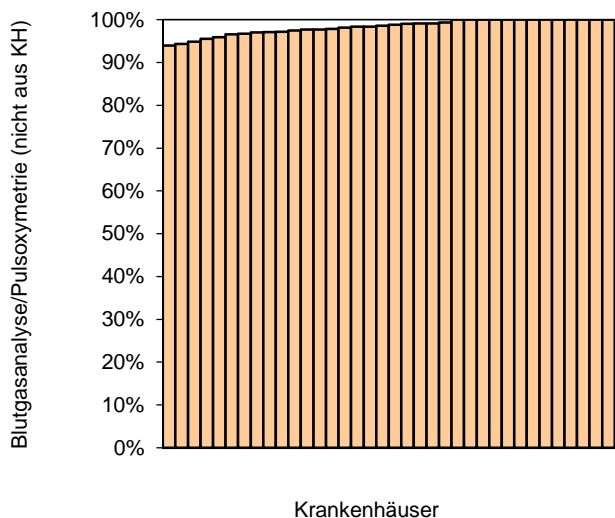
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

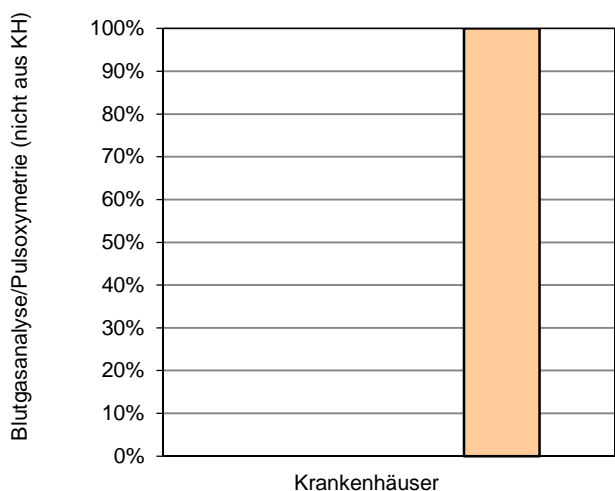
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,95	94,32	95,56	97,16	98,76	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

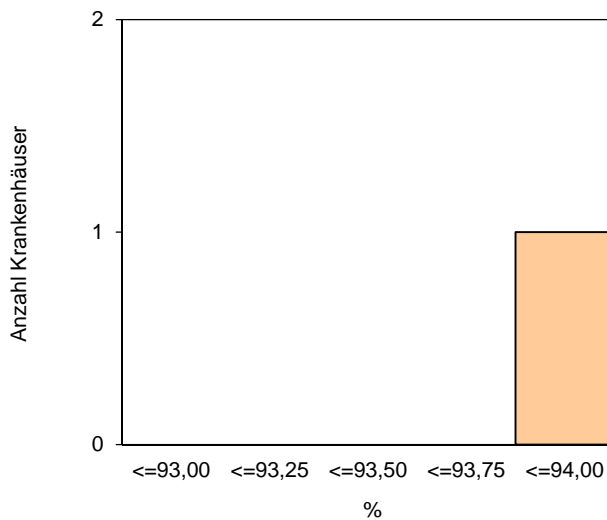
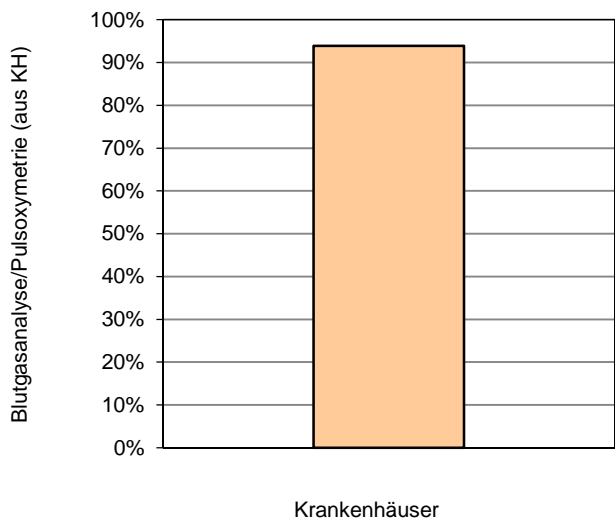
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2014/PNEU/2007]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

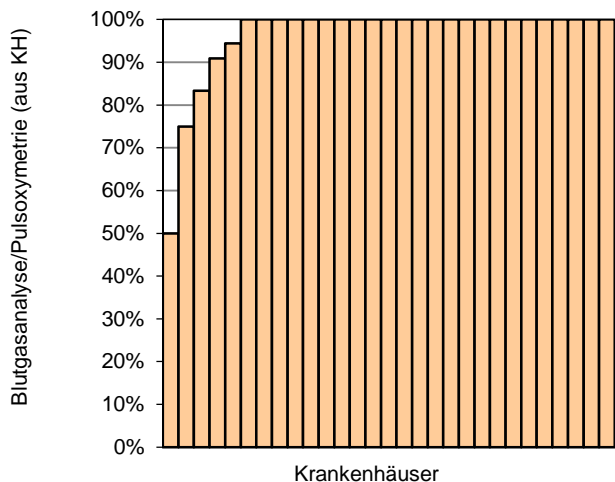
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,94				93,94				93,94

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00	75,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8 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	5.824 / 6.104 95,41%	5.694 / 5.965 95,46%	130 / 139 93,53%
Vertrauensbereich		94,90% - 95,96%	
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	65 / 6.104 1,06%	63 / 5.965 1,06%	2 / 139 1,44%

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			

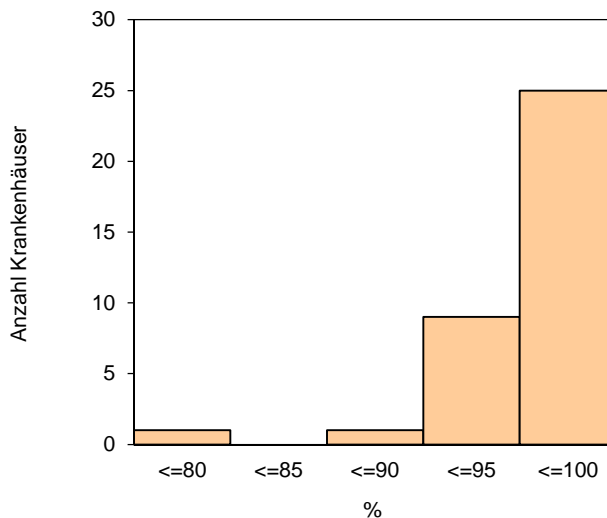
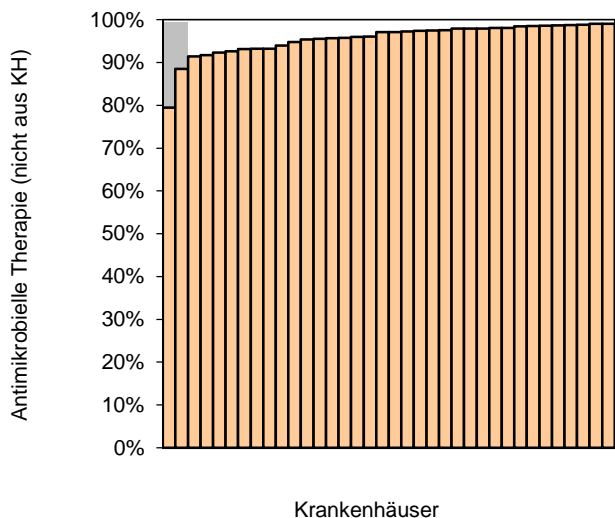
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	6.022 / 6.382 94,36%	5.908 / 6.260 94,38% 93,78% - 94,92%	114 / 122 93,44%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	73 / 6.382 1,14%	69 / 6.260 1,10%	4 / 122 3,28%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

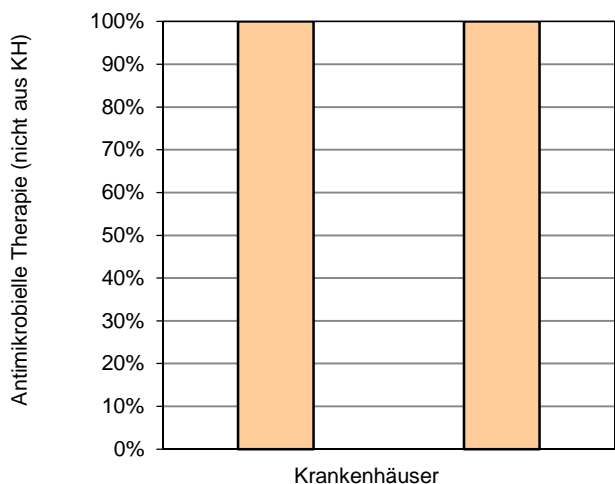
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,46	88,51	91,73	93,59	97,11	98,08	98,75	99,08	99,09

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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.

