

BQS-Bundesauswertung 2008 Ambulant erworbene Pneumonie

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 1.374
Anzahl Datensätze Gesamt: 211.708
Datensatzversion: PNEU 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D7516-L59091-P25886

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

BQS-Bundesauswertung 2008 Ambulant erworbene Pneumonie

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 1.374
Anzahl Datensätze Gesamt: 211.708
Datensatzversion: PNEU 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D7516-L59091-P25886

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator | Ergebnis Anzahl | Ergebnis % | Referenz- bereich | Seite |
|---|--------------------|---------------|----------------------|-------|
| QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | | | |
| Alle Patienten | 190.115 / 211.708 | 89,8% | >= 95% | 1.1 |
| Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden | 181.707 / 201.966 | 90,0% | nicht definiert | 1.1 |
| Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden | 8.408 / 9.742 | 86,3% | nicht definiert | 1.1 |
| QI 2: Antimikrobielle Therapie | | | | |
| Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden | 173.369 / 188.103 | 92,2% | >= 83,3% | 1.5 |
| QI 3: Frühmobilisation | | | | |
| Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind | 23.917 / 26.221 | 91,2% | >= 80,8% | 1.8 |
| Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind | 81.608 / 97.845 | 83,4% | >= 65,7% | 1.8 |
| QI 4: Verlaufskontrolle CRP | 165.956 / 178.379 | 93,0% | >= 83,6% | 1.11 |
| QI 5: Anpassung Diagnostik/Therapie | | | | |
| Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme | 14.447 / 18.926 | 76,3% | >= 95% | 1.13 |
| Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme | 2.040 / 2.458 | 83,0% | >= 95% | 1.13 |

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator | Ergebnis Anzahl | Ergebnis % | Referenz- bereich | Seite |
|---|--------------------|---------------|----------------------|-------|
| QI 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien | 98.062 / 133.959 | 73,2% | >= 95% | 1.16 |
| QI 7: Klinische Stabilitätskriterien | 96.250 / 98.062 | 98,2% | >= 95% | 1.19 |
| QI 8: Krankenhaus-Letalität | | | | |
| Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung | 25.342 / 197.033 | 12,9% | <= 19,3% | 1.22 |
| Davon Patienten der: | | | | |
| Risikoklasse 1 nach CRB-65 | 875 / 30.989 | 2,8% | <= 7,5% | 1.23 |
| Risikoklasse 2 nach CRB-65 | 19.397 / 151.153 | 12,8% | <= 19,4% | 1.23 |
| Risikoklasse 3 nach CRB-65 | 5.070 / 14.891 | 34,0% | <= 51,9% | 1.23 |

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die BQS-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 **C**onfusion)
- o Spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$ (**R**espiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) (**B**lood pressure)
- o Alter ≥ 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.

Alle zur Berechnung dieses Scores erforderlichen Daten müssen in Pflichtfeldern dokumentiert werden und liegen daher vollständig vor.

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

Im Datensatz für das Erfassungsjahr 2008 ist erstmals das Datenfeld „schriftlich dokumentierter Therapieverzicht bzw. Therapieeinstellung“ (Datenfeld 24) enthalten. Dieses Datenfeld dokumentiert, dass bei diesen Patienten aufgrund einer **infausten Prognose der Grunderkrankung** auf die antimikrobielle Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des stationären Aufenthaltes eingestellt 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 BQS-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 Therapieeinstellung (Item 24 = ja) ausgeschlossen:

- o Antimikrobielle Therapie,
- o Frühmobilisation,
- o Verlaufskontrolle CRP,
- o Anpassung 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 Therapieeinstellung.

Die Ergebnisse im Erfassungsjahr 2008 der oben genannten BQS-Qualitätsindikatoren sind wegen der Änderungen der Rechenregeln mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar.

Qualitätsindikator 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 | |
| Kennzahl-ID: | Gruppe 1: | 2008/PNEU/68123 | |
| | Gruppe 2: | 2008/PNEU/68895 | |
| | Gruppe 3: | 2008/PNEU/69908 | |
| Referenzbereich: | Gruppe 1: | >= 95% (Zielbereich) | |
| | Gruppe 2: | Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. | |
| | Gruppe 3: | Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. | |

| | Gesamt 2008 | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde | 190.115 / 211.708 89,8% | 181.707 / 201.966 90,0% | 8.408 / 9.742 86,3% |
| Vertrauensbereich | 89,7% - 89,9% | 89,8% - 90,1% | 85,6% - 87,0% |
| Referenzbereich | >= 95% | nicht definiert | nicht definiert |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2007 | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde | 176.943 / 210.299 84,1% | 168.751 / 200.394 84,2% | 8.192 / 9.905 82,7% |
| Vertrauensbereich | 84,0% - 84,3% | 84,0% - 84,4% | 81,9% - 83,4% |

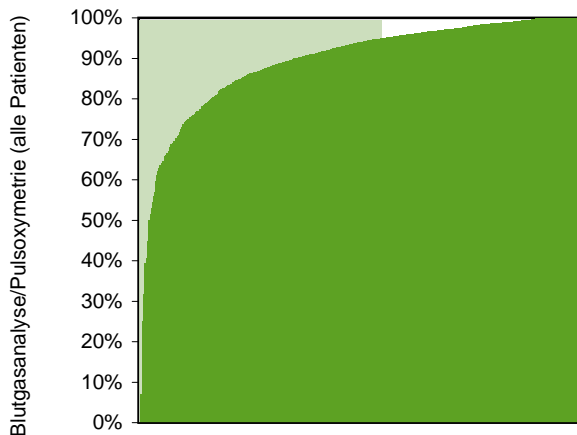
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68123]:

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

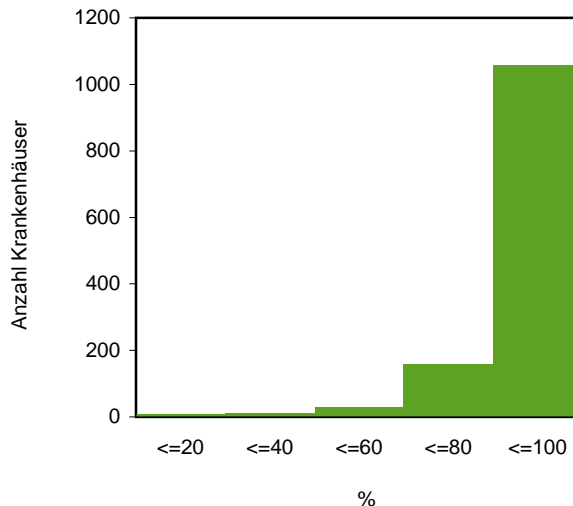
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,0%



