

Jahresauswertung 2012 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.500
Datensatzversion: PNEU 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12630-L81749-P38725

Jahresauswertung 2012 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.500
Datensatzversion: PNEU 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12630-L81749-P38725

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
1a: 2012/PNEU/2005					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			97,2%	>= 95,0%	1.1
1b: 2012/PNEU/2006					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			97,3%	nicht definiert	1.1
1c: 2012/PNEU/2007					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			91,6%	nicht definiert	1.1
2012/PNEU/2009					
QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)					
			94,1%	>= 90,0%	1.6
QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme					
3a: 2012/PNEU/2012					
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			96,1%	>= 90,2%	1.10
3b: 2012/PNEU/2013					
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			91,3%	>= 80,5%	1.10
2012/PNEU/2015					
QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme					
			97,8%	>= 95,0%	1.14

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens					
5a: 2012/PNEU/2018					
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			98,2%	>= 95,0%	1.16
5b: 2012/PNEU/2019					
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			100,0%	>= 95,0%	1.16
2012/PNEU/2028					
QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			95,5%	>= 95,0%	1.20
2012/PNEU/2036					
QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			99,0%	>= 95,0%	1.23
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus					
8a: 2012/PNEU/11878					
Sterblichkeit im Krankenhaus			9,1%	<= 14,4%	1.26
8b: 2012/PNEU/50778					
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,90	nicht definiert	1.28
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:					
8c: 2012/PNEU/11879					
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			2,1%	<= 4,8%	1.30
8d: 2012/PNEU/11880					
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			9,1%	<= 15,2%	1.30
8e: 2012/PNEU/11881					
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			32,9%	<= 40,9%	1.30
2012/PNEU/50722					
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			93,1%	>= 98,0%	1.39

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:	2012/PNEU/2005	
	Gruppe 2:	2012/PNEU/2006	
	Gruppe 3:	2012/PNEU/2007	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 95,0% (Zielbereich)	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 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			
Referenzbereich	≥ 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

	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	6.318 / 6.500 97,2%	6.187 / 6.357 97,3%	131 / 143 91,6%
Vertrauensbereich	96,8% - 97,6%	96,9% - 97,7%	85,9% - 95,1%
Referenzbereich	≥ 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	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			

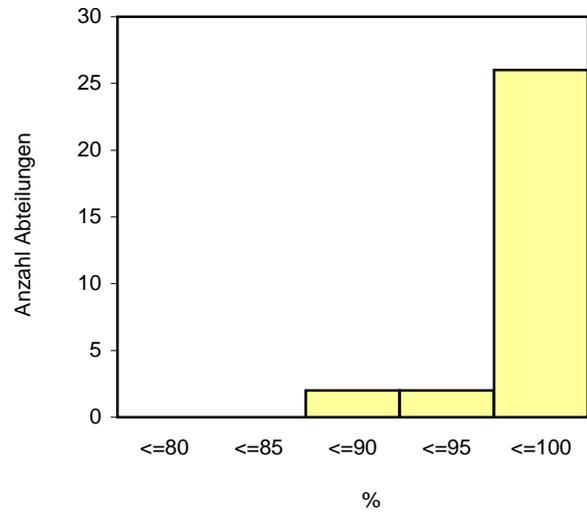
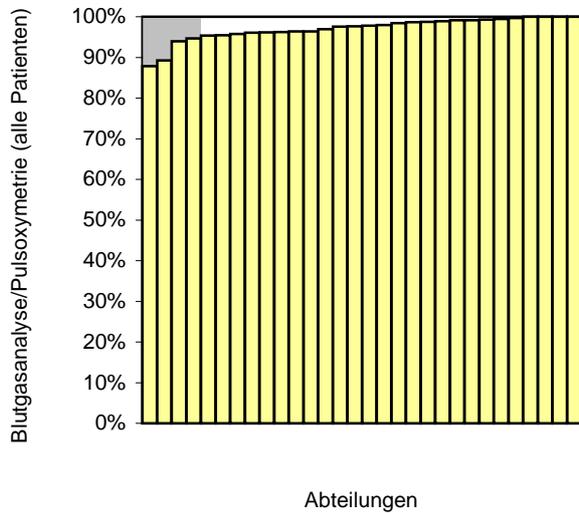
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	5.932 / 6.129 96,8% 96,3% - 97,2%	5.792 / 5.972 97,0% 96,5% - 97,4%	140 / 157 89,2% 83,3% - 93,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2012/PNEU/2005]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

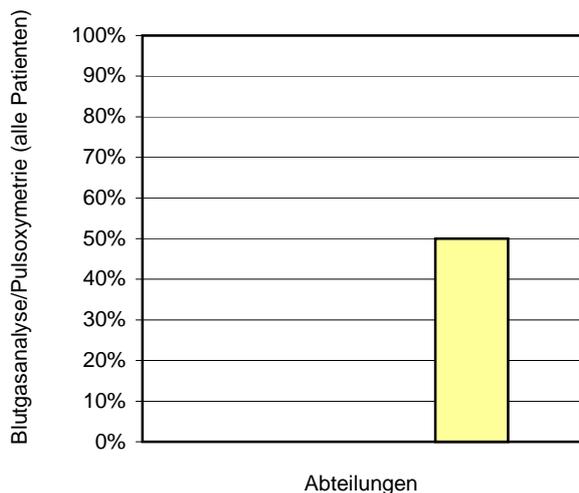
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,8	89,3	94,3	96,1	97,7	99,1	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				25,0				50,0

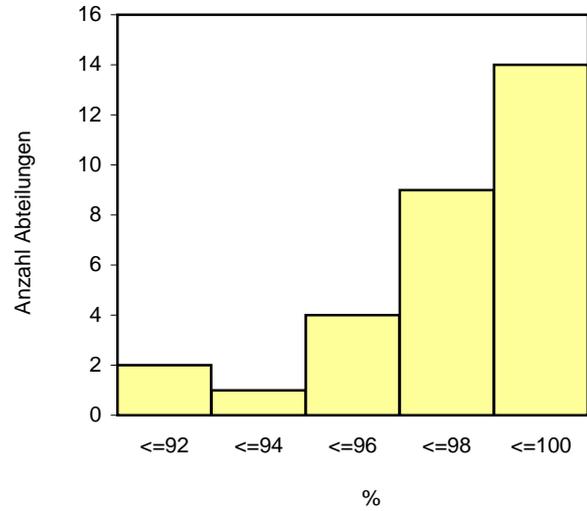
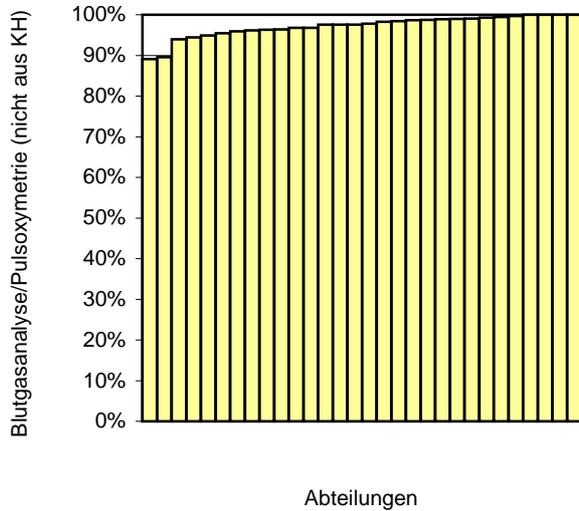
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

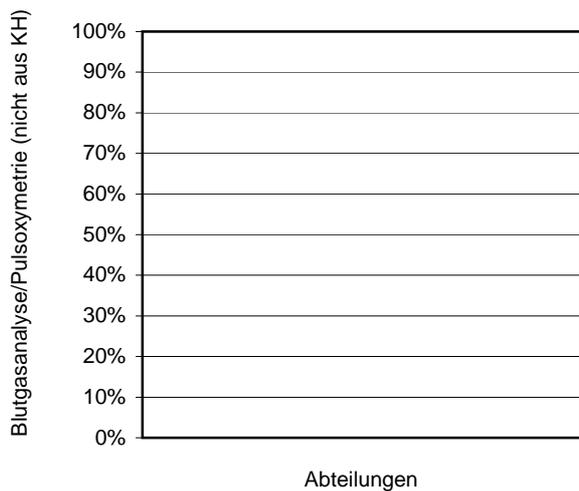
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,1	89,5	94,2	96,1	97,7	99,1	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

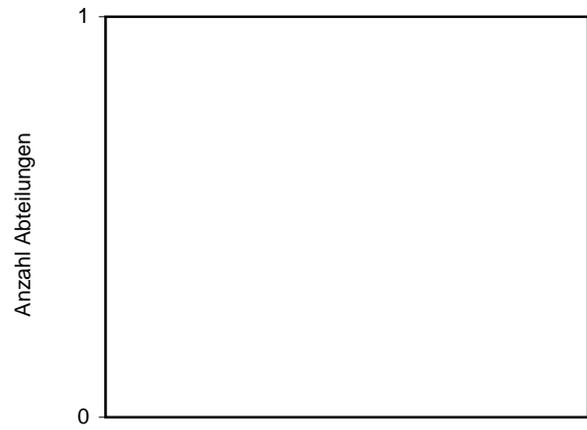
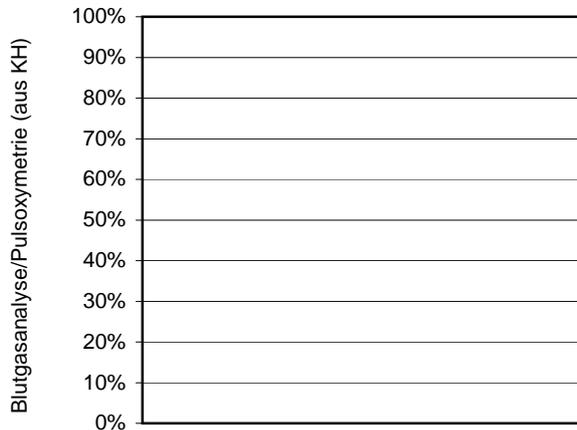
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