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	1.109 / 1.184 93,67%	4.412 / 4.612 95,66%	303 / 308 98,38%

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	1.085 / 1.158 93,70%	4.329 / 4.522 95,73%	280 / 285 98,25%

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			4.096 / 4.373	93,67%



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	987 / 1.007 98,01% 96,95% - 98,71% >= 95,00%	3.017 / 3.256 92,66% 91,71% - 93,51% >= 90,00%	92 / 110 83,64%

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			

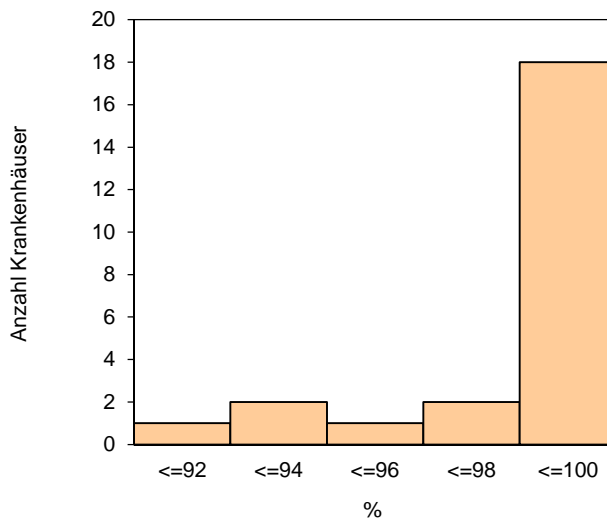
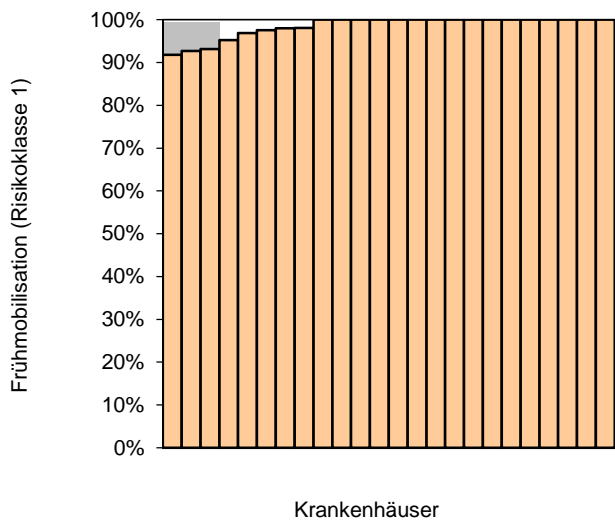
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.114 / 1.152 96,70% 95,50% - 97,59%	3.098 / 3.344 92,64% 91,71% - 93,48%	89 / 114 78,07%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

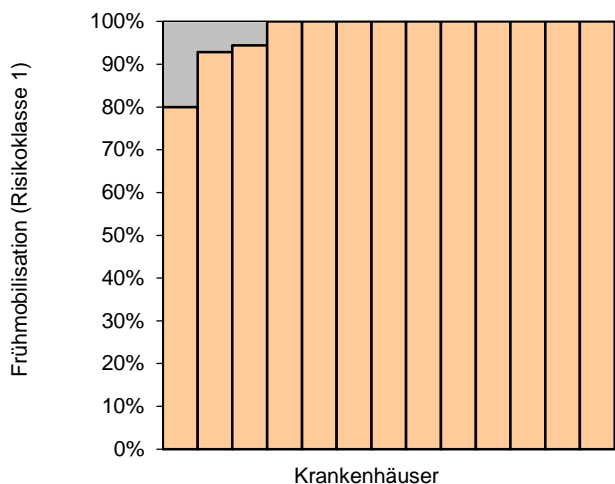
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,84	92,68	93,18	97,80	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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
	80,00		92,86	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

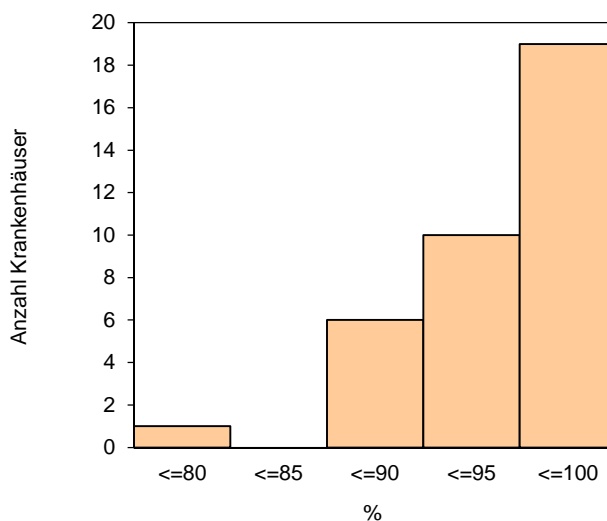
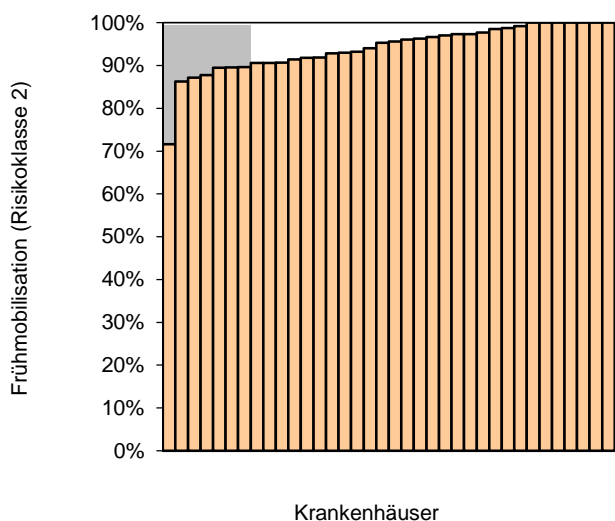
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

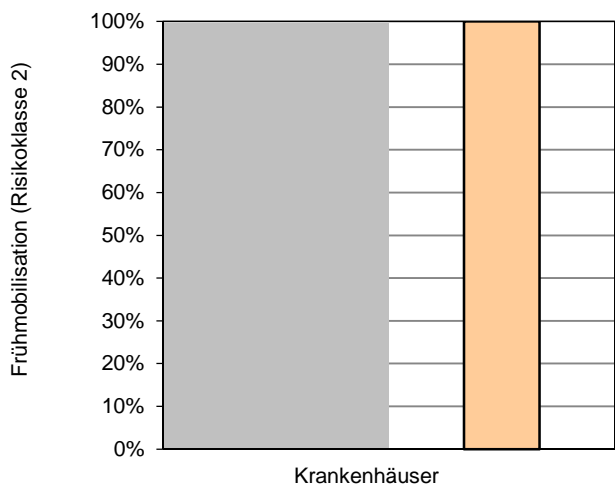
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,58	86,27	87,77	90,65	95,44	98,67	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				50,00				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			5.580 / 5.654	98,69%
Vertrauensbereich				98,36% - 98,96%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

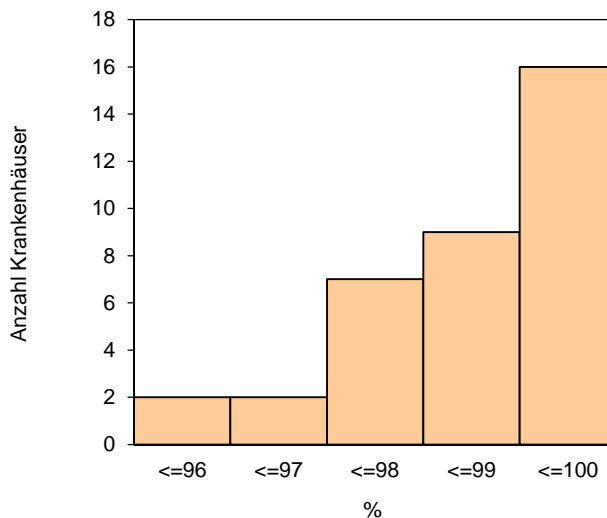
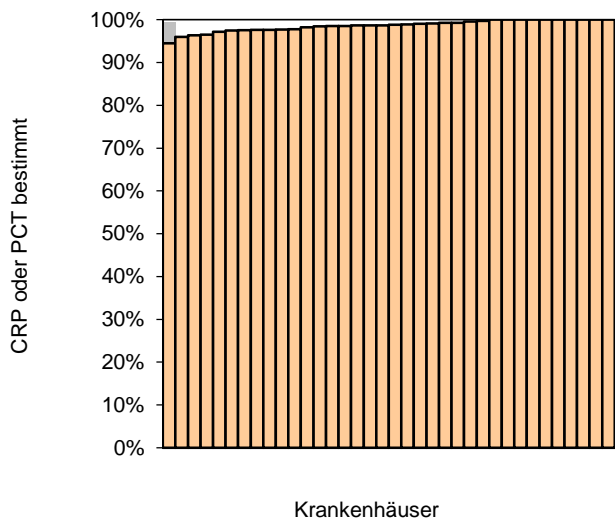
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			5.801 / 5.896	98,39%
Vertrauensbereich				98,03% - 98,68%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