Krankenhäuser

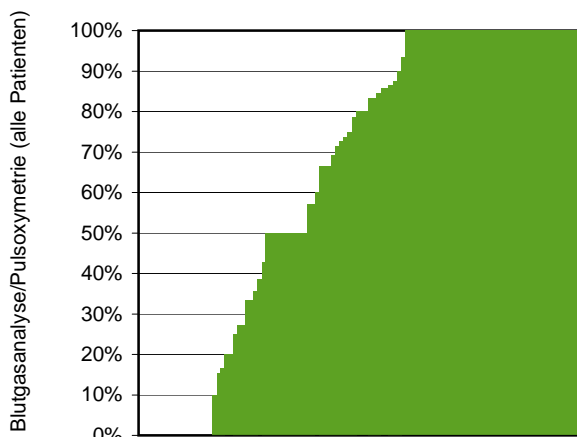


1.267 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 80,0%



Krankenhäuser

107 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

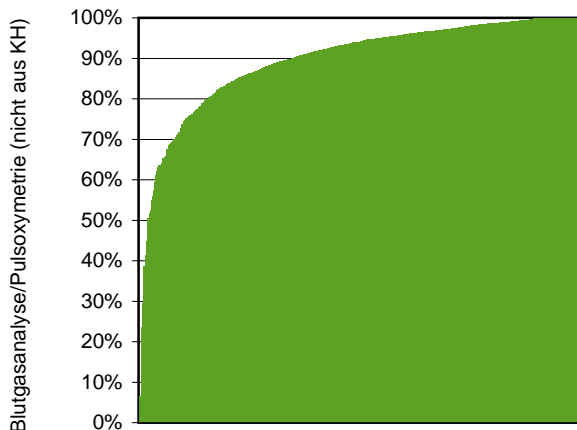
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68895]:

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

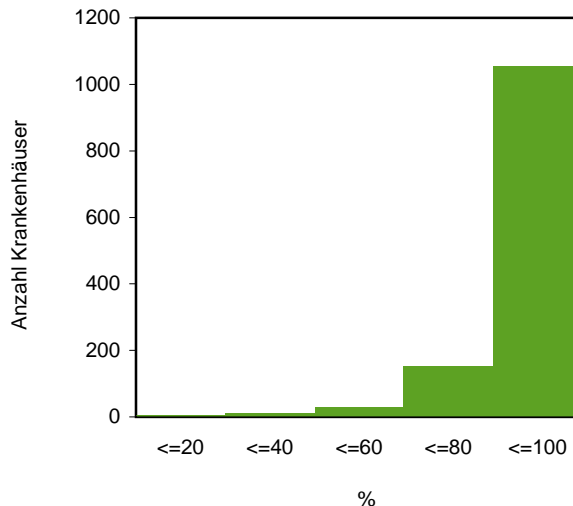
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,0%



Krankenhäuser

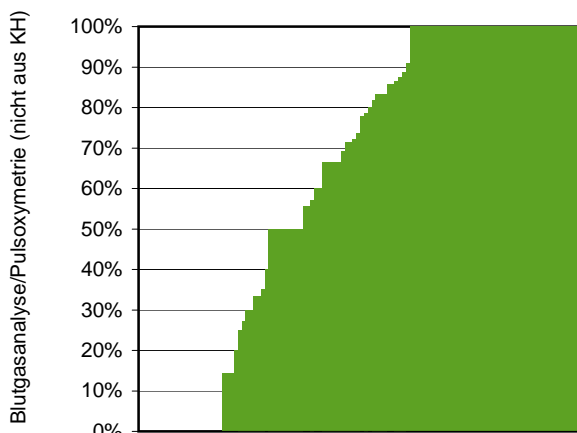


1.252 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 73,7%



Krankenhäuser

115 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

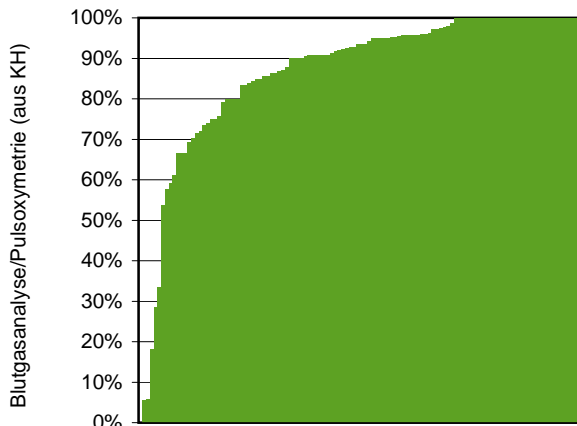
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69908]:

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

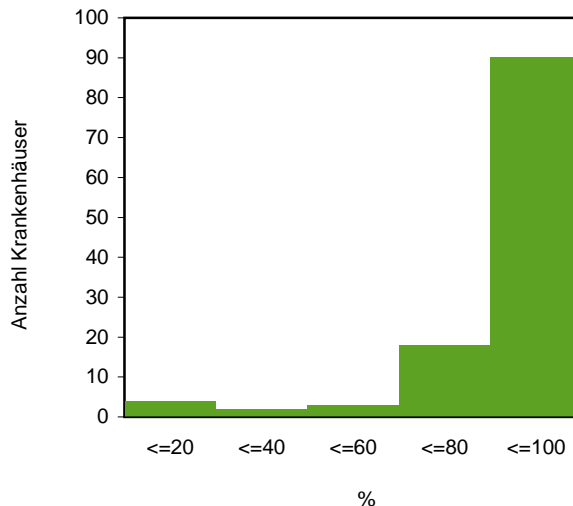
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,5%



Krankenhäuser

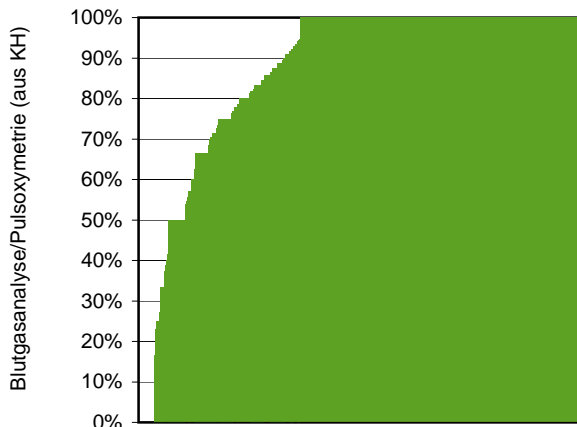


117 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

1.086 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

171 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Antimikrobielle Therapie

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Qualitätsziel: | Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme | |
| Grundgesamtheit: | Gruppe 1: | Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) ¹ |
| | Gruppe 2: | Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) ¹ |
| | Gruppe 3: | Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) ¹ |
| Kennzahl-ID: | Gruppe 2: | 2008/PNEU/68897 |
| Referenzbereich: | Gruppe 2: | >= 83,3% (Toleranzbereich; 10%-Perzentil) |

| | Gesamt 2008 | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme | 181.253 / 197.033 92,0% | 173.369 / 188.103 92,2% | 7.884 / 8.930 88,3% |
| Vertrauensbereich | | 92,0% - 92,3% | |
| Referenzbereich | | >= 83,3% | |
| Patienten ohne antimikrobielle Therapie | 3.600 / 197.033 1,8% | 3.121 / 188.103 1,7% | 479 / 8.930 5,4% |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2007 | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme | 191.387 / 210.299 91,0% | 182.713 / 200.394 91,2% | 8.674 / 9.905 87,6% |
| Vertrauensbereich | | 91,1% - 91,3% | |
| Patienten ohne antimikrobielle Therapie | 4.985 / 210.299 2,4% | 4.406 / 200.394 2,2% | 579 / 9.905 5,8% |

¹ Der Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung erfolgt für das Erfassungsjahr 2008.