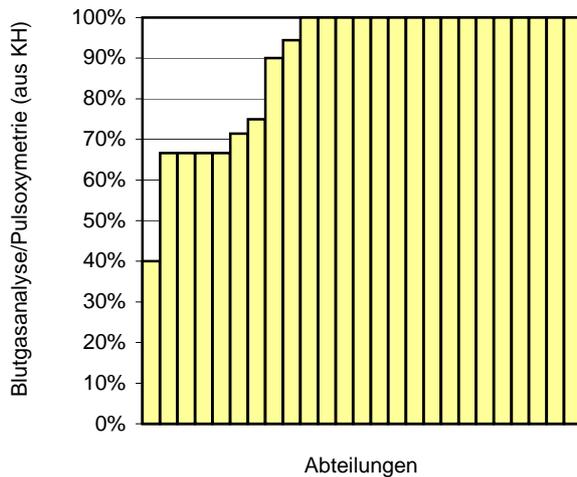
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	66,7	66,7	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7 Abteilungen 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:	2012/PNEU/2009	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 90,0% (Zielbereich)	

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	5.684 / 6.045 94,0%	5.570 / 5.919 94,1%	114 / 126 90,5%
Vertrauensbereich		93,5% - 94,7%	
Referenzbereich		>= 90,0%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	79 / 6.045 1,3%	73 / 5.919 1,2%	6 / 126 4,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

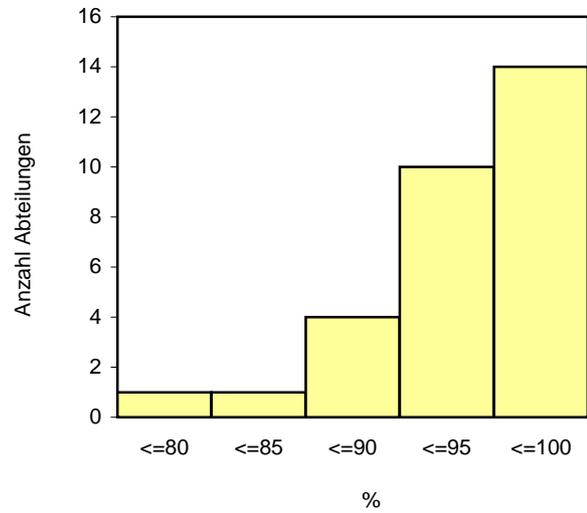
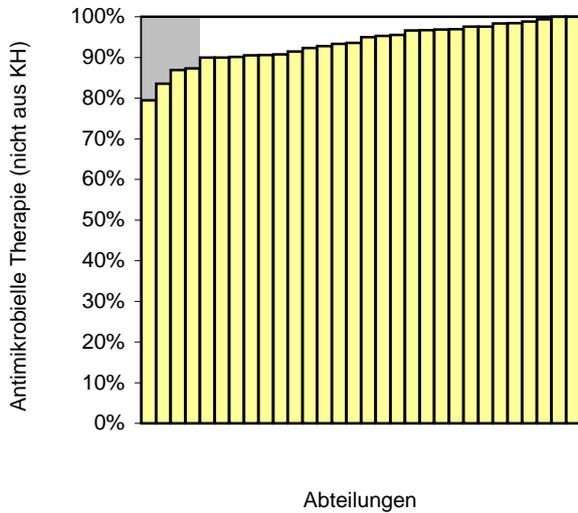
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	5.608 / 5.949 94,3%	5.477 / 5.798 94,5% 93,8% - 95,0%	131 / 151 86,8%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	69 / 5.949 1,2%	63 / 5.798 1,1%	6 / 151 4,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

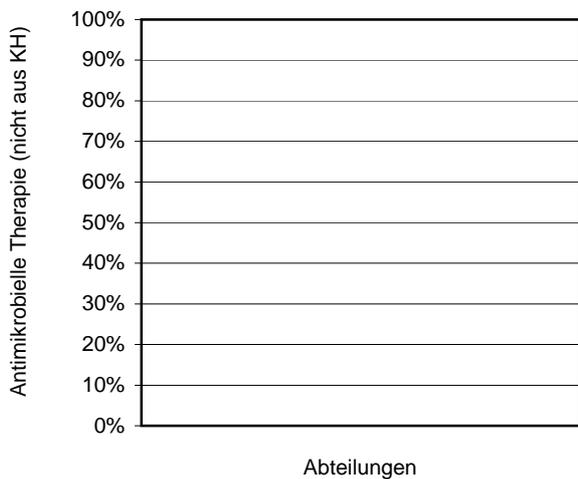
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,4	83,6	87,1	90,5	94,3	97,5	99,1	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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)

	Abteilung 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.041 / 1.112 93,6%	4.309 / 4.586 94,0%	334 / 347 96,3%

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)

	Abteilung 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.023 / 1.094 93,5%	4.227 / 4.492 94,1%	320 / 333 96,1%

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)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			3.888 / 4.218	92,2%

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: 2012/PNEU/2012
- Risikoklasse 2: 2012/PNEU/2013

Referenzbereich:

- Risikoklasse 1: >= 90,2% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Risikoklasse 2: >= 80,5% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	■	■	
Vertrauensbereich	■	■	
Referenzbereich	>= 90,2%	>= 80,5%	

	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	933 / 971	2.877 / 3.152	78 / 95
Vertrauensbereich	96,1%	91,3%	82,1%
Referenzbereich	94,7% - 97,1%	90,2% - 92,2%	
Referenzbereich	>= 90,2%	>= 80,5%	

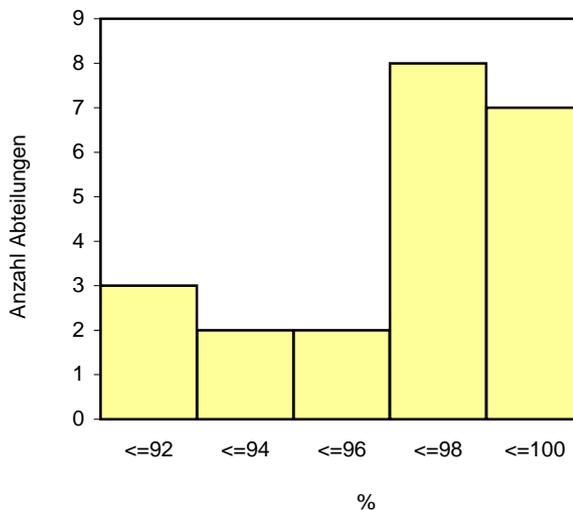
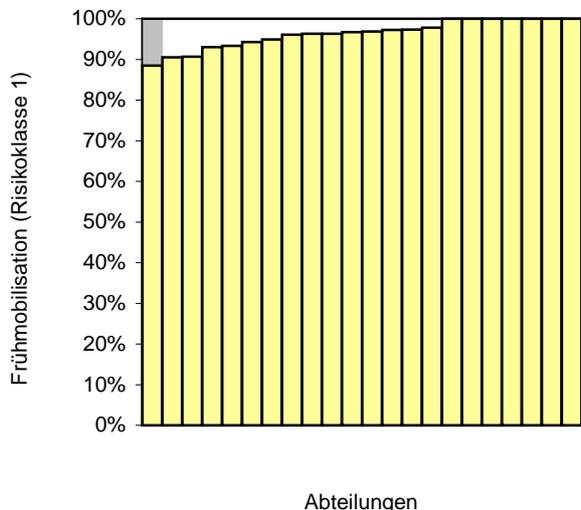
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	982 / 1.034 95,0% 93,5% - 96,1%	2.592 / 2.869 90,3% 89,2% - 91,4%	67 / 84 79,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

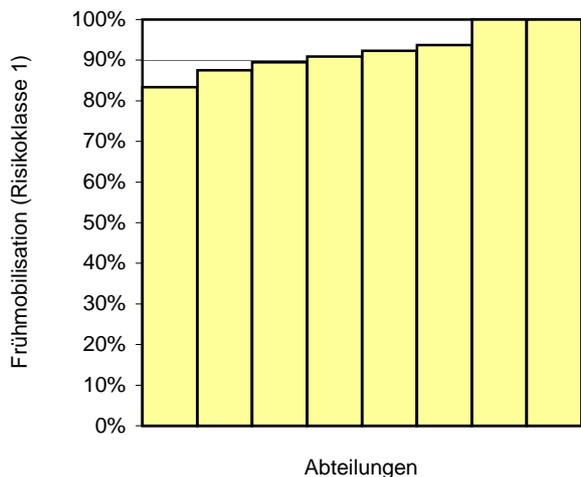
22 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,5	90,5	90,7	94,3	96,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3			88,5	91,6	96,9			100,0