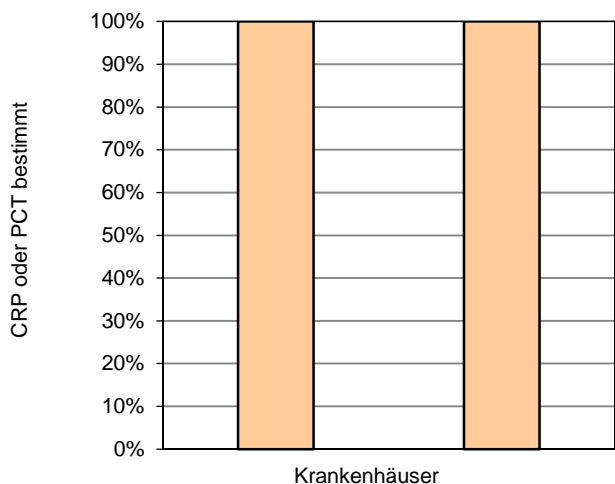
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,52	95,97	96,49	97,67	98,79	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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			712 / 720	98,89%
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			8 / 720	1,11%

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

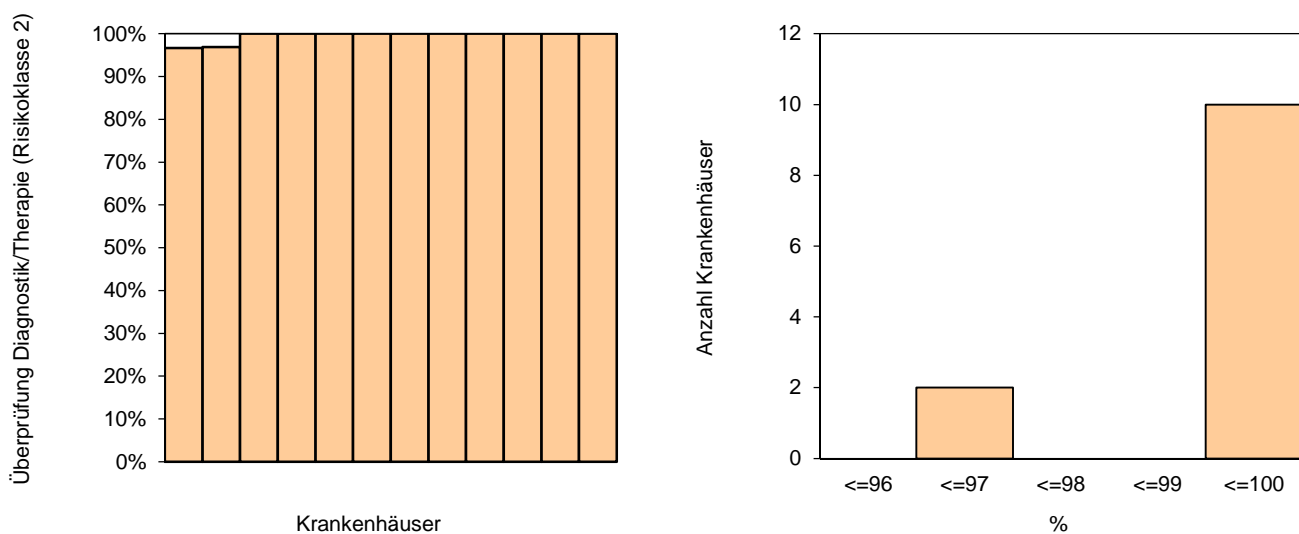
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich Referenzbereich	102 / 106 96,23%	570 / 573 99,48% 98,47% - 99,82% >= 95,00%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Referenzbereich			1 / 41 1,00 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	111 / 114 97,37%	555 / 564 98,40% 97,00% - 99,16%	
Patienten ohne Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			0 / 36 0,00 Fälle

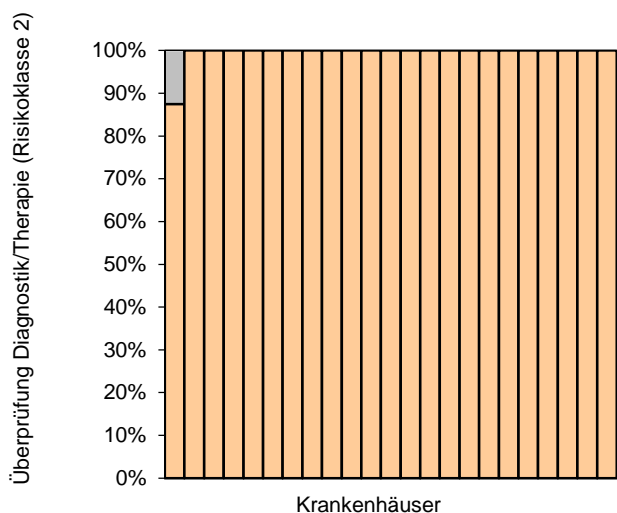
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/PNEU/2018]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach
 CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,67		96,88	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

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



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

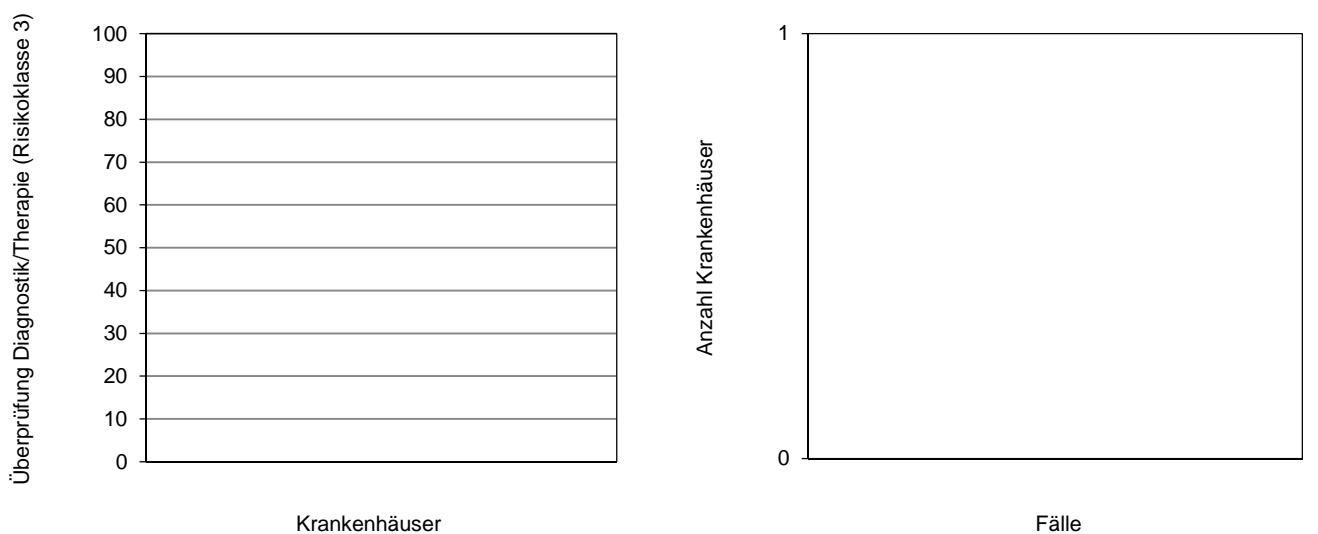
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

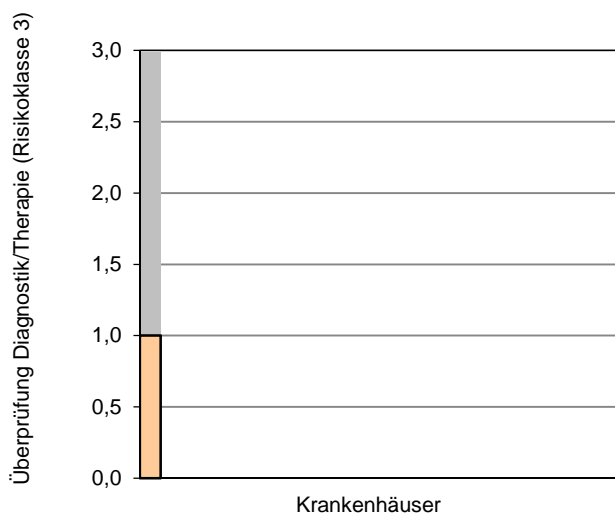
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