Die Ergebnisse sind daher mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar. Erläuterungen dazu auf der Seite Definitionen

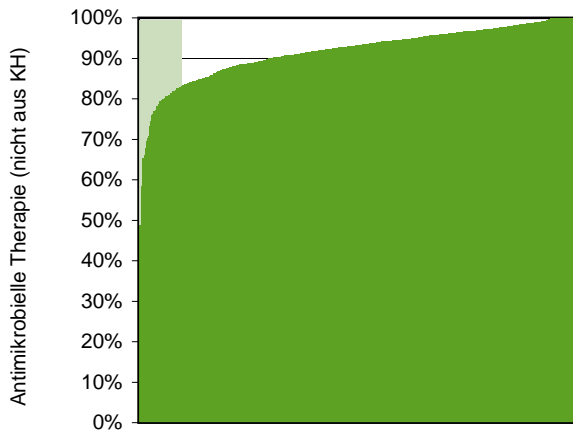
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68897]:

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

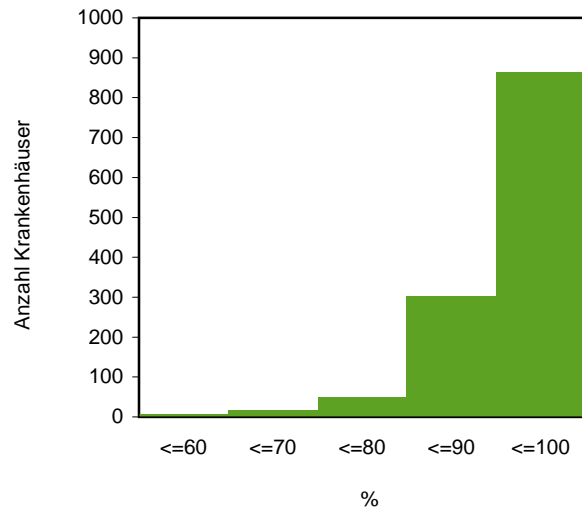
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 42,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,2%



Krankenhäuser

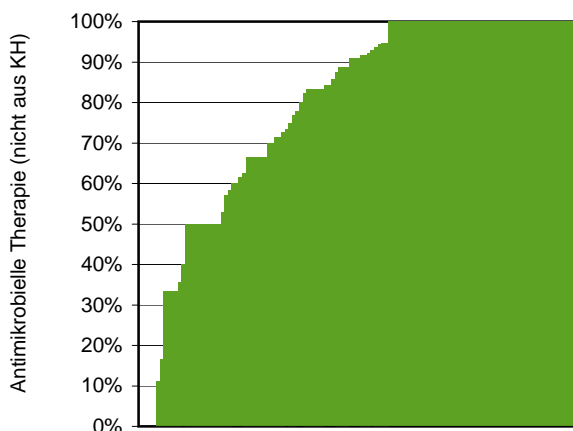


1.237 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,9%



Krankenhäuser

123 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

14 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) |

| | Gesamt 2008 | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme | 28.076 / 30.989 90,6% | 139.046 / 151.153 92,0% | 14.131 / 14.891 94,9% |

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) |

| | Gesamt 2008 | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme | 27.087 / 29.854 90,7% | 133.383 / 144.658 92,2% | 12.899 / 13.591 94,9% |

Qualitätsindikator 3: Frühmobilisation

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)¹

| | Gesamt 2008 | |
|---|-------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde | 108.449 / 128.313 | 84,5% |

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)¹

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

Kennzahl-ID:
 Risikoklasse 1: 2008/PNEU/69913
 Risikoklasse 2: 2008/PNEU/69915

Referenzbereich:
 Risikoklasse 1: >= 80,8% (Toleranzbereich; 10%-Perzentil)
 Risikoklasse 2: >= 65,7% (Toleranzbereich; 10%-Perzentil)

| | Gesamt 2008 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde | 23.917 / 26.221 91,2% | 81.608 / 97.845 83,4% | 2.924 / 4.247 68,8% |
| Vertrauensbereich | 90,9% - 91,6% | 83,2% - 83,6% | |
| Referenzbereich | >= 80,8% | >= 65,7% | |

| | Gesamt 2007 | | |
|---|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde | 25.752 / 28.669 89,8% | 82.034 / 101.167 81,1% | 3.052 / 4.623 66,0% |
| Vertrauensbereich | 89,5% - 90,2% | 80,8% - 81,3% | |

¹ Der Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung erfolgt für das Erfassungsjahr 2008. Die Ergebnisse sind daher mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar. Erläuterungen dazu auf der Seite Definitionen
² Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 berechnet und weichen deshalb von den BQS-Auswertungen 2007 ab.

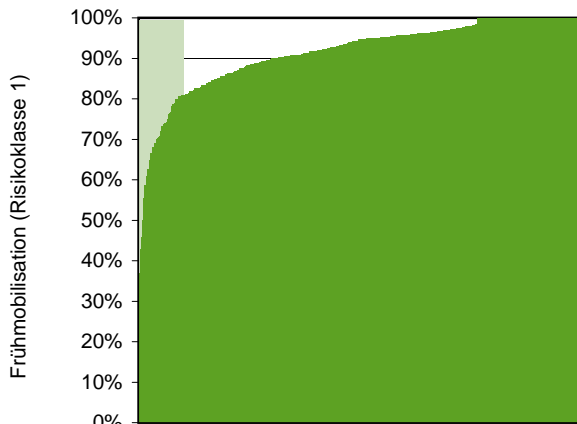
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69913]:

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

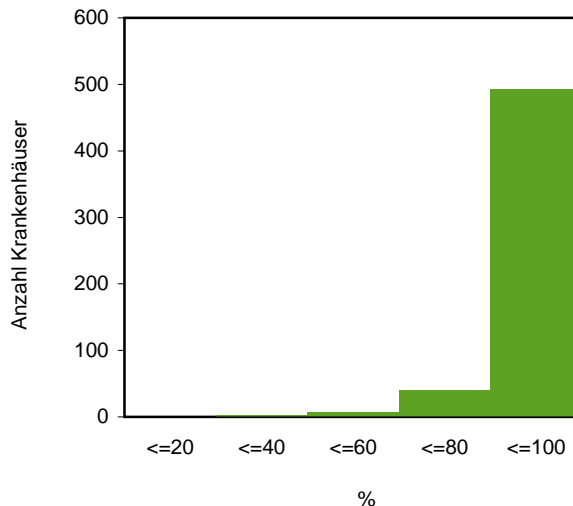
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 35,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,5%



Krankenhäuser

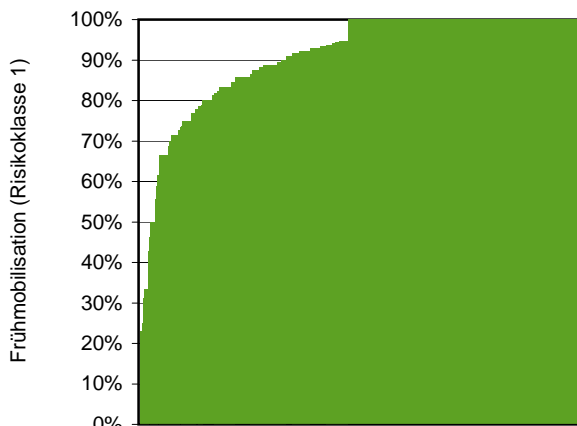


542 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

743 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

89 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

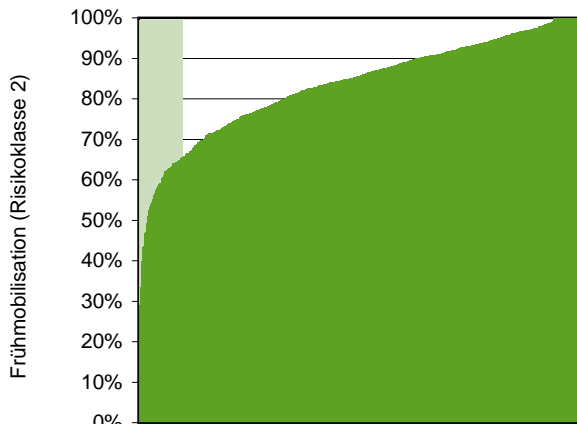
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69915]:

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

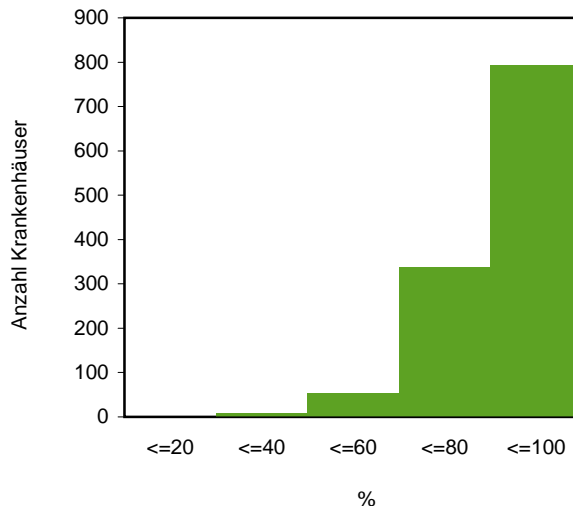
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 22,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 85,7%



Krankenhäuser

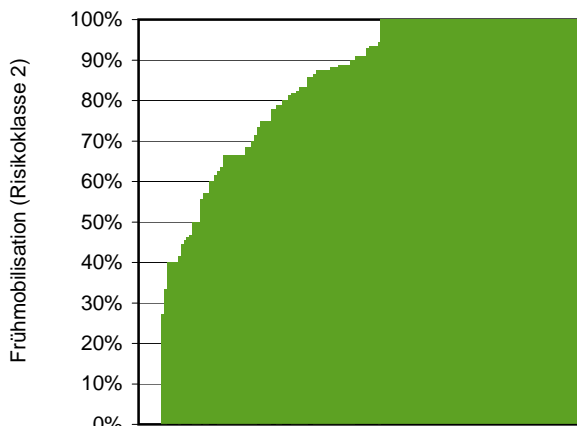


1.190 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,9%



Krankenhäuser

156 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

28 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Verlaufskontrolle CRP

Qualitätsziel: Häufig Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins im Serum am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme bestimmen

Grundgesamtheit: Patienten, die am Tag 4 noch nicht entlassen oder verstorben sind (Verweildauer >= 4 Tage)
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

Kennzahl-ID: 2008/PNEU/68130

Referenzbereich: >= 83,6% (Toleranzbereich; 10%-Perzentil)

| | | Gesamt 2008 | |
|--|--|-------------------|---------------|
| | | Anzahl | % |
| CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt | | 165.956 / 178.379 | 93,0% |
| Vertrauensbereich | | | 92,9% - 93,2% |
| Referenzbereich | | | >= 83,6% |

| Vorjahresdaten | | Gesamt 2007 | |
|--|--|-------------------|---------------|
| | | Anzahl | % |
| CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt | | 173.295 / 190.286 | 91,1% |
| Vertrauensbereich | | | 90,9% - 91,2% |

¹ Der Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung erfolgt für das Erfassungsjahr 2008. Die Ergebnisse sind daher mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar. Erläuterungen dazu auf der Seite Definitionen

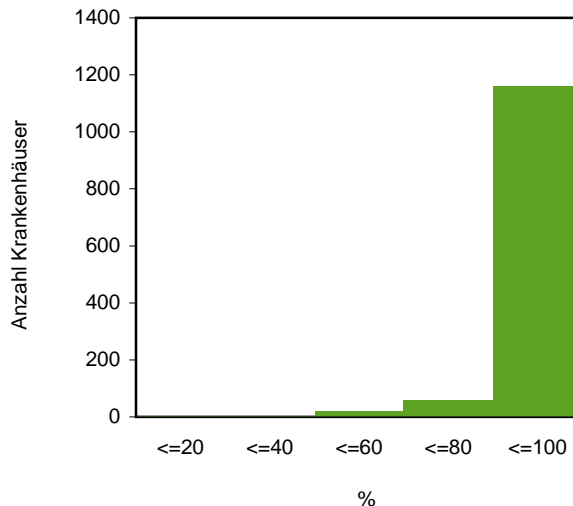
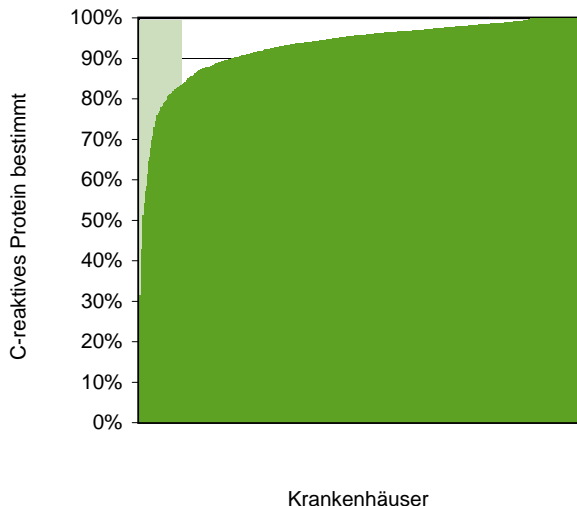
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68130]:

Anteil von Patienten, bei denen das CRP am Tag 4 bis 5 bestimmt ist und keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,7%

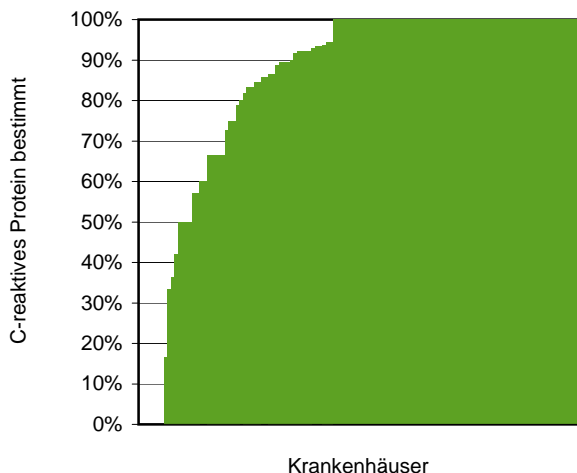


1.241 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



122 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Anpassung Diagnostik/Therapie

Qualitätsziel: Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens, wenn der C-reaktive Proteinwert am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme nicht abgefallen ist

Grundgesamtheit: Patienten ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme (Verweildauer >= 4 Tage)
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

| | Gesamt 2008 | |
|---|-----------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | 18.486 / 24.024 | 76,9% |

Risikoklassen nach CRB-65

Patienten ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme (Verweildauer >= 4 Tage)
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

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

Kennzahl-ID: Risikoklasse 2: 2008/PNEU/69923
Risikoklasse 3: 2008/PNEU/69925

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

| | Gesamt 2008 | | |
|---|------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | 1.999 / 2.640 75,7% | 14.447 / 18.926 76,3% | 2.040 / 2.458 83,0% |
| Vertrauensbereich | | 75,7% - 76,9% | 81,4% - 84,5% |
| Referenzbereich | | >= 95% | >= 95% |

| Vorjahresdaten ² | Gesamt 2007 | | |
|---|------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens | 2.130 / 2.959 72,0% | 15.173 / 20.641 73,5% | 2.395 / 2.990 80,1% |
| Vertrauensbereich | | 72,9% - 74,1% | 78,6% - 81,5% |

¹ Der Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung erfolgt für das Erfassungsjahr 2008. Die Ergebnisse sind daher mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar. Erläuterungen dazu auf der Seite Definitionen
² Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 berechnet und weichen deshalb von den BQS-Auswertungen 2007 ab.