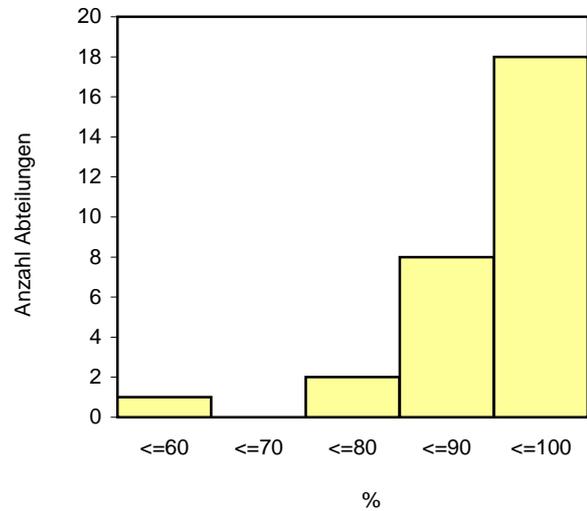
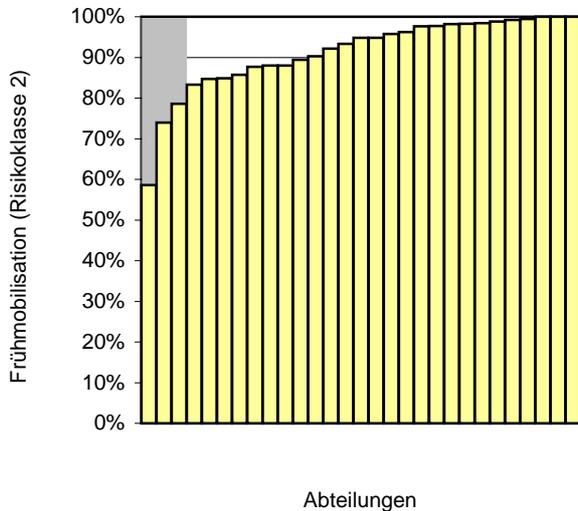
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

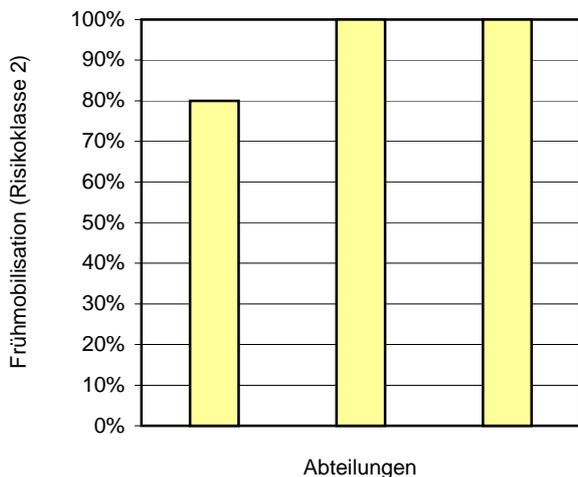
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,6	73,9	78,6	87,7	94,8	98,3	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0				100,0				100,0

0 Abteilungen 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: 2012/PNEU/2015

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			5.427 / 5.550	97,8%
Vertrauensbereich				97,4% - 98,1%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

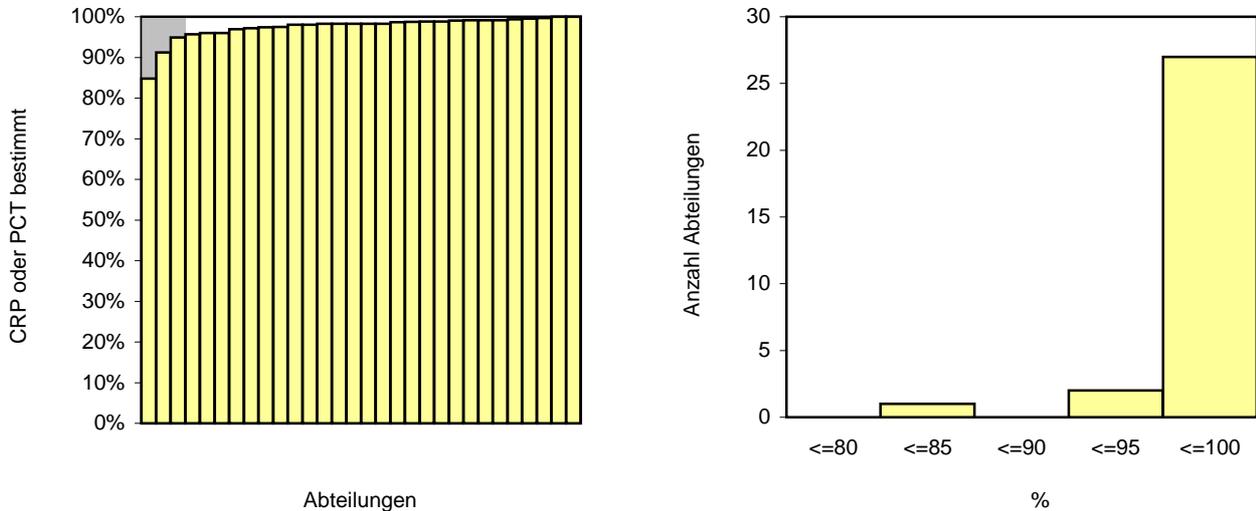
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			5.274 / 5.420	97,3%
Vertrauensbereich				96,8% - 97,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

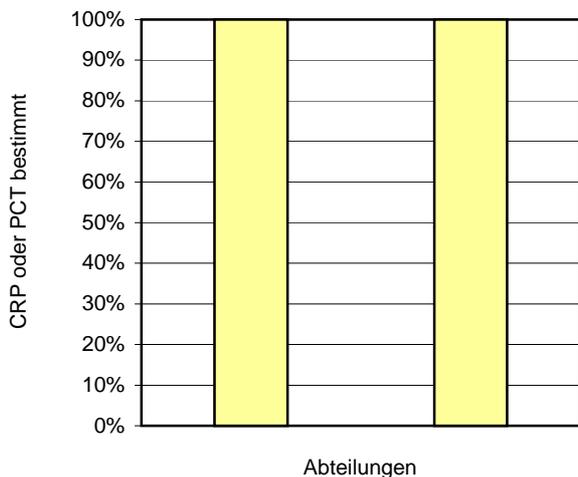
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,8	91,2	95,3	97,1	98,3	99,1	99,6	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			716 / 728	98,4%

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: 2012/PNEU/2018
 Risikoklasse 3: 2012/PNEU/2019

Referenzbereich:
 Risikoklasse 2: >= 95,0% (Zielbereich)
 Risikoklasse 3: >= 95,0% (Zielbereich)

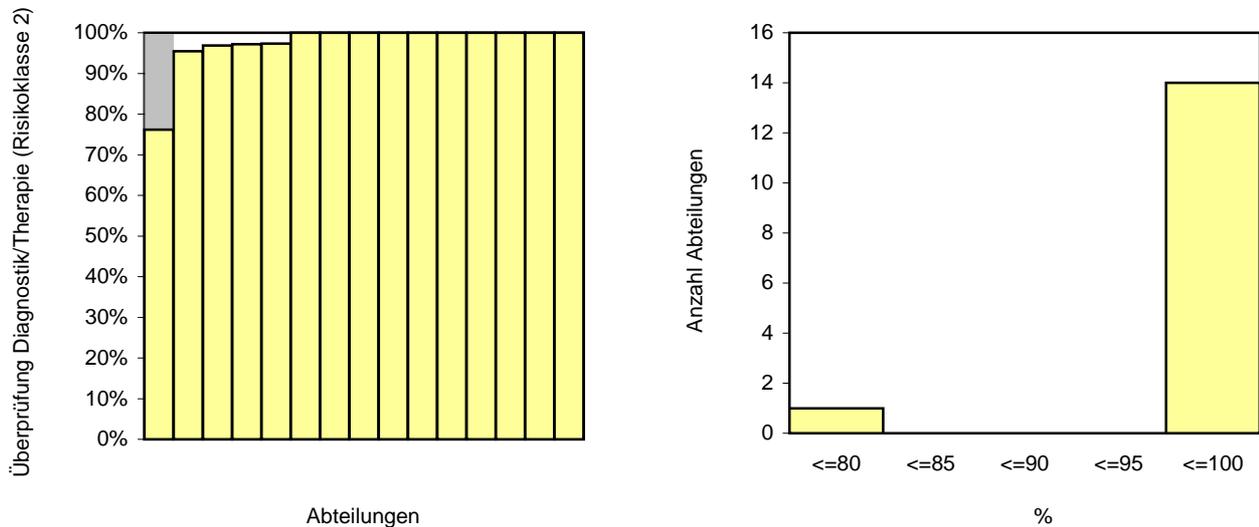
	Abteilung 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 95,0%

	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	106 / 108 98,1%	551 / 561 98,2%	59 / 59 100,0%
Vertrauensbereich		96,8% - 99,0%	93,9% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	89 / 90 98,9%	502 / 515 97,5% 95,7% - 98,5%	48 / 48 100,0% 92,6% - 100,0%

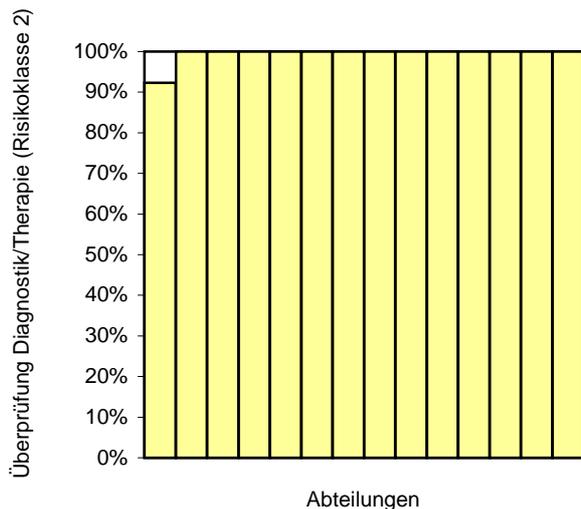
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/PNEU/2018]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2
 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,2		95,5	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