15 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

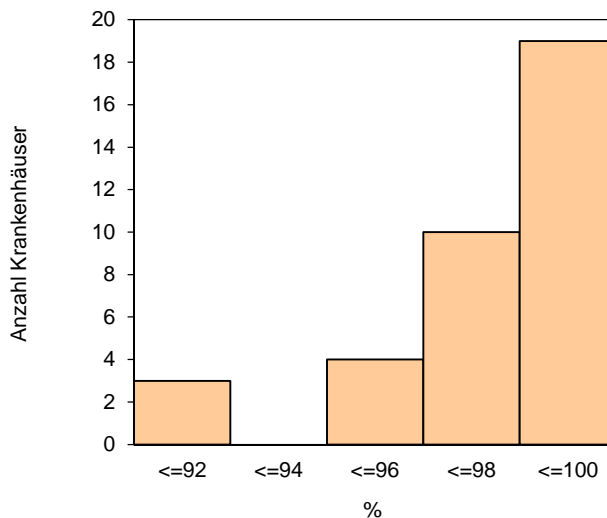
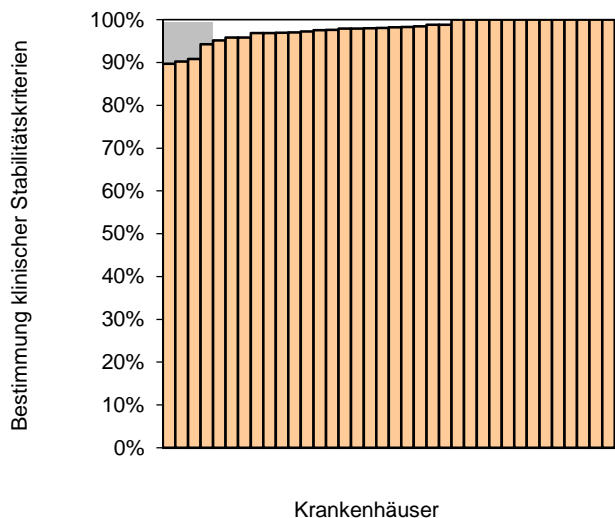
Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			4.183 / 4.320	96,83%
Vertrauensbereich				96,26% - 97,31%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Desorientierung			4.320 / 4.320	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.320 / 4.320	100,00%
Spontane Atemfrequenz			4.212 / 4.320	97,50%
Herzfrequenz			4.310 / 4.320	99,77%
Temperatur			4.317 / 4.320	99,93%
Sauerstoffsättigung			4.260 / 4.320	98,61%
Blutdruck systolisch			4.308 / 4.320	99,72%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung Vertrauensbereich			4.363 / 4.621	94,42% 93,72% - 95,04%
Desorientierung			4.621 / 4.621	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.621 / 4.621	100,00%
Spontane Atemfrequenz			4.425 / 4.621	95,76%
Herzfrequenz			4.600 / 4.621	99,55%
Temperatur			4.604 / 4.621	99,63%
Sauerstoffsättigung			4.515 / 4.621	97,71%
Blutdruck systolisch			4.604 / 4.621	99,63%

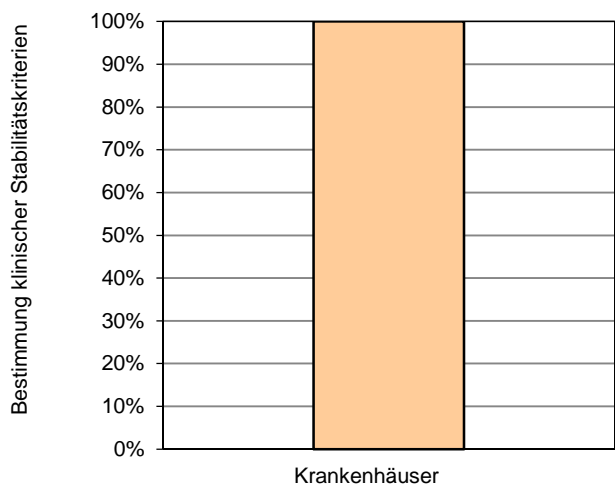
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/PNEU/2028]:
 Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,74	90,26	94,30	96,92	98,16	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 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.

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			4.092 / 4.183	97,82%
Vertrauensbereich				97,34% - 98,22%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.088 / 4.183	97,73%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.116 / 4.183	98,40%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.104 / 4.183	98,11%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.125 / 4.183	98,61%
Temperatur maximal 37,2°C			4.043 / 4.183	96,65%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.074 / 4.183	97,39%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.143 / 4.183	99,04%

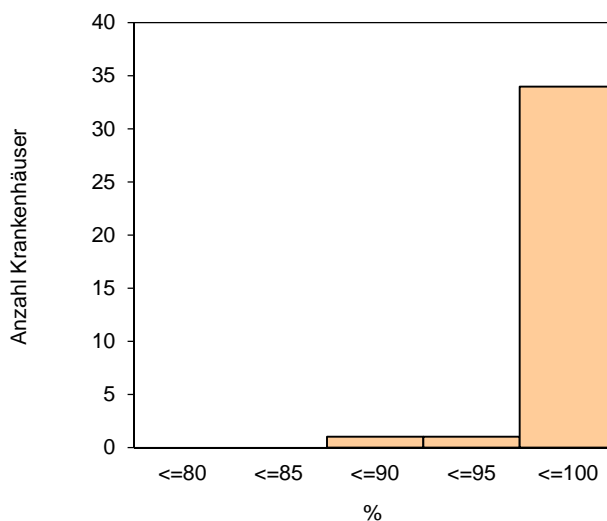
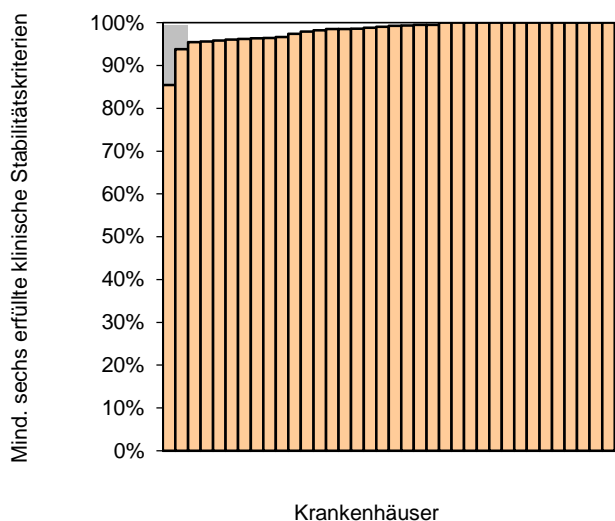
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			4.277 / 4.363	98,03% 97,57% - 98,40%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.326 / 4.363	99,15%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.268 / 4.363	97,82%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.304 / 4.363	98,65%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.295 / 4.363	98,44%
Temperatur maximal 37,2°C			4.216 / 4.363	96,63%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.241 / 4.363	97,20%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.309 / 4.363	98,76%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

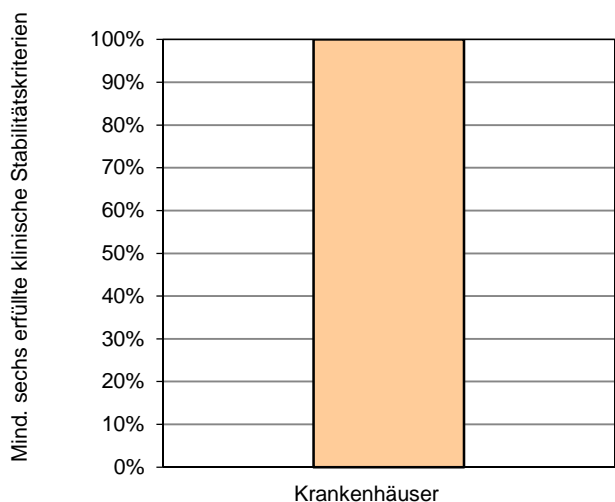
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,47	93,80	95,65	96,55	99,20	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 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.

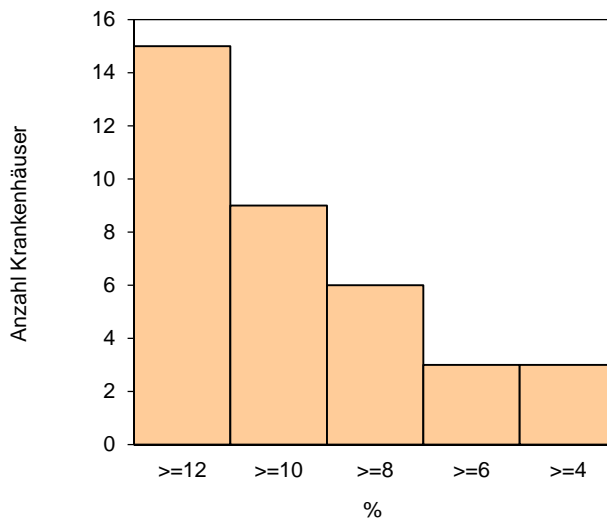
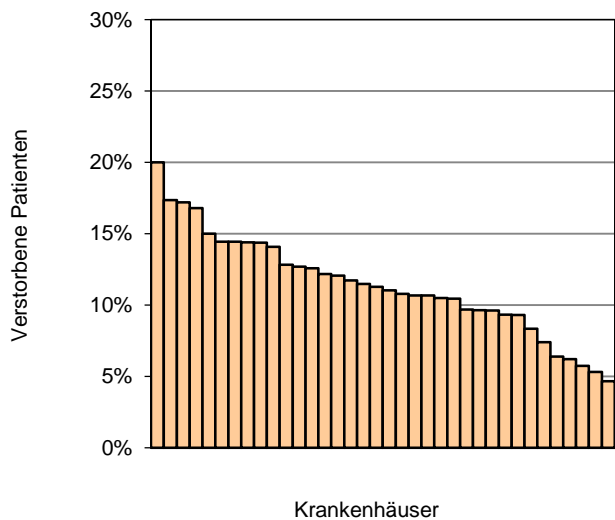
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			813 / 7.027	11,57%
Vertrauensbereich				10,84% - 12,34%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			868 / 7.050	12,31%
Vertrauensbereich				11,57% - 13,10%