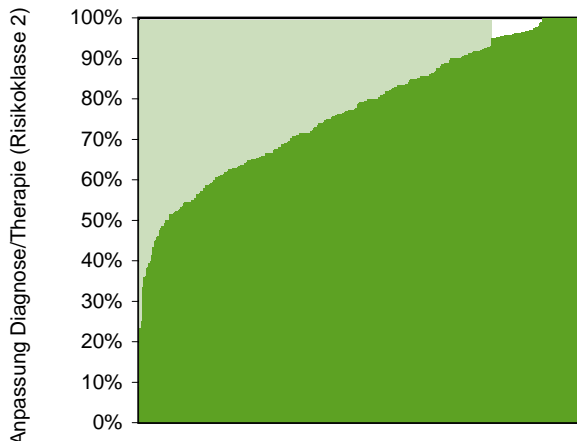
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69923]:

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

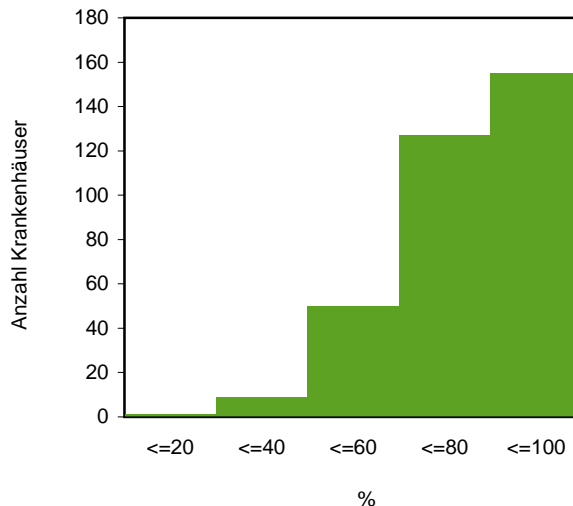
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 8,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 78,8%



Krankenhäuser

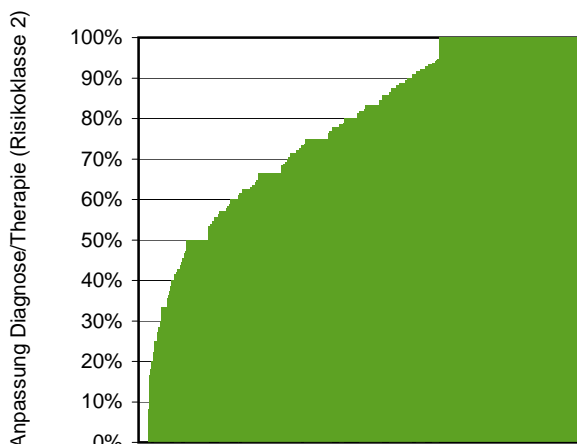


342 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 81,3%



Krankenhäuser

940 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

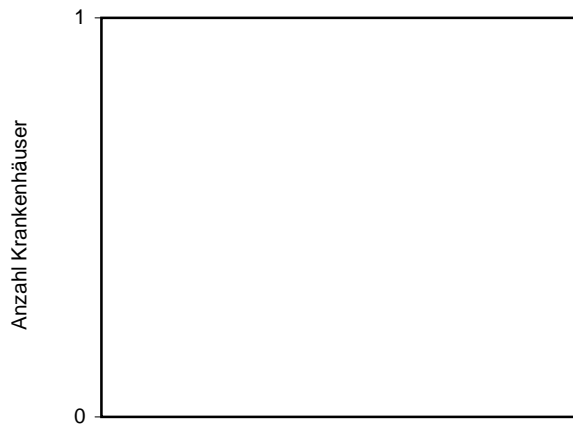
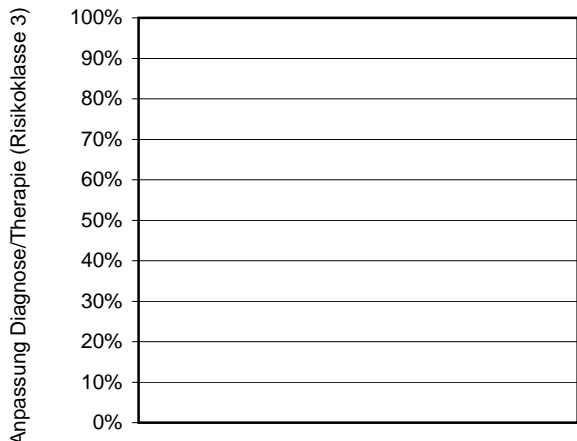
92 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69925]:

Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



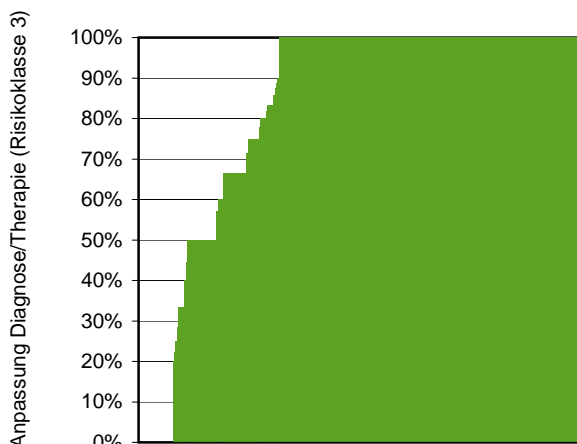
Krankenhäuser

%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

896 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

478 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der 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)¹

Kennzahl-ID: 2008/PNEU/68914

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

| | Gesamt 2008 | |
|---|-------------------|---------------|
| | Anzahl | % |
| Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung | 98.062 / 133.959 | 73,2% |
| Vertrauensbereich | | 73,0% - 73,4% |
| Referenzbereich | | >= 95% |
| Desorientierung | 133.959 / 133.959 | 100,0% |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | 133.959 / 133.959 | 100,0% |
| Spontane Atemfrequenz | 117.496 / 133.959 | 87,7% |
| Herzfrequenz | 131.690 / 133.959 | 98,3% |
| Temperatur | 132.142 / 133.959 | 98,6% |
| Sauerstoffsättigung | 103.406 / 133.959 | 77,2% |
| Blutdruck systolisch | 131.713 / 133.959 | 98,3% |

¹ Der Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung erfolgt für das Erfassungsjahr 2008.