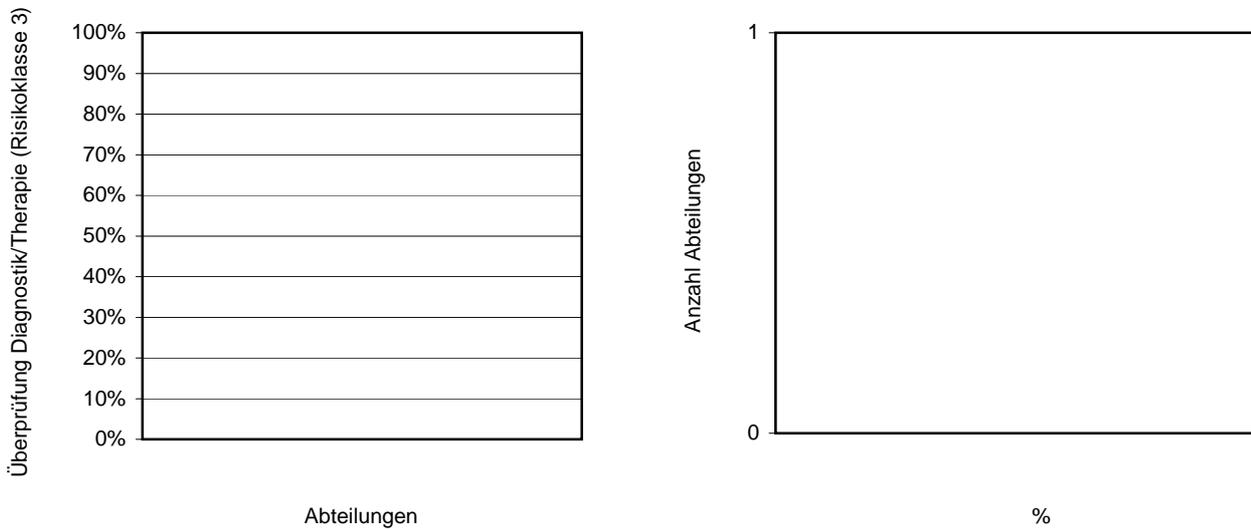
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,3		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/PNEU/2019]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

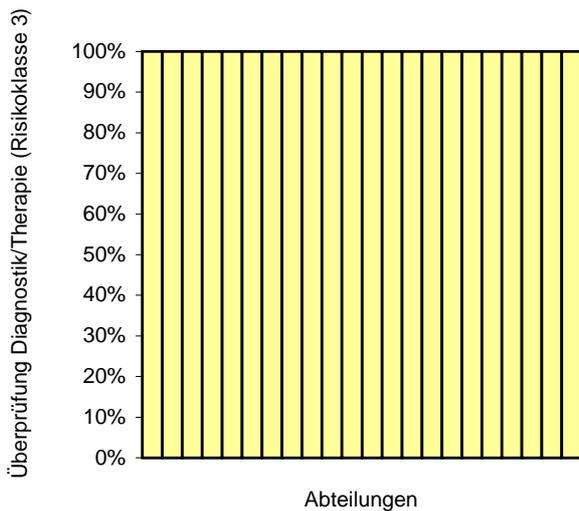
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

22 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

10 Abteilungen 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 dem Entlassungsgrund:
 - 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: 2012/PNEU/2028

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			4.008 / 4.196	95,5%
Vertrauensbereich				94,9% - 96,1%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Desorientierung			4.196 / 4.196	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.196 / 4.196	100,0%
Spontane Atemfrequenz			4.063 / 4.196	96,8%
Herzfrequenz			4.173 / 4.196	99,5%
Temperatur			4.173 / 4.196	99,5%
Sauerstoffsättigung			4.081 / 4.196	97,3%
Blutdruck systolisch			4.170 / 4.196	99,4%

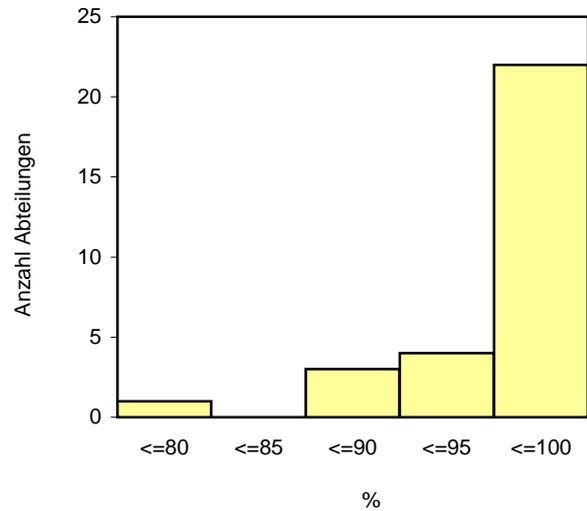
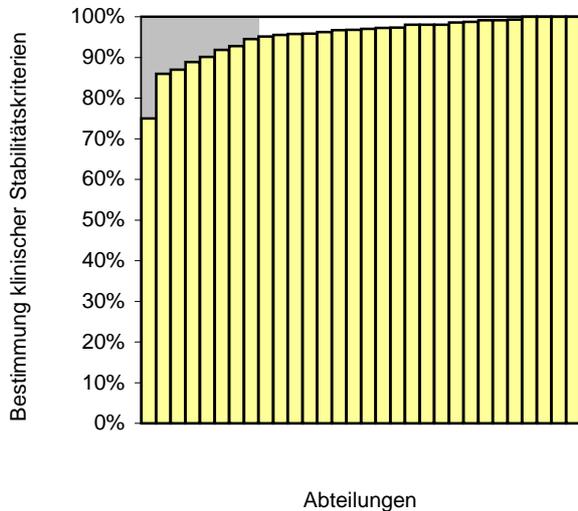
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			3.839 / 4.062	94,5%
Vertrauensbereich				93,8% - 95,2%
Desorientierung			4.062 / 4.062	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.062 / 4.062	100,0%
Spontane Atemfrequenz			3.911 / 4.062	96,3%
Herzfrequenz			4.016 / 4.062	98,9%
Temperatur			4.040 / 4.062	99,5%
Sauerstoffsättigung			3.944 / 4.062	97,1%
Blutdruck systolisch			4.005 / 4.062	98,6%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

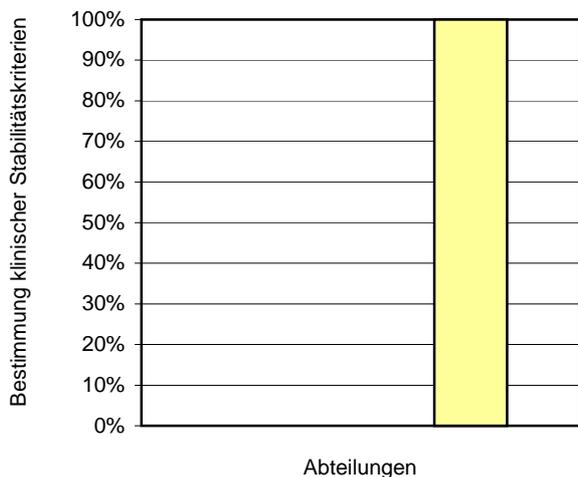
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	86,0	87,9	94,5	96,9	98,7	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

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

Grundgesamtheit: Patienten mit dem Entlassungsgrund:
 - 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: 2012/PNEU/2036

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			3.969 / 4.008	99,0%
Vertrauensbereich				98,7% - 99,3%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			3.973 / 4.008	99,1%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.943 / 4.008	98,4%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			3.982 / 4.008	99,4%
Herzfrequenz maximal 100/min			3.985 / 4.008	99,4%
Temperatur maximal 37,2°C			3.934 / 4.008	98,2%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.937 / 4.008	98,2%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.967 / 4.008	99,0%

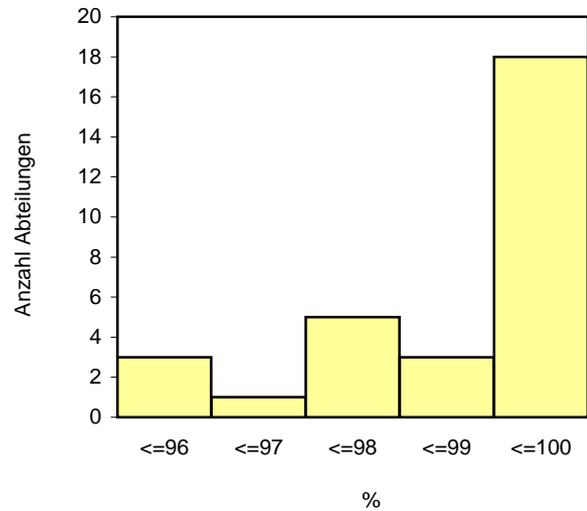
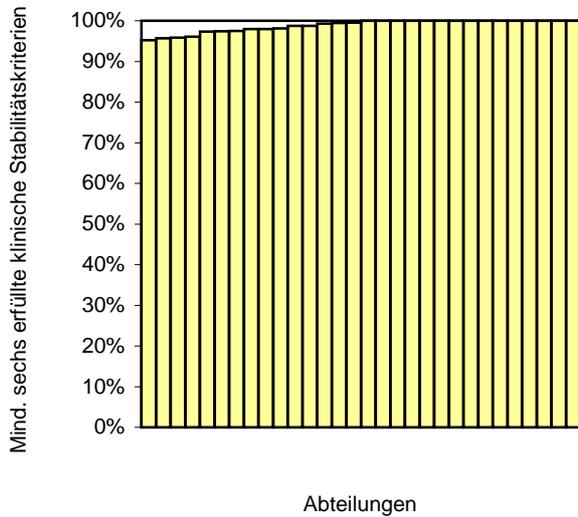
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			3.821 / 3.839	99,5% 99,3% - 99,7%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			3.822 / 3.839	99,6%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.758 / 3.839	97,9%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			3.816 / 3.839	99,4%
Herzfrequenz maximal 100/min			3.821 / 3.839	99,5%
Temperatur maximal 37,2°C			3.812 / 3.839	99,3%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.785 / 3.839	98,6%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.810 / 3.839	99,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2012/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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