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

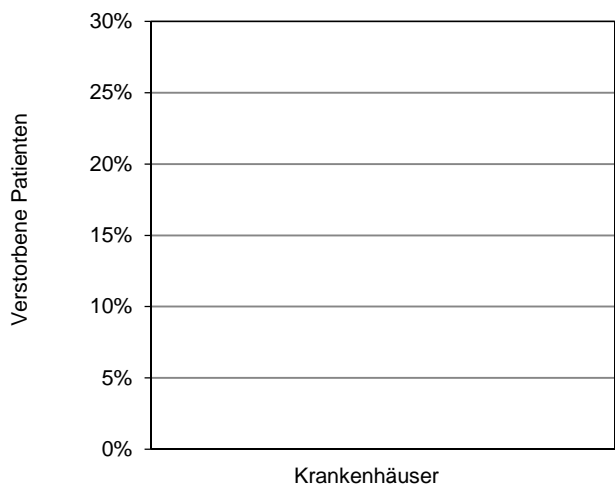
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/PNEU/11878]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,65	5,32	6,22	9,47	11,16	14,22	16,79	17,35	20,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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)		813 / 7.027 11,57%
vorhergesagt (E) ¹		902,78 / 7.027 12,85%
O - E		-1,28%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,90
Vertrauensbereich		0,84 - 0,96
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

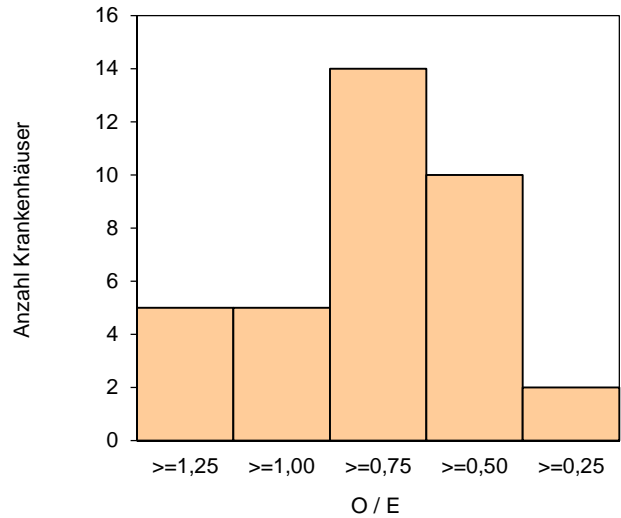
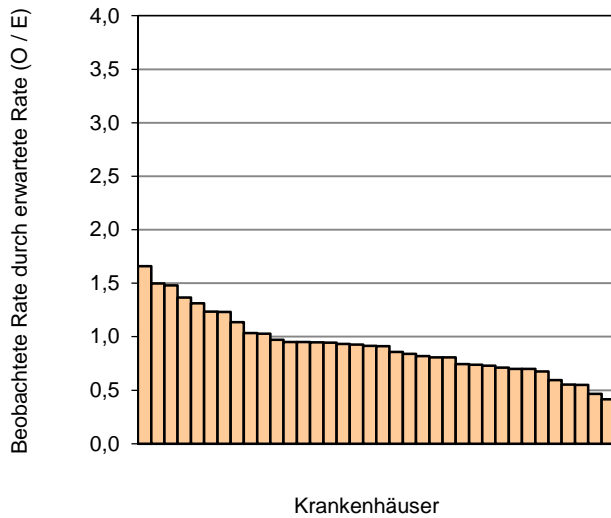
² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die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

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		868 / 7.050 12,31%
vorhergesagt (E)		871,07 / 7.050 12,36%
O - E		-0,04%
O / E		1,00
Vertrauensbereich		0,94 - 1,06

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

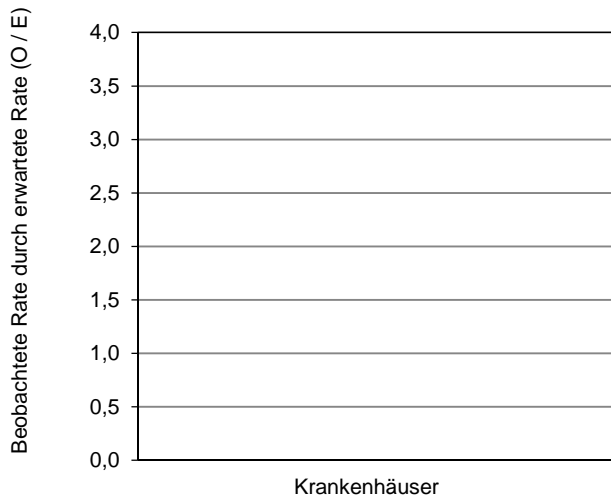
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/PNEU/50778]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,42	0,47	0,55	0,72	0,91	1,03	1,36	1,50	1,66

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 2 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 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%

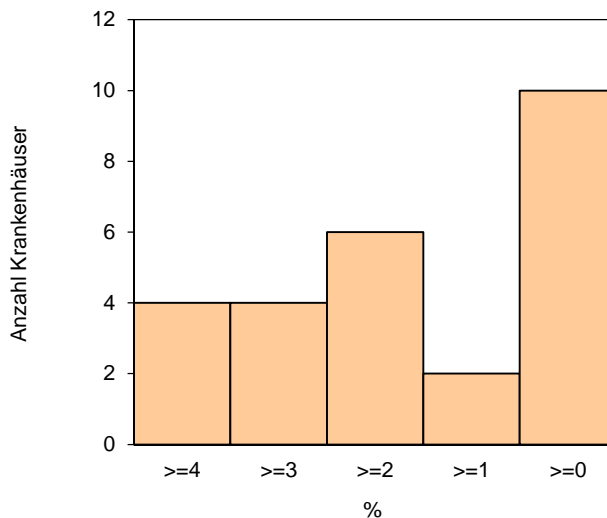
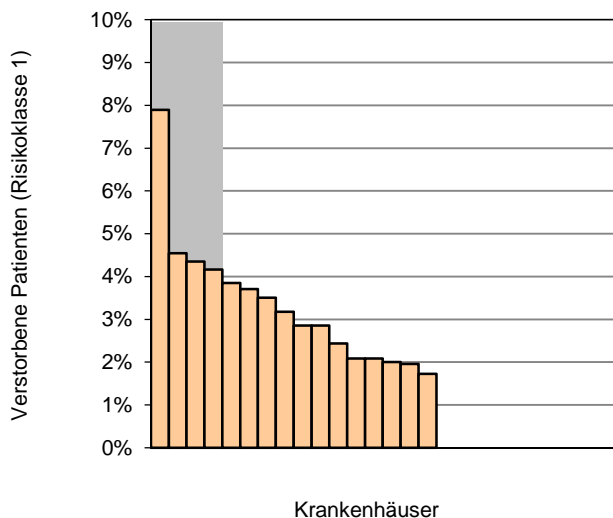
	Gesamt 2014		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	39 / 1.262 3,09%	628 / 5.334 11,77%	146 / 431 33,87%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	23 / 1.184 1,94%	347 / 4.612 7,52%	67 / 308 21,75%
Vertrauensbereich	1,30% - 2,90%	6,80% - 8,32%	17,51% - 26,69%
Referenzbereich	<= 4,16%	<= 13,10%	<= 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	32 / 1.384 2,31%	692 / 5.275 13,12%	144 / 391 36,83%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	21 / 1.329 1,58%	408 / 4.753 8,58%	75 / 300 25,00%
Vertrauensbereich	1,04% - 2,40%	7,82% - 9,41%	20,44% - 30,20%

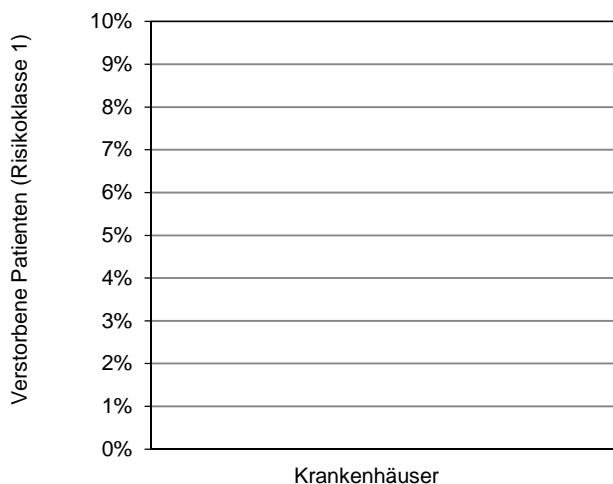
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2014/PNEU/11879]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	2,04	3,51	4,35	4,55	7,89