Die Ergebnisse sind daher mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar. Erläuterungen dazu auf der Seite Definitionen

| Vorjahresdaten | Gesamt 2007 | |
|---|-------------------|---------------|
| | Anzahl | % |
| Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung | 98.133 / 152.433 | 64,4% |
| Vertrauensbereich | | 64,1% - 64,6% |
| Desorientierung | 152.433 / 152.433 | 100,0% |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | 152.433 / 152.433 | 100,0% |
| Spontane Atemfrequenz | 129.483 / 152.433 | 84,9% |
| Herzfrequenz | 149.403 / 152.433 | 98,0% |
| Temperatur | 149.681 / 152.433 | 98,2% |
| Sauerstoffsättigung | 104.653 / 152.433 | 68,7% |
| Blutdruck systolisch | 149.067 / 152.433 | 97,8% |

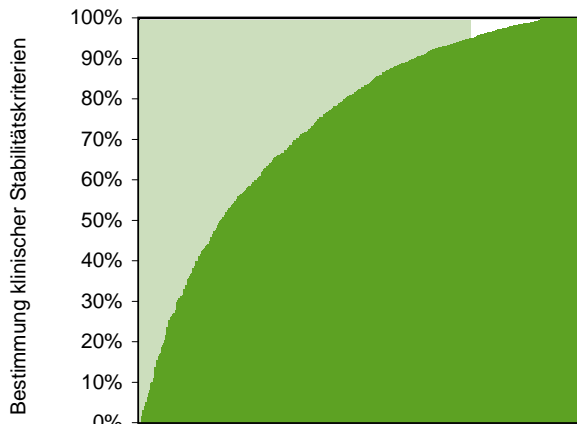
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68914]:

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

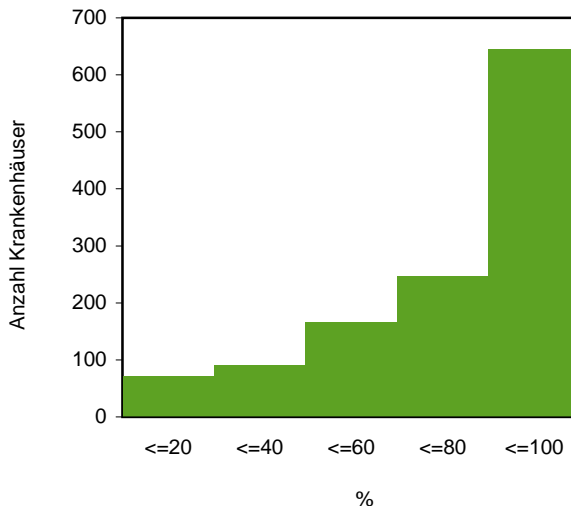
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 82,2%



Krankenhäuser

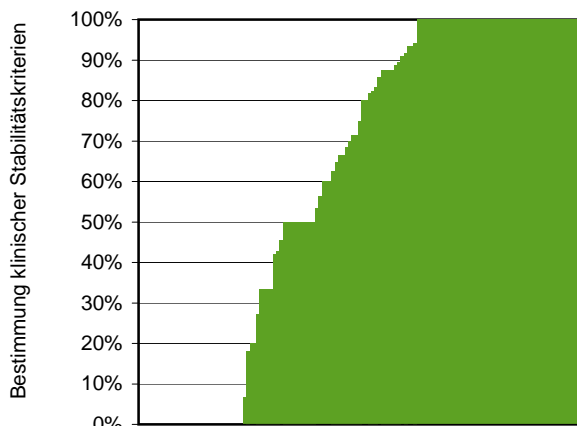


1.220 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 73,2%



Krankenhäuser

134 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

20 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Klinische Stabilitätskriterien

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)¹

Kennzahl-ID: 2008/PNEU/68138

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

| | Gesamt 2008 | |
|---|-----------------|---------------|
| | Anzahl | % |
| nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen | 96.250 / 98.062 | 98,2% |
| Vertrauensbereich | | 98,1% - 98,2% |
| Referenzbereich | | >= 95% |
| Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung | 97.410 / 98.062 | 99,3% |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | 94.654 / 98.062 | 96,5% |
| Spontane Atemfrequenz maximal 24/min | 96.628 / 98.062 | 98,5% |
| Herzfrequenz maximal 100/min | 96.890 / 98.062 | 98,8% |
| Temperatur maximal 37,2°C | 96.327 / 98.062 | 98,2% |
| Sauerstoffsättigung mindestens 90% | 94.481 / 98.062 | 96,3% |
| Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg | 95.899 / 98.062 | 97,8% |

¹ Der Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung erfolgt für das Erfassungsjahr 2008.

Die Ergebnisse sind daher mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar. Erläuterungen dazu auf der Seite Definitionen

| Vorjahresdaten | Gesamt 2007 | |
|--|-----------------|------------------------|
| | Anzahl | % |
| Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich | 95.609 / 98.133 | 97,4% 97,3% - 97,5% |
| Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung | 97.287 / 98.133 | 99,1% |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | 94.033 / 98.133 | 95,8% |
| Spontane Atemfrequenz maximal 24/min | 96.501 / 98.133 | 98,3% |
| Herzfrequenz maximal 100/min | 96.561 / 98.133 | 98,4% |
| Temperatur maximal 37,2°C | 95.386 / 98.133 | 97,2% |
| Sauerstoffsättigung mindestens 90% | 94.127 / 98.133 | 95,9% |
| Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg | 95.906 / 98.133 | 97,7% |

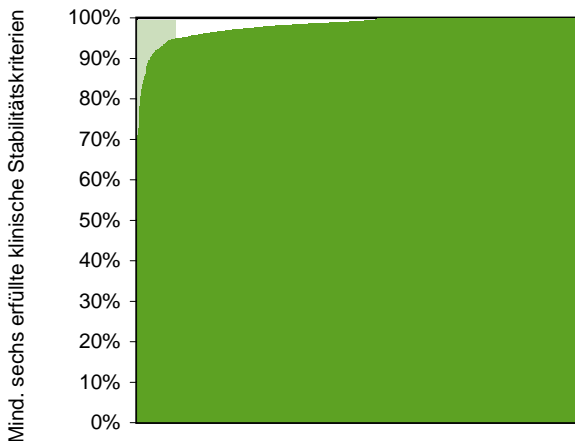
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68138]:

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

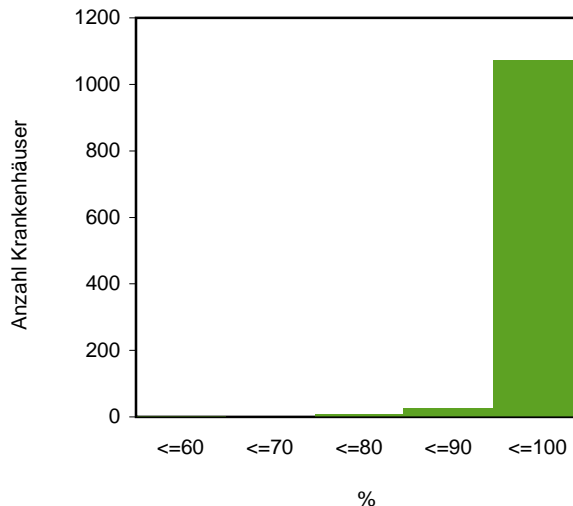
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 48,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,2%