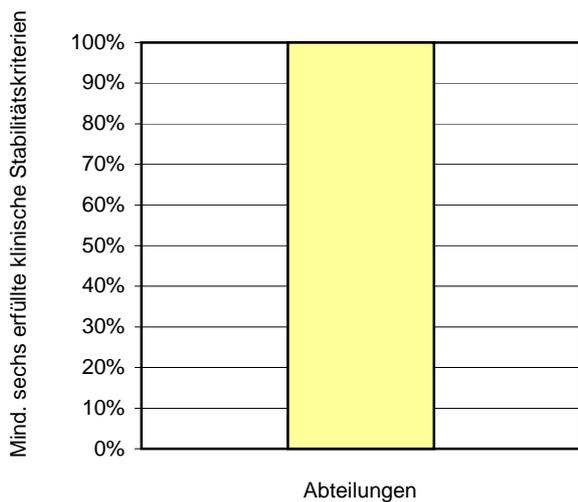
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2	95,7	96,0	97,9	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Abteilung 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: 2012/PNEU/11878

Referenzbereich: Gruppe 2: <= 14,4% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			790 / 6.500	12,2%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			553 / 6.045	9,1%
Vertrauensbereich				8,4% - 9,9%
Referenzbereich		<= 14,4%		<= 14,4%

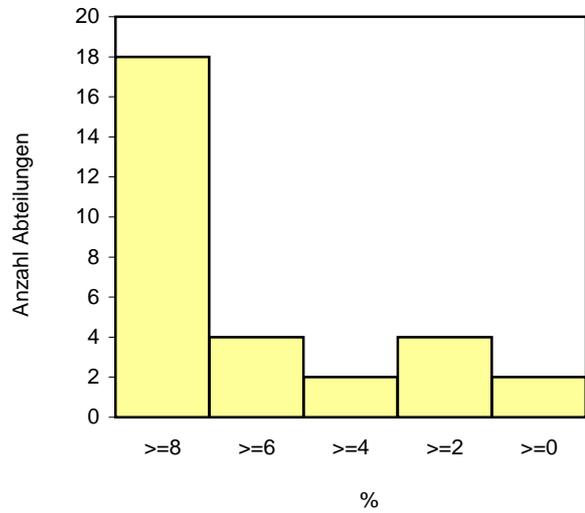
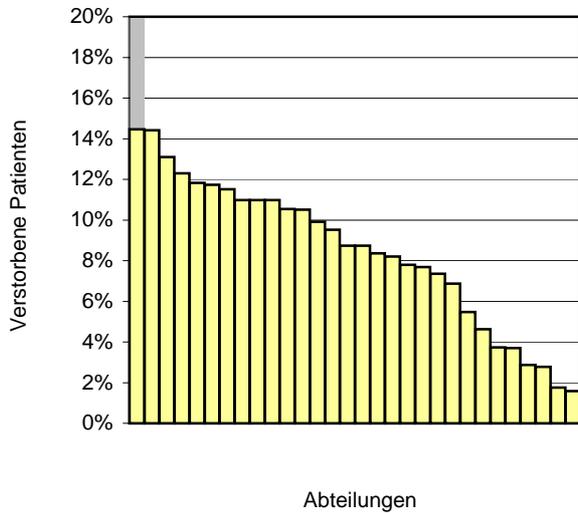
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			705 / 6.129	11,5%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			622 / 5.949	10,5%
Vertrauensbereich				9,7% - 11,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/PNEU/11878]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

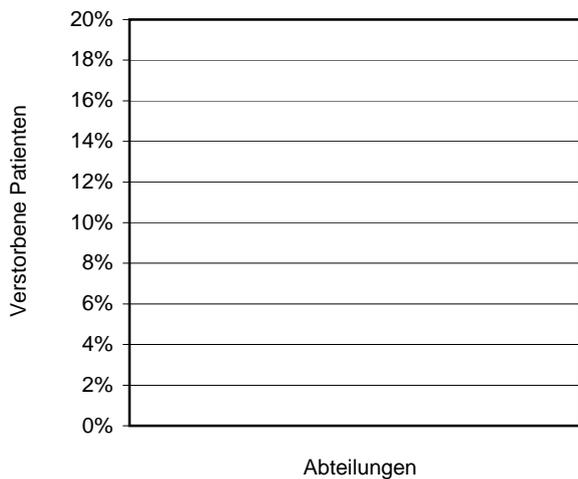
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,6	1,8	2,8	5,5	8,7	11,0	12,7	14,4	14,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Pneumonie-Score 8b unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Indikator-ID: 2012/PNEU/50778

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		492 / 5.564 8,84%
vorhergesagt (E) ¹		544,68 / 5.564 9,79%
O - E		-0,95%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score 8b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,90
Vertrauensbereich		0,83 - 0,98
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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

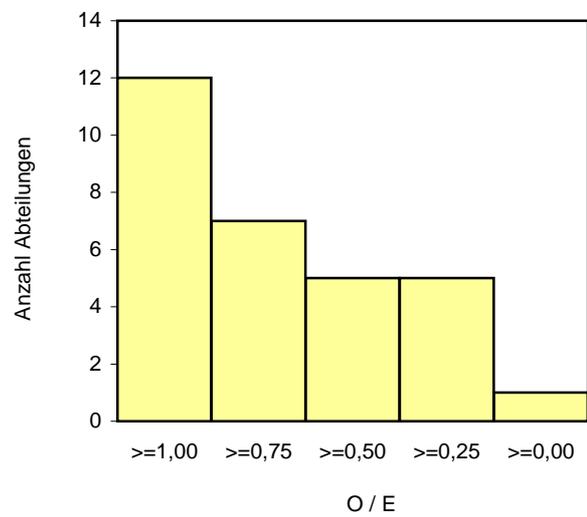
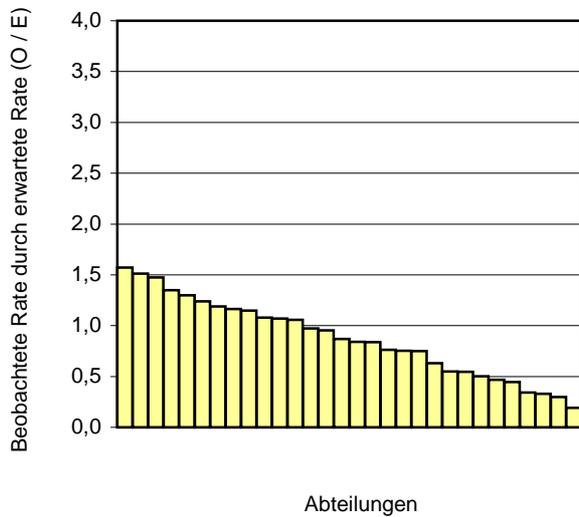
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		522 / 5.379 9,70%
vorhergesagt (E)		539,28 / 5.379 10,03%
O - E		-0,32%
O / E		0,97
Vertrauensbereich		0,89 - 1,05

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/PNEU/50778]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Pneumonie-Score 8b unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

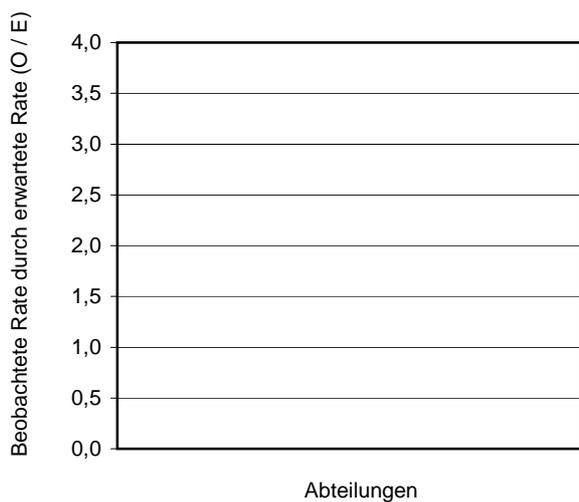
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,19	0,30	0,34	0,54	0,86	1,16	1,41	1,51	1,57

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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: 2012/PNEU/11879
 Risikoklasse 2: 2012/PNEU/11880
 Risikoklasse 3: 2012/PNEU/11881

Referenzbereich:
 Gruppe 2:
 Risikoklasse 1: <= 4,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 2: <= 15,2% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 3: <= 40,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 4,8%	<= 15,2%	<= 40,9%