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

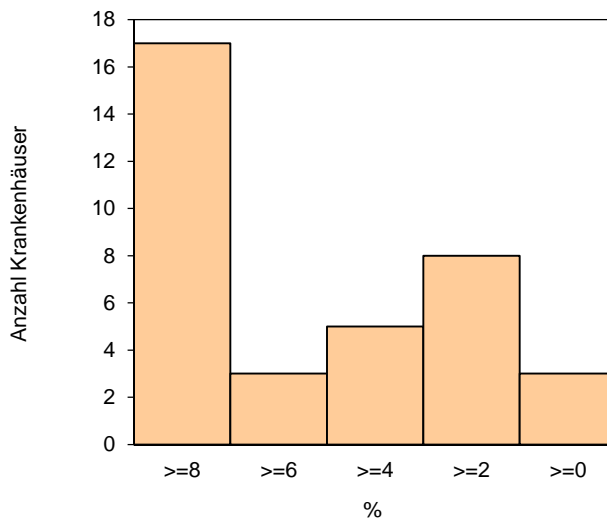
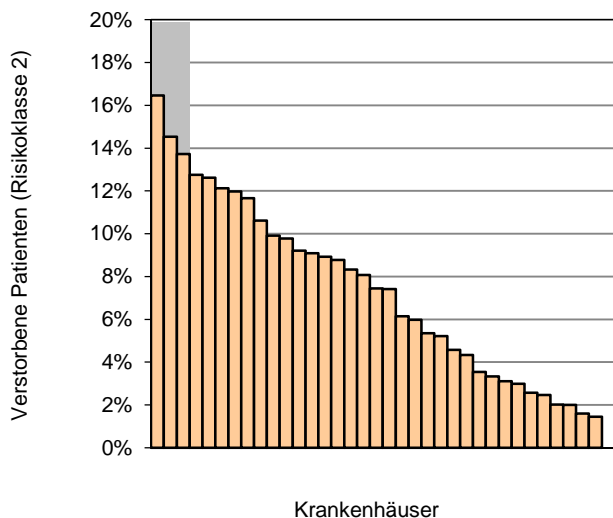


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

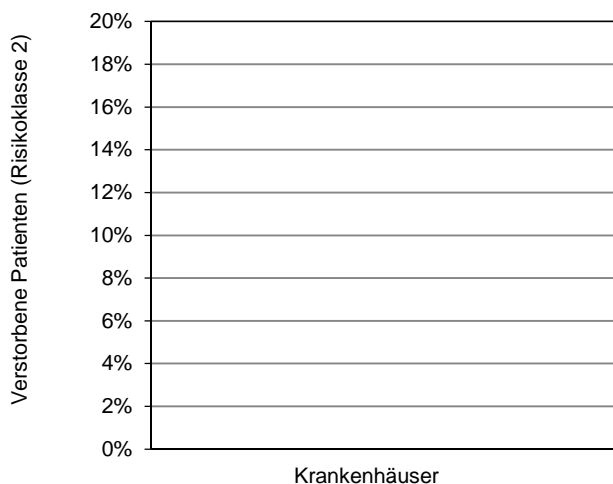
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2014/PNEU/11880]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,45	2,00	3,22	7,42	10,27	12,76	14,53	16,46

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

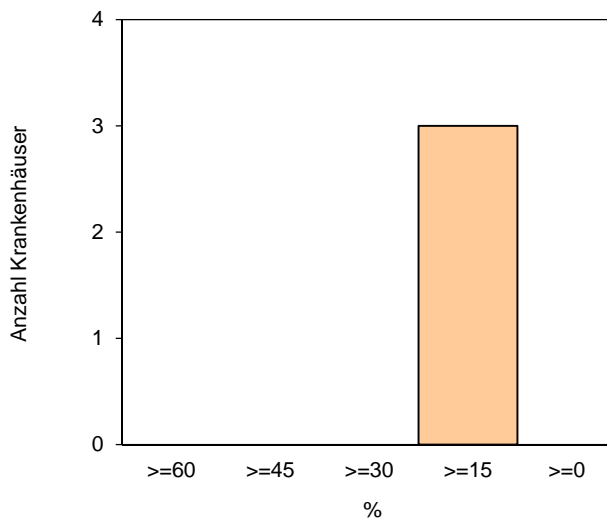
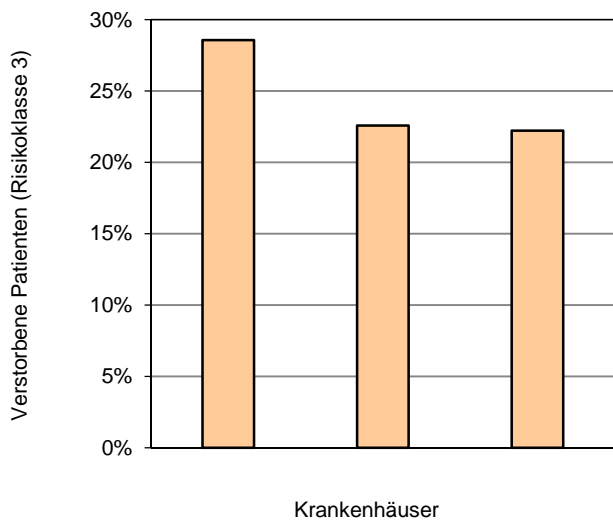


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

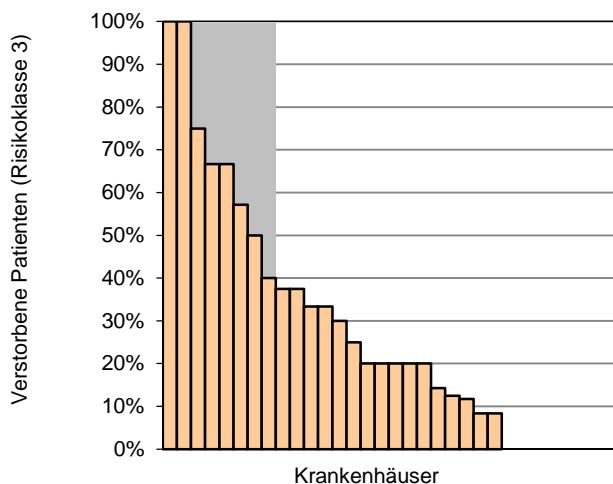
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2014/PNEU/11881]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,22				22,58				28,57

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	4,17	20,00	38,75	66,67	100,00	100,00

3 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			7.027	
18 - 19 Jahre			1 / 16	6,25%
20 - 29 Jahre			1 / 128	0,78%
30 - 39 Jahre			1 / 183	0,55%
40 - 49 Jahre			7 / 253	2,77%
50 - 59 Jahre			45 / 647	6,96%
60 - 69 Jahre			86 / 994	8,65%
70 - 79 Jahre			230 / 2.198	10,46%
80 - 89 Jahre			342 / 2.090	16,36%
>= 90 Jahre			100 / 518	19,31%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			7.050	
18 - 19 Jahre			0 / 21	0,00%
20 - 29 Jahre			8 / 137	5,84%
30 - 39 Jahre			1 / 174	0,57%
40 - 49 Jahre			9 / 300	3,00%
50 - 59 Jahre			29 / 728	3,98%
60 - 69 Jahre			61 / 892	6,84%
70 - 79 Jahre			240 / 2.118	11,33%
80 - 89 Jahre			397 / 2.147	18,49%
>= 90 Jahre			123 / 533	23,08%

**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			6.104	
18 - 19 Jahre			1 / 14	7,14%
20 - 29 Jahre			1 / 123	0,81%
30 - 39 Jahre			1 / 173	0,58%
40 - 49 Jahre			4 / 233	1,72%
50 - 59 Jahre			23 / 592	3,89%
60 - 69 Jahre			52 / 886	5,87%
70 - 79 Jahre			121 / 1.925	6,29%
80 - 89 Jahre			186 / 1.747	10,65%
>= 90 Jahre			48 / 411	11,68%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			6.382	
18 - 19 Jahre			0 / 21	0,00%
20 - 29 Jahre			3 / 130	2,31%
30 - 39 Jahre			1 / 172	0,58%
40 - 49 Jahre			7 / 286	2,45%
50 - 59 Jahre			18 / 694	2,59%
60 - 69 Jahre			38 / 837	4,54%
70 - 79 Jahre			135 / 1.920	7,03%
80 - 89 Jahre			223 / 1.861	11,98%
>= 90 Jahre			79 / 461	17,14%