Krankenhäuser

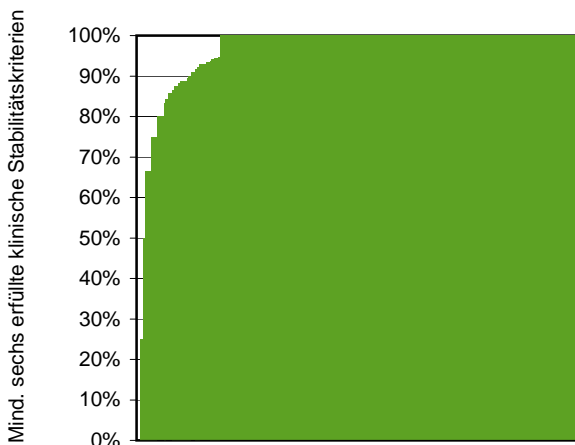


1.107 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

210 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

57 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Krankenhaus-Letalität

| | | |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Niedrige Krankenhaus-Letalität | |
| Grundgesamtheit: | Gruppe 1: | Alle Patienten |
| | Gruppe 2: | Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) |
| Kennzahl-ID: | Gruppe 2: | 2008/PNEU/68149 |
| Referenzbereich: | Gruppe 2: | <= 19,3% (Toleranzbereich; 90%-Perzentil) |

| | | Gesamt 2008 | |
|----------|-----------------------|------------------|---------------|
| | | Anzahl | % |
| Gruppe 1 | Verstorbene Patienten | 30.373 / 211.708 | 14,3% |
| Gruppe 2 | Verstorbene Patienten | 25.342 / 197.033 | 12,9% |
| | Vertrauensbereich | | 12,7% - 13,0% |
| | Referenzbereich | | <= 19,3% |

| Vorjahresdaten | | Gesamt 2007 | |
|-----------------------|-----------------------|------------------|-------|
| | | Anzahl | % |
| Gruppe 1 | Verstorbene Patienten | 29.230 / 210.299 | 13,9% |
| Gruppe 2 ¹ | Verstorbene Patienten | - | - |
| | Vertrauensbereich | - | - |

¹ Vorjahresergebnisse können wegen des in 2008 neu eingeführten Datenfeldes 24 nicht ermittelt werden.

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)

Kennzahl-ID:
 Gruppe 2:
 Risikoklasse 1: 2008/PNEU/69948
 Risikoklasse 2: 2008/PNEU/69950
 Risikoklasse 3: 2008/PNEU/69952

Referenzbereich:
 Gruppe 2:
 Risikoklasse 1: <= 7,5% (Toleranzbereich; 90%-Perzentil)
 Risikoklasse 2: <= 19,4% (Toleranzbereich; 90%-Perzentil)
 Risikoklasse 3: <= 51,9% (Toleranzbereich; 90%-Perzentil)

| | Gesamt 2008 | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Gruppe 1 | | | |
| Verstorbene Patienten | 996 / 32.579 3,1% | 22.965 / 162.205 14,2% | 6.412 / 16.924 37,9% |
| Gruppe 2 | | | |
| Verstorbene Patienten | 875 / 30.989 2,8% | 19.397 / 151.153 12,8% | 5.070 / 14.891 34,0% |
| Vertrauensbereich | 2,6% - 3,0% | 12,7% - 13,0% | 33,3% - 34,8% |
| Referenzbereich | <= 7,5% | <= 19,4% | <= 51,9% |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2007 | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|
| | Risikoklasse 1 | Risikoklasse 2 | Risikoklasse 3 |
| Gruppe 1 ¹ | | | |
| Verstorbene Patienten | 984 / 33.533 2,9% | 21.862 / 159.242 13,7% | 6.384 / 17.524 36,4% |
| Gruppe 2 ² | | | |
| Verstorbene Patienten | - | - | - |
| Vertrauensbereich | - | - | - |

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 berechnet und weichen deshalb von den BQS-Auswertungen 2007 ab.

² Vorjahresergebnisse können wegen des in 2008 neu eingeführten Datenfeldes 24 nicht ermittelt werden.

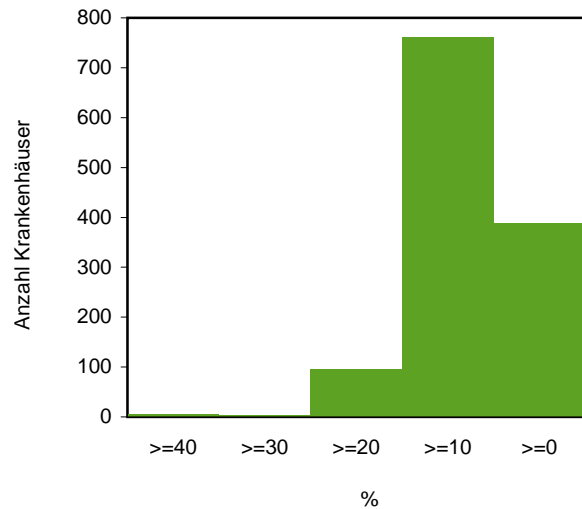
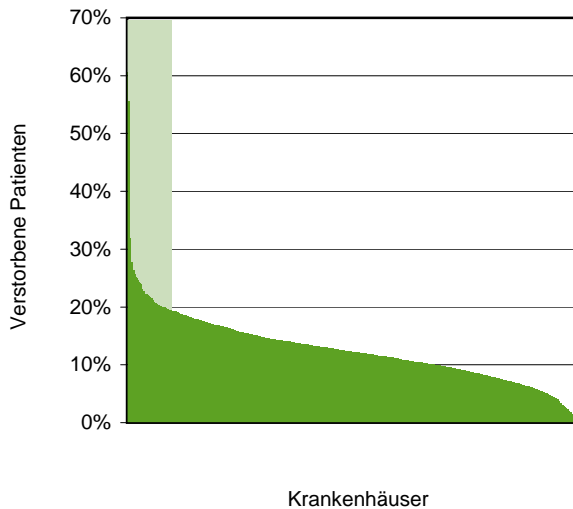
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68149]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 60,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 12,2%

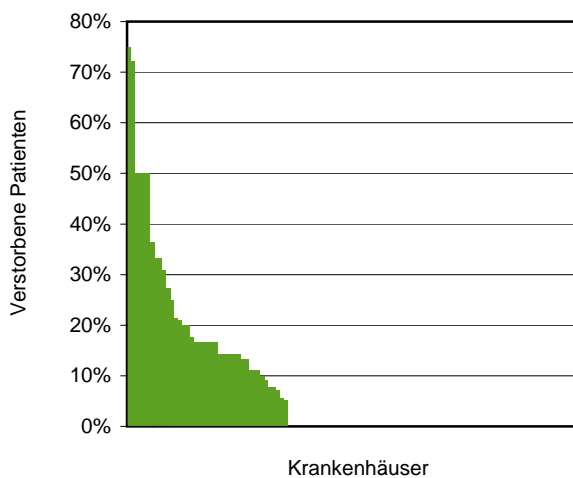


1.253 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 75,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