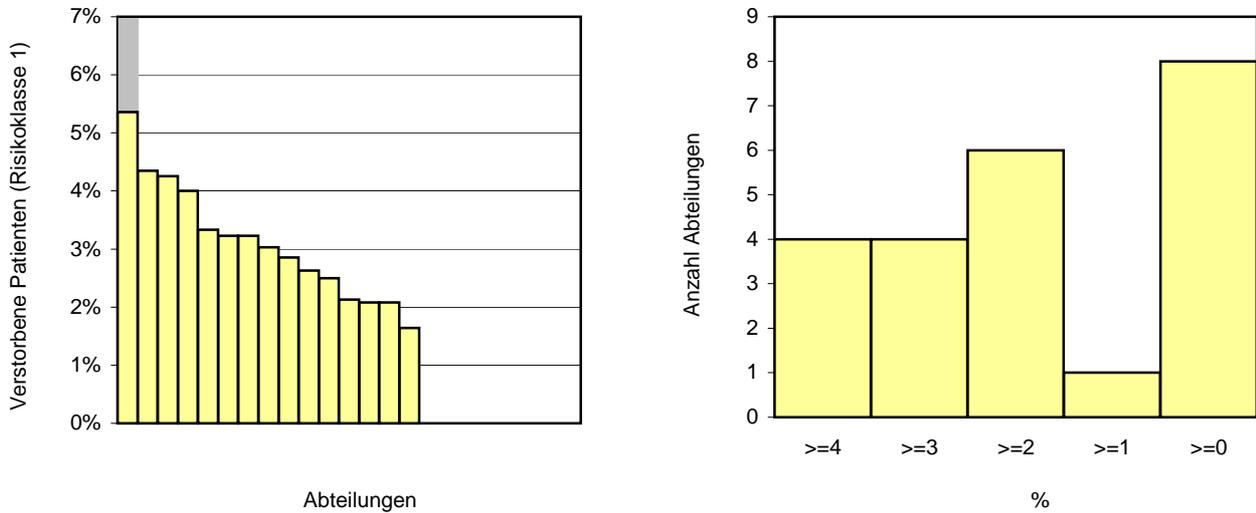
	Gesamt 2012		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	30 / 1.148 2,6%	599 / 4.930 12,2%	161 / 422 38,2%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	23 / 1.112 2,1%	416 / 4.586 9,1%	114 / 347 32,9%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,4% - 3,1% <= 4,8%	8,3% - 9,9% <= 15,2%	28,1% - 38,0% <= 40,9%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	32 / 1.221 2,6%	548 / 4.556 12,0%	125 / 352 35,5%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	31 / 1.202 2,6%	488 / 4.421 11,0%	103 / 326 31,6%
Vertrauensbereich	1,8% - 3,6%	10,1% - 12,0%	26,8% - 36,8%

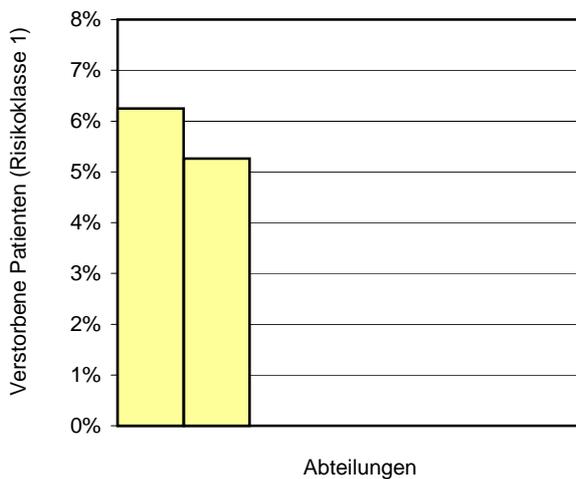
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2012/PNEU/11879]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	3,2	4,3	4,3	5,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	5,3			6,3

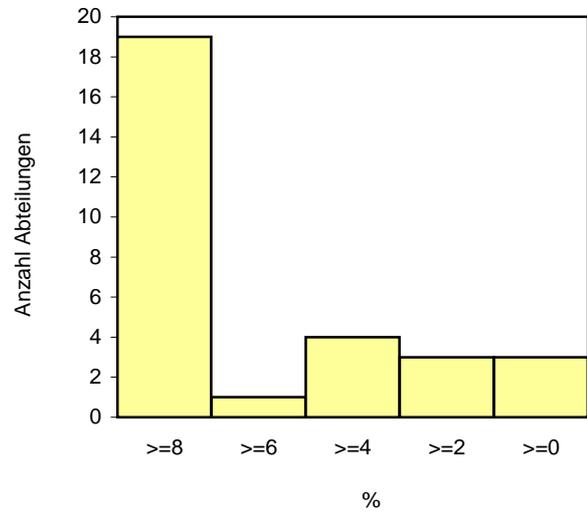
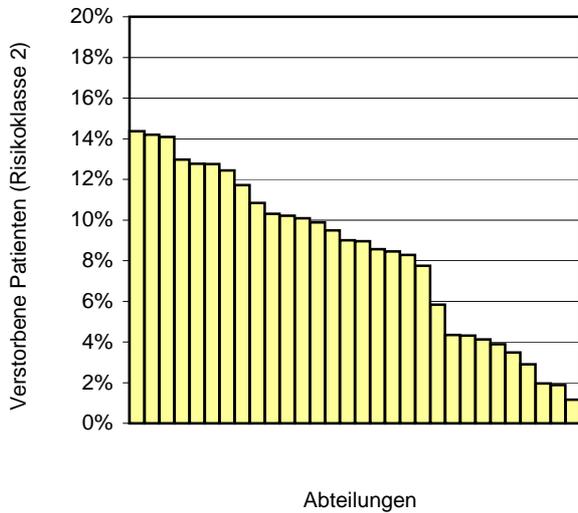
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2012/PNEU/11880]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

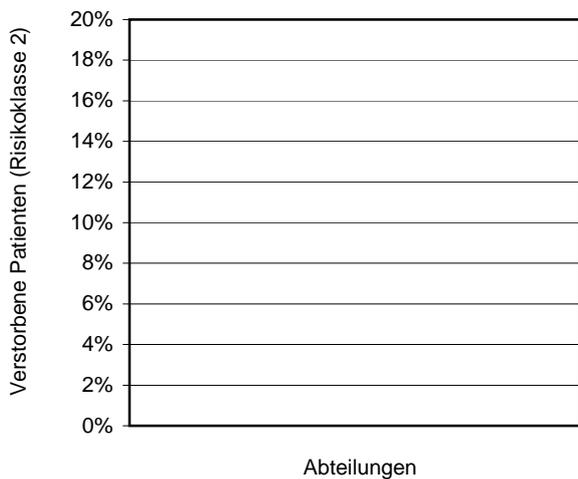
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,2	1,9	2,4	4,3	9,0	11,7	13,5	14,2	14,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

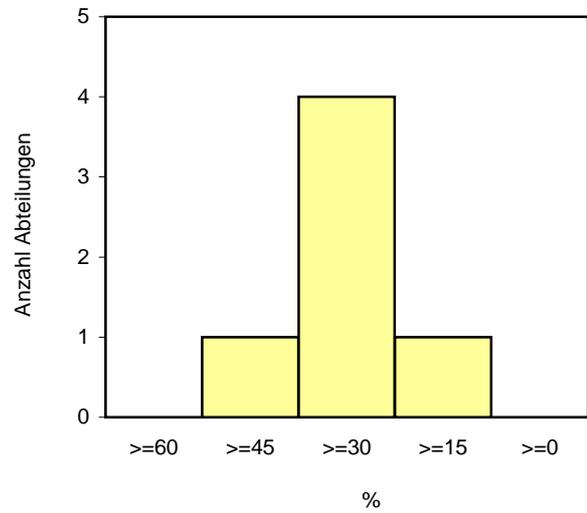
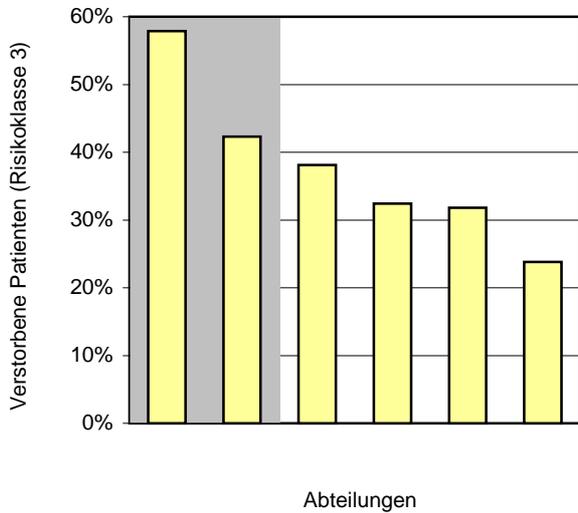
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8e, Indikator-ID 2012/PNEU/11881]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