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			813 / 7.027	
18 - 19 Jahre			1 / 813	0,12%
20 - 29 Jahre			1 / 813	0,12%
30 - 39 Jahre			1 / 813	0,12%
40 - 49 Jahre			7 / 813	0,86%
50 - 59 Jahre			45 / 813	5,54%
60 - 69 Jahre			86 / 813	10,58%
70 - 79 Jahre			230 / 813	28,29%
80 - 89 Jahre			342 / 813	42,07%
>= 90 Jahre			100 / 813	12,30%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			868 / 7.050	
18 - 19 Jahre			0 / 868	0,00%
20 - 29 Jahre			8 / 868	0,92%
30 - 39 Jahre			1 / 868	0,12%
40 - 49 Jahre			9 / 868	1,04%
50 - 59 Jahre			29 / 868	3,34%
60 - 69 Jahre			61 / 868	7,03%
70 - 79 Jahre			240 / 868	27,65%
80 - 89 Jahre			397 / 868	45,74%
>= 90 Jahre			123 / 868	14,17%

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			437 / 6.104	
18 - 19 Jahre			1 / 437	0,23%
20 - 29 Jahre			1 / 437	0,23%
30 - 39 Jahre			1 / 437	0,23%
40 - 49 Jahre			4 / 437	0,92%
50 - 59 Jahre			23 / 437	5,26%
60 - 69 Jahre			52 / 437	11,90%
70 - 79 Jahre			121 / 437	27,69%
80 - 89 Jahre			186 / 437	42,56%
>= 90 Jahre			48 / 437	10,98%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			504 / 6.382	
18 - 19 Jahre			0 / 504	0,00%
20 - 29 Jahre			3 / 504	0,60%
30 - 39 Jahre			1 / 504	0,20%
40 - 49 Jahre			7 / 504	1,39%
50 - 59 Jahre			18 / 504	3,57%
60 - 69 Jahre			38 / 504	7,54%
70 - 79 Jahre			135 / 504	26,79%
80 - 89 Jahre			223 / 504	44,25%
>= 90 Jahre			79 / 504	15,67%

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			6.582 / 6.918	95,14%
Vertrauensbereich				94,61% - 95,63%
Referenzbereich		>= 98,00%		>= 98,00%

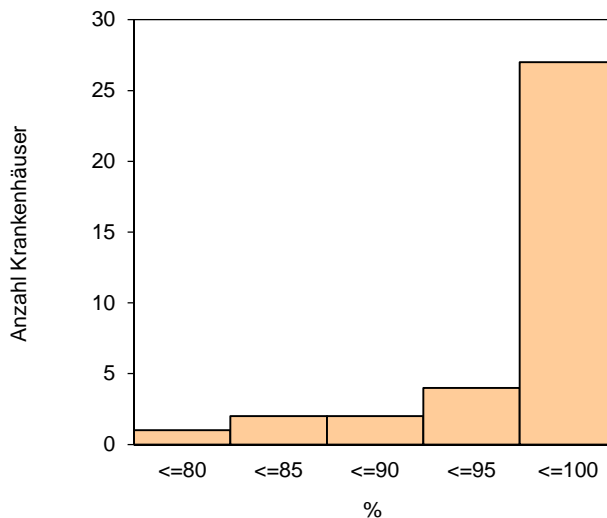
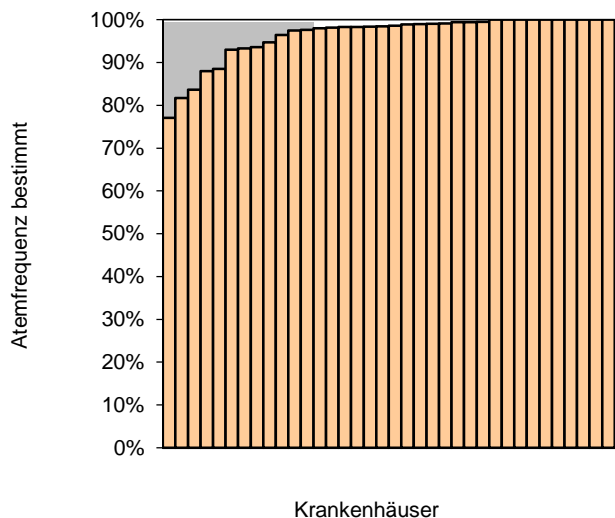
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			6.460 / 6.977	92,59%
Vertrauensbereich				91,95% - 93,18%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

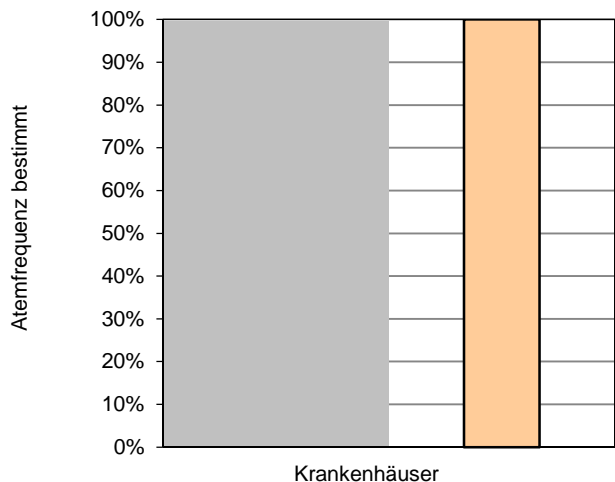
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,05	81,73	88,00	95,57	98,53	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 7.027
Datensatzversion: PNEU 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15092-L95569-P45897

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

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.971	28,05	2.299	32,61
2. Quartal			1.752	24,93	1.719	24,38
3. Quartal			1.482	21,09	1.443	20,47
4. Quartal			1.822	25,93	1.589	22,54
Gesamt			7.027		7.050	

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			7.027		7.050	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				10,23		10,08

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
5	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
6	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
7	R15	Stuhlinkontinenz
8	E87.6	Hypokaliämie

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				J18.0	1.761	25,06	J18.0	2.095	29,72
2				I10.00	1.579	22,47	I10.00	1.718	24,37
3				J18.9	1.523	21,67	J18.9	1.328	18,84
4				J18.1	1.302	18,53	J96.00	1.312	18,61
5				J96.00	1.245	17,72	J18.1	1.235	17,52
6				J18.8	939	13,36	J18.8	899	12,75
7				R15	815	11,60	R15	835	11,84
8				E87.6	797	11,34	E87.6	828	11,74

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			7.027 / 7.027		7.050 / 7.050	
18 - 19 Jahre			16 / 7.027	0,23	21 / 7.050	0,30
20 - 29 Jahre			128 / 7.027	1,82	137 / 7.050	1,94
30 - 39 Jahre			183 / 7.027	2,60	174 / 7.050	2,47
40 - 49 Jahre			253 / 7.027	3,60	300 / 7.050	4,26
50 - 59 Jahre			647 / 7.027	9,21	728 / 7.050	10,33
60 - 69 Jahre			994 / 7.027	14,15	892 / 7.050	12,65
70 - 79 Jahre			2.198 / 7.027	31,28	2.118 / 7.050	30,04
80 - 89 Jahre			2.090 / 7.027	29,74	2.147 / 7.050	30,45
>= 90 Jahre			518 / 7.027	7,37	533 / 7.050	7,56
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			7.027		7.050	
Median				76,00		76,00
Mittelwert				72,56		72,26
Geschlecht						
männlich			4.116	58,57	4.081	57,89
weiblich			2.911	41,43	2.969	42,11

Aufnahme

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			1.340	19,07	1.345	19,08
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			157	2,23	136	1,93
Chronische Bettlägerigkeit			1.572	22,37	1.563	22,17
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung						
ja			109	1,55	73	1,04
nein			6.918	98,45	6.977	98,96
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
nein			4.750	68,66	4.966	71,18
pneumoniebedingt			533	7,70	431	6,18
nicht pneumoniebedingt			1.635	23,63	1.580	22,65
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			6.582		6.460	
Median				22,00		22,00
Mittelwert				22,69		22,82
nicht bestimmt			336	4,86	517	7,41
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.918		6.977	
Median				133,00		131,00
Mittelwert				134,16		134,08
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.918		6.977	
Median				76,00		76,00
Mittelwert				75,49		75,73
Akute Symptomatik (Fieber, Husten, Auswurf etc.)¹						
ja			6.331	90,10	-	-
nein			696	9,90	-	-
Frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax¹						
ja			5.901	83,98	-	-
nein			1.126	16,02	-	-

¹ neues Datenfeld in 2014

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ausschluss schwerer Immunsuppression¹ (HIV, TB, Neutropenie etc.)						
ja			4.955	70,51	-	-
nein			2.072	29,49	-	-
Kein KH-Aufenthalt innerhalb der letzten 28 Tage¹						
ja			4.101	58,36	-	-
nein			2.926	41,64	-	-
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			79	1,12	113	1,60
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			6.753	96,10	6.743	95,65
4 bis unter 8 Stunden			123	1,75	97	1,38
8 Stunden und später			72	1,02	97	1,38
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			87	1,24	89	1,26
4 bis unter 8 Stunden			6.275	89,30	6.303	89,40
8 Stunden und später			430	6,12	345	4,89
			235	3,34	313	4,44