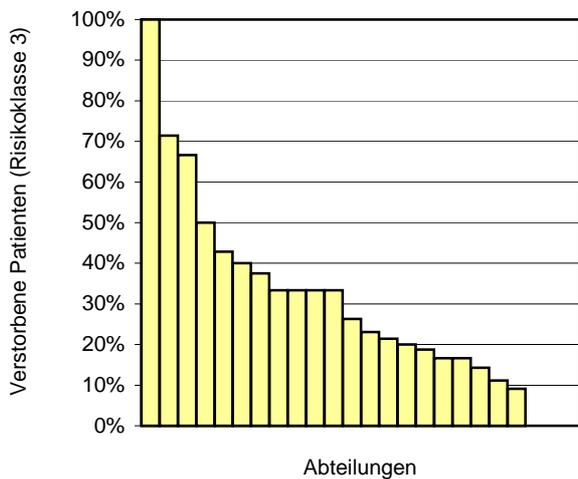
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,8			31,8	35,3	42,3			57,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	15,5	24,7	38,8	66,7	71,4	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			6.500	
18 - 19 Jahre			1 / 16	6,3%
20 - 29 Jahre			1 / 155	0,6%
30 - 39 Jahre			1 / 160	0,6%
40 - 49 Jahre			4 / 263	1,5%
50 - 59 Jahre			22 / 586	3,8%
60 - 69 Jahre			86 / 884	9,7%
70 - 79 Jahre			218 / 1.945	11,2%
80 - 89 Jahre			340 / 2.015	16,9%
>= 90 Jahre			117 / 476	24,6%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			6.129	
18 - 19 Jahre			0 / 22	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 164	1,8%
30 - 39 Jahre			5 / 206	2,4%
40 - 49 Jahre			12 / 275	4,4%
50 - 59 Jahre			32 / 609	5,3%
60 - 69 Jahre			45 / 792	5,7%
70 - 79 Jahre			194 / 1.772	10,9%
80 - 89 Jahre			302 / 1.832	16,5%
>= 90 Jahre			112 / 457	24,5%

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

Gruppe 2	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			6.045	
18 - 19 Jahre			1 / 16	6,3%
20 - 29 Jahre			1 / 151	0,7%
30 - 39 Jahre			1 / 158	0,6%
40 - 49 Jahre			3 / 253	1,2%
50 - 59 Jahre			14 / 556	2,5%
60 - 69 Jahre			58 / 831	7,0%
70 - 79 Jahre			157 / 1.818	8,6%
80 - 89 Jahre			236 / 1.835	12,9%
>= 90 Jahre			82 / 427	19,2%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			5.949	
18 - 19 Jahre			0 / 22	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 158	1,9%
30 - 39 Jahre			5 / 205	2,4%
40 - 49 Jahre			11 / 270	4,1%
50 - 59 Jahre			28 / 600	4,7%
60 - 69 Jahre			41 / 772	5,3%
70 - 79 Jahre			168 / 1.714	9,8%
80 - 89 Jahre			266 / 1.775	15,0%
>= 90 Jahre			100 / 433	23,1%

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

Gruppe 1	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			790 / 6.500	
18 - 19 Jahre			1 / 790	0,1%
20 - 29 Jahre			1 / 790	0,1%
30 - 39 Jahre			1 / 790	0,1%
40 - 49 Jahre			4 / 790	0,5%
50 - 59 Jahre			22 / 790	2,8%
60 - 69 Jahre			86 / 790	10,9%
70 - 79 Jahre			218 / 790	27,6%
80 - 89 Jahre			340 / 790	43,0%
>= 90 Jahre			117 / 790	14,8%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			705 / 6.129	
18 - 19 Jahre			0 / 705	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 705	0,4%
30 - 39 Jahre			5 / 705	0,7%
40 - 49 Jahre			12 / 705	1,7%
50 - 59 Jahre			32 / 705	4,5%
60 - 69 Jahre			45 / 705	6,4%
70 - 79 Jahre			194 / 705	27,5%
80 - 89 Jahre			302 / 705	42,8%
>= 90 Jahre			112 / 705	15,9%

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

Gruppe 2	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			553 / 6.045	
18 - 19 Jahre			1 / 553	0,2%
20 - 29 Jahre			1 / 553	0,2%
30 - 39 Jahre			1 / 553	0,2%
40 - 49 Jahre			3 / 553	0,5%
50 - 59 Jahre			14 / 553	2,5%
60 - 69 Jahre			58 / 553	10,5%
70 - 79 Jahre			157 / 553	28,4%
80 - 89 Jahre			236 / 553	42,7%
>= 90 Jahre			82 / 553	14,8%

Vorjahresdaten Gruppe 2	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			622 / 5.949	
18 - 19 Jahre			0 / 622	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 622	0,5%
30 - 39 Jahre			5 / 622	0,8%
40 - 49 Jahre			11 / 622	1,8%
50 - 59 Jahre			28 / 622	4,5%
60 - 69 Jahre			41 / 622	6,6%
70 - 79 Jahre			168 / 622	27,0%
80 - 89 Jahre			266 / 622	42,8%
>= 90 Jahre			100 / 622	16,1%

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: 2012/PNEU/50722
Referenzbereich: >= 98,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			5.959 / 6.400	93,1%
Vertrauensbereich				92,5% - 93,7%
Referenzbereich		>= 98,0%		>= 98,0%

Vorjahresdaten¹	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			5.537 / 6.042	91,6%
Vertrauensbereich				90,9% - 92,3%

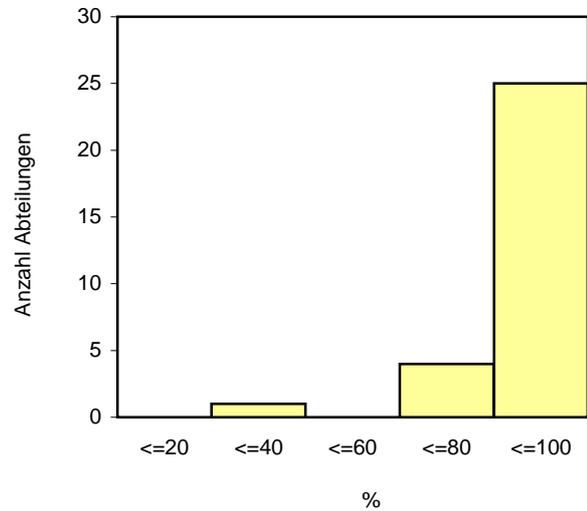
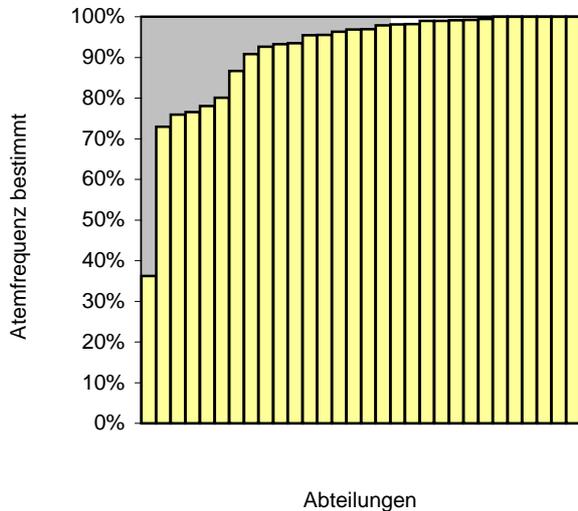
¹ Änderung der Rechenregel ab 2012

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2012/PNEU/50722]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

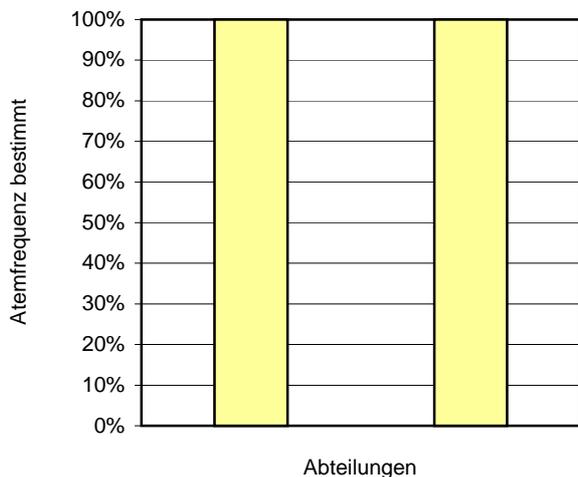
30 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,2	72,9	76,2	90,9	96,9	99,2	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.500
Datensatzversion: PNEU 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12630-L81749-P38725

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.945	29,9	1.889	30,8
2. Quartal			1.543	23,7	1.419	23,2
3. Quartal			1.366	21,0	1.232	20,1
4. Quartal			1.646	25,3	1.589	25,9
Gesamt			6.500		6.129	

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

Behandlungszeit

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.500		6.129	
Median				8,0		9,0
Mittelwert				10,0		10,1

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	R15	Stuhlinkontinenz

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	1.962	30,2	J18.0	1.715	28,0
2				I10.00	1.563	24,0	I10.00	1.444	23,6
3				J18.9	1.079	16,6	J18.9	1.113	18,2
4				J18.1	1.079	16,6	J18.8	882	14,4
5				J96.00	1.032	15,9	J96.00	803	13,1
6				J18.8	796	12,2	J18.1	793	12,9
7				E11.90	754	11,6	E11.90	712	11,6
8				R15	705	10,8	R15	703	11,5

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.500 / 6.500		6.129 / 6.129	
18 - 19 Jahre			16 / 6.500	0,2	22 / 6.129	0,4
20 - 29 Jahre			155 / 6.500	2,4	164 / 6.129	2,7
30 - 39 Jahre			160 / 6.500	2,5	206 / 6.129	3,4
40 - 49 Jahre			263 / 6.500	4,0	275 / 6.129	4,5
50 - 59 Jahre			586 / 6.500	9,0	609 / 6.129	9,9
60 - 69 Jahre			884 / 6.500	13,6	792 / 6.129	12,9
70 - 79 Jahre			1.945 / 6.500	29,9	1.772 / 6.129	28,9
80 - 89 Jahre			2.015 / 6.500	31,0	1.832 / 6.129	29,9
>= 90 Jahre			476 / 6.500	7,3	457 / 6.129	7,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.500		6.129	
Median				76,0		75,0
Mittelwert				72,3		71,4
Geschlecht						
männlich			3.740	57,5	3.545	57,8
weiblich			2.760	42,5	2.584	42,2