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			888	12,64	850	12,06
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			5.674	80,75	5.720	81,13
nach 24 Stunden und später			465	6,62	480	6,81
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes						
wenn ja			6.694	95,26	6.665	94,54
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			5.681	84,87	5.698	85,49
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			981	96,84	928	95,97
Maschinelle Beatmung						
nein			6.457	91,89	6.592	93,50
ja, ausschließlich nicht-invasiv			228	3,24	200	2,84
ja, ausschließlich invasiv			182	2,59	145	2,06
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			160	2,28	113	1,60
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			570		458	
Median				80,00		62,50
Mittelwert				171,47		162,81
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			21	0,30	18	0,26
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				117,00		300,00
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			505	88,60	407	88,86

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		447	72,00	366	49,50
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		126	192,50	94	161,50
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		211	30,00	180	25,50
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		110	127,00	92	134,50
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		19	144,00	10	189,50
Risikoklasse 2 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		78	133,00	71	121,00
Risikoklasse 3 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		13	21,00	11	137,00

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	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		140	11,00	123	10,00
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		116	57,50	101	42,00
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		44	117,50	29	119,00
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		147	286,00	113	339,00
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		15	7,00	15	11,00
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		21	53,00	23	41,00
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		13	109,00	6	118,50
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		77	295,00	50	416,50

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	Median	Anzahl	Median
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		95		88	
Median			12,00		10,00
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		73		58	
Median			50,00		42,50
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		22		12	
Median			111,50		105,00
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		22	
Median			237,00		223,50
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		30		20	
Median			7,50		4,50
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		22		20	
Median			73,50		50,00
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9		11	
Median			130,00		134,00
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		49		41	
Median			313,00		385,00

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			182	2,59	145	2,06
davon Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			177	97,25	141	97,24
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?			923 / 7.027	13,14	668 / 7.050	9,48

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <= 7	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			6.214 / 7.027	88,43	6.182 / 7.050	87,69
Desorientierung						
nein			4.449 / 6.214	71,60	4.719 / 6.182	76,33
pneumoniebedingt			182 / 6.214	2,93	64 / 6.182	1,04
nicht pneumoniebedingt			1.073 / 6.214	17,27	956 / 6.182	15,46
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme						
nein			143 / 6.214	2,30	188 / 6.182	3,04
ja			5.551 / 6.214	89,33	5.543 / 6.182	89,66
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			5.397 / 6.214	86,85	5.344 / 6.182	86,44
über 24/min			123 / 6.214	1,98	98 / 6.182	1,59
nicht bestimmt			166 / 6.214	2,67	270 / 6.182	4,37
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			17 / 6.214	0,27	22 / 6.182	0,36
Herzfrequenz						
maximal 100/min			5.586 / 6.214	89,89	5.577 / 6.182	90,21
über 100/min			104 / 6.214	1,67	133 / 6.182	2,15
nicht bestimmt			12 / 6.214	0,19	25 / 6.182	0,40
Temperatur						
maximal 37,2° C			5.457 / 6.214	87,82	5.427 / 6.182	87,79
über 37,2° C			238 / 6.214	3,83	287 / 6.182	4,64
nicht bestimmt			6 / 6.214	0,10	19 / 6.182	0,31
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			166 / 6.214	2,67	210 / 6.182	3,40
mindestens 90%			5.435 / 6.214	87,46	5.370 / 6.182	86,87
nicht bestimmt			100 / 6.214	1,61	155 / 6.182	2,51
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			62 / 6.214	1,00	86 / 6.182	1,39
mindestens 90 mmHg			5.615 / 6.214	90,36	5.621 / 6.182	90,93
nicht bestimmt			18 / 6.214	0,29	26 / 6.182	0,42

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.544	64,66	4.679	66,37
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			131	1,86	139	1,97
03: aus sonstigen Gründen			4	0,06	3	0,04
04: gegen ärztlichen Rat			65	0,93	73	1,04
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			293	4,17	241	3,42
07: Tod			813	11,57	868	12,31
08: Verlegung nach §14			9	0,13	4	0,06
09: in Rehabilitationseinrichtung			57	0,81	42	0,60
10: in Pflegeeinrichtung			1.082	15,40	973	13,80
11: in Hospiz			5	0,07	14	0,20
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,06	6	0,09
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,04	4	0,06
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			17	0,24	3	0,04
22: Fallabschluss			0	0,00	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			5.177	83,31	5.169	83,61
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			237	4,58	206	3,99

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			813 / 7.027	11,57	868 / 7.050	12,31
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			303 / 1.340	22,61	332 / 1.345	24,68
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			39 / 109	35,78	26 / 73	35,62
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			23 / 157	14,65	20 / 136	14,71
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			790 / 6.870	11,50	848 / 6.914	12,26
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			3 / 21	14,29	6 / 18	33,33
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			487 / 5.530	8,81	516 / 5.569	9,27
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			195 / 570	34,21	158 / 458	34,50
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			51 / 228	22,37	41 / 200	20,50
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			93 / 182	51,10	72 / 145	49,66
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			51 / 160	31,88	45 / 113	39,82

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			813 / 7.027	11,57	868 / 7.050	12,31
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			160 / 1.045	15,31	179 / 1.103	16,23
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			14 / 72	19,44	14 / 58	24,14
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			13 / 139	9,35	12 / 122	9,84
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			424 / 5.965	7,11	492 / 6.260	7,86
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			1 / 16	6,25	5 / 16	31,25
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			264 / 4.920	5,37	313 / 5.157	6,07
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			94 / 430	21,86	87 / 365	23,84
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			22 / 184	11,96	15 / 160	9,38
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			41 / 120	34,17	43 / 113	38,05
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			31 / 126	24,60	29 / 92	31,52

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.

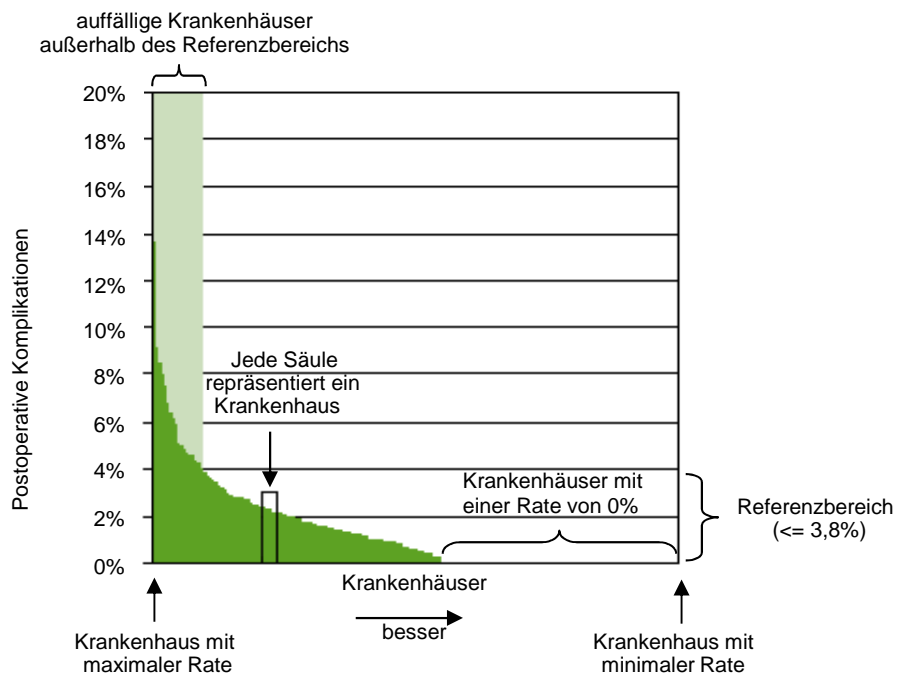
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

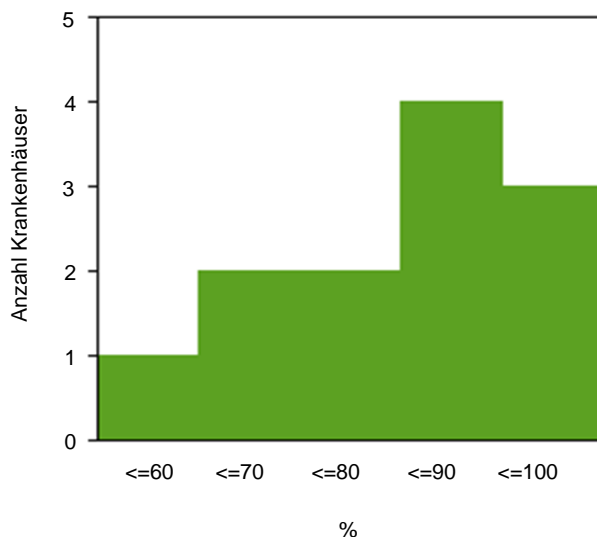
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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 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.