Aufnahme

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			1.297	20,0	1.275	20,8
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			143	2,2	157	2,6
Chronische Bettlägerigkeit			1.551	23,9	1.567	25,6
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung						
ja			100	1,5	87	1,4
nein			6.400	98,5	6.042	98,6
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
nein			4.361	68,1	4.161	68,9
pneumoniebedingt			412	6,4	324	5,4
nicht pneumoniebedingt			1.627	25,4	1.557	25,8
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			5.959		5.537	
Median				23,0		23,0
Mittelwert				23,2		23,3
nicht bestimmt			441	6,9	505	8,4
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.400		6.042	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				132,5		132,7
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.400		6.042	
Median				75,0		78,0
Mittelwert				75,1		75,7

Aufnahme (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			103	1,6	83	1,4
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			6.203	95,4	5.826	95,1
4 bis unter 8 Stunden			115	1,8	106	1,7
8 Stunden und später			79	1,2	114	1,9
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			93	1,4	74	1,2
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			5.835	89,8	5.520	90,1
4 bis unter 8 Stunden			280	4,3	257	4,2
8 Stunden und später			292	4,5	278	4,5

Verlauf

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation			614	9,4	639	10,4
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			5.359	82,4	4.936	80,5
nach 24 Stunden und später			527	8,1	554	9,0
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthaltes			6.126	94,2	5.719	93,3
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			5.197	84,8	4.954	86,6
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diag- nostischen oder thera- peutischen Vorgehens			900	96,9	744	97,3
Maschinelle Beatmung						
nein			6.088	93,7	5.751	93,8
ja, ausschließlich nicht-invasiv			187	2,9	159	2,6
ja, ausschließlich invasiv			136	2,1	127	2,1
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			89	1,4	92	1,5
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			412		378	
Median				72,0		69,0
Mittelwert				197,6		178,9
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden			13	0,2	14	0,2
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				185,0		137,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			373	90,5	339	89,7

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)	Abteilung 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		281		273	
Median			64,0		61,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		60		64	
Median			245,0		204,5
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		150		139	
Median			40,0		29,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		71		70	
Median			92,0		91,5
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		10		5	
Median			86,0		312,0
Risikoklasse 2 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		56		51	
Median			89,5		76,0
Risikoklasse 3 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5		14	
Median			135,0		77,5

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)	Abteilung 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		77		88	
Median			10,0		8,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		89		71	
Median			48,0		46,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		30		25	
Median			120,0		113,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		85		89	
Median			398,0		294,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5		4	
Median			8,0		4,5
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		16		7	
Median			36,0		48,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5		5	
Median			109,0		113,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		34		48	
Median			453,5		291,5

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)	Abteilung 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		59		65	
Median			11,0		10,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		49		47	
Median			48,0		42,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		14	
Median			126,0		110,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		13	
Median			276,0		189,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13		19	
Median			6,0		4,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		24		17	
Median			50,0		60,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4		6	
Median			120,0		118,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		30		28	
Median			442,0		350,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			136	2,1	127	2,1
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			133	97,8	125	98,4
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?			455 / 6.500	7,0	180 / 6.129	2,9

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <> 7	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			5.710	87,8	5.424	88,5
Desorientierung						
nein			4.231	74,1	4.043	74,5
pneumoniebedingt			67	1,2	32	0,6
nicht pneumoniebedingt			1.054	18,5	1.010	18,6
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme						
nein			145	2,5	147	2,7
ja			5.202	91,1	4.931	90,9
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			5.129	89,8	4.823	88,9
über 24/min			51	0,9	43	0,8
nicht bestimmt			175	3,1	224	4,1
Herzfrequenz						
maximal 100/min			5.271	92,3	4.978	91,8
über 100/min			57	1,0	38	0,7
nicht bestimmt			26	0,5	68	1,3
Temperatur						
maximal 37,2° C			5.184	90,8	4.988	92,0
über 37,2° C			145	2,5	57	1,1
nicht bestimmt			25	0,4	38	0,7
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			113	2,0	88	1,6
mindestens 90%			5.098	89,3	4.816	88,8
nicht bestimmt			145	2,5	185	3,4
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			66	1,2	35	0,6
mindestens 90 mmHg			5.258	92,1	4.978	91,8
nicht bestimmt			29	0,5	68	1,3

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.185	64,4	3.974	64,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			154	2,4	140	2,3
03: aus sonstigen Gründen			3	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			61	0,9	63	1,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			203	3,1	212	3,5
07: Tod			790	12,2	705	11,5
08: Verlegung nach § 14			11	0,2	9	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			58	0,9	44	0,7
10: in Pflegeeinrichtung			1.008	15,5	954	15,6
11: in Hospiz			9	0,1	1	0,0
12: interne Verlegung			1	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,1	2	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,0	7	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	3	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			7	0,1	11	0,2
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			2	0,0	2	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			4.710	82,5	4.461	82,2
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			202	4,3	170	3,8

Letalität

Alle Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			790 / 6.500	12,2	705 / 6.129	11,5
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			297 / 1.297	22,9	312 / 1.275	24,5
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			41 / 100	41,0	27 / 87	31,0
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			24 / 143	16,8	24 / 157	15,3
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			766 / 6.357	12,0	681 / 5.972	11,4
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			6 / 13	46,2	1 / 14	7,1
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			469 / 5.060	9,3	369 / 4.697	7,9
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			145 / 412	35,2	130 / 378	34,4
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			39 / 187	20,9	42 / 159	26,4
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			66 / 136	48,5	64 / 127	50,4
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			40 / 89	44,9	24 / 92	26,1

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			553 / 6.045	9,1	622 / 5.949	10,5
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			208 / 1.153	18,0	272 / 1.213	22,4
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			28 / 84	33,3	20 / 77	26,0
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			19 / 126	15,1	21 / 151	13,9
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			534 / 5.919	9,0	601 / 5.798	10,4
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			3 / 9	33,3	1 / 14	7,1
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			326 / 4.766	6,8	329 / 4.585	7,2
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes			96 / 348	27,6	107 / 343	31,2
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			21 / 159	13,2	33 / 143	23,1
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			48 / 117	41,0	52 / 115	45,2
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes			27 / 72	37,5	22 / 85	25,9

Ambulant erworbene Pneumonie

Risikoadjustierung mit dem logistischen Pneumonie-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

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 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

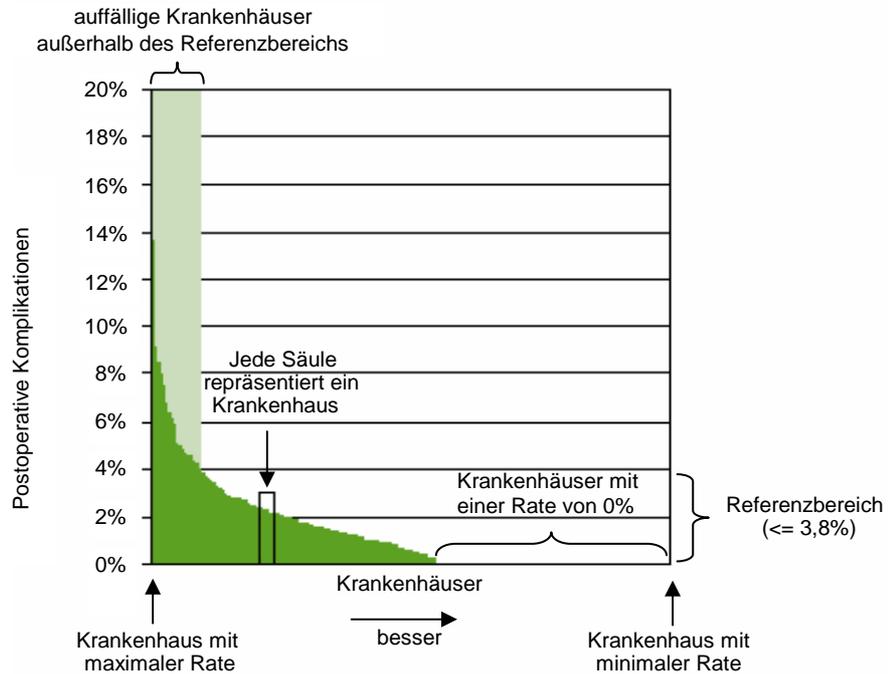
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

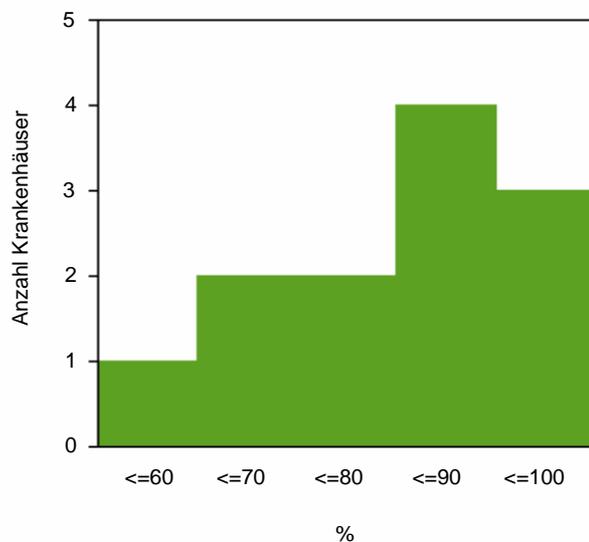
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. 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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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