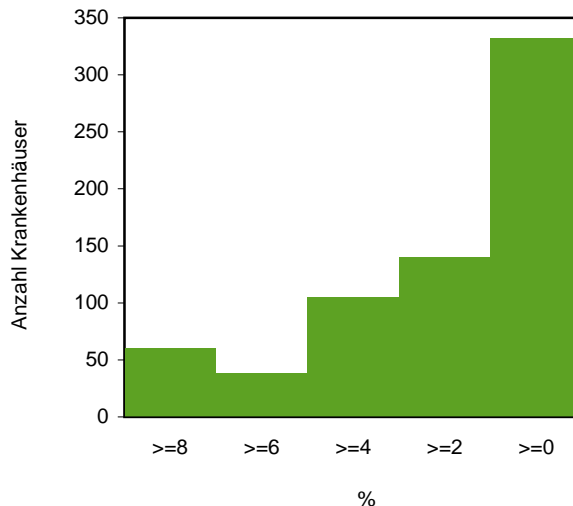
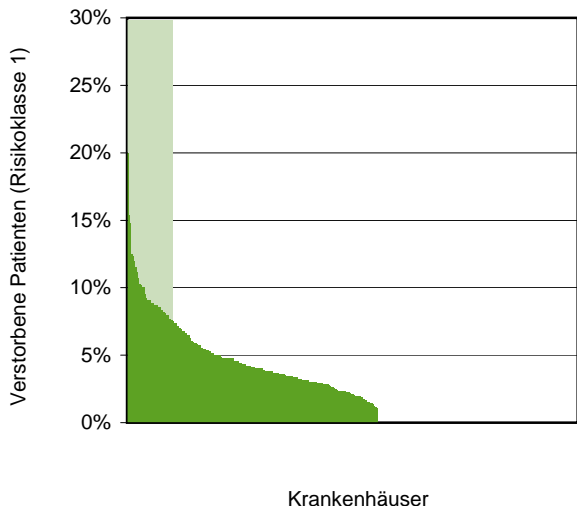
115 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69948]:
 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:

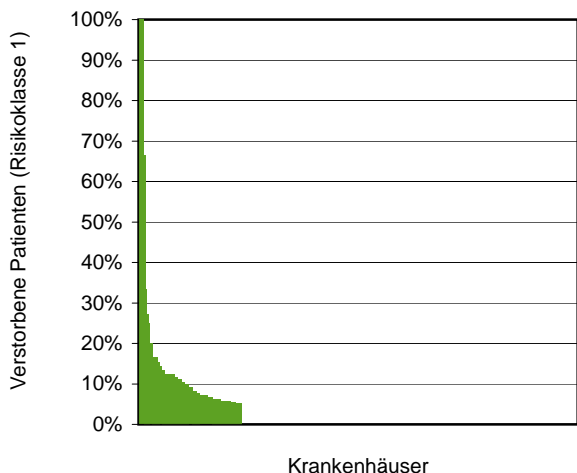
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 20,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 2,1%



675 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



631 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

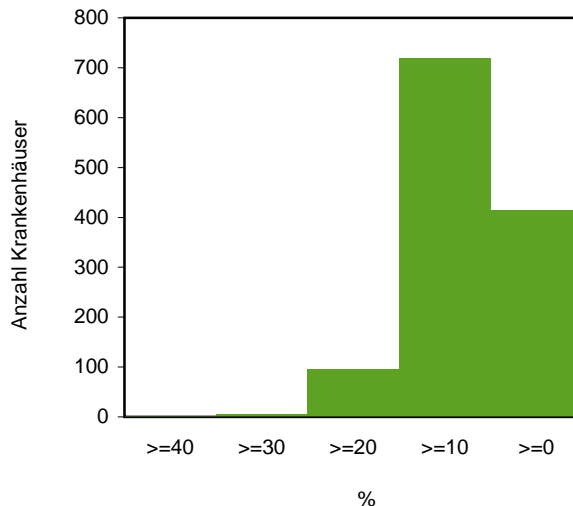
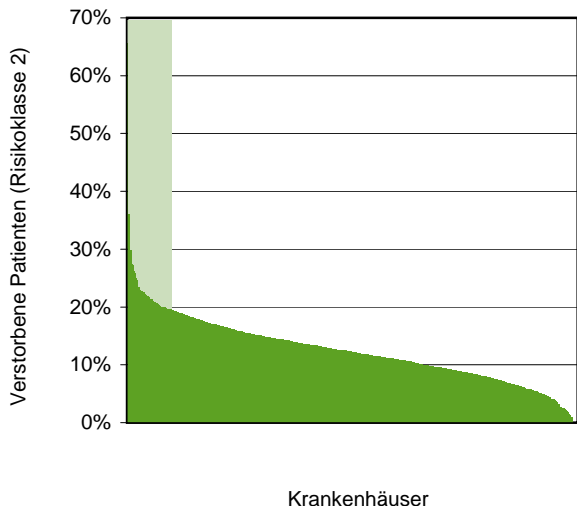
68 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69950]:
 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:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 65,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 12,2%

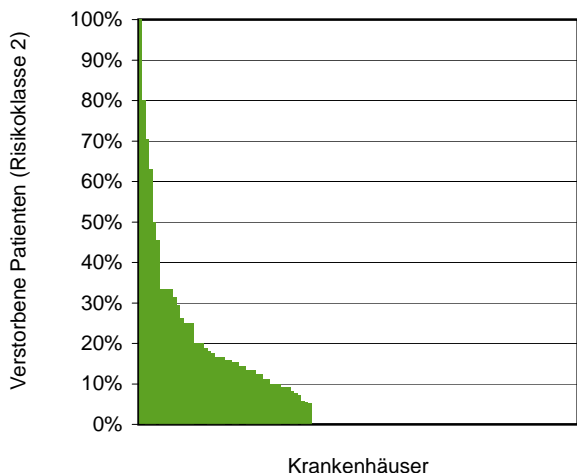


1.232 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



127 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

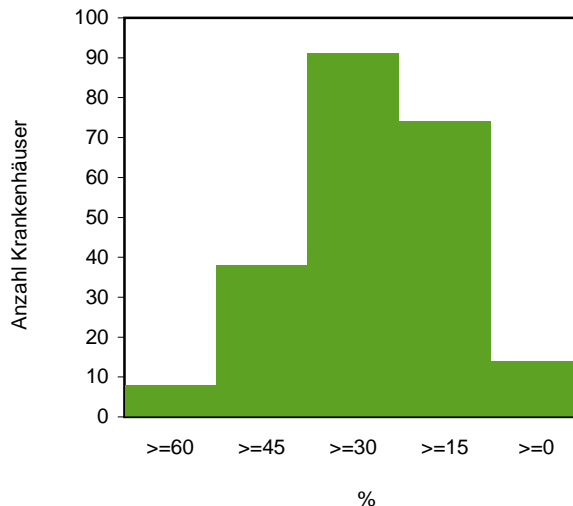
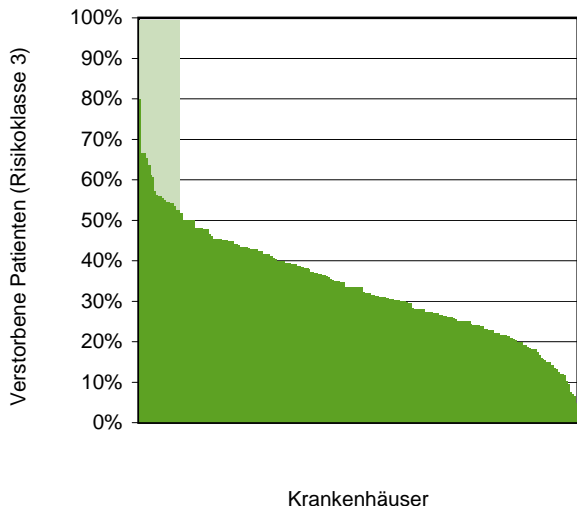
15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69952]:
 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:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 4,8% - 80,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 33,3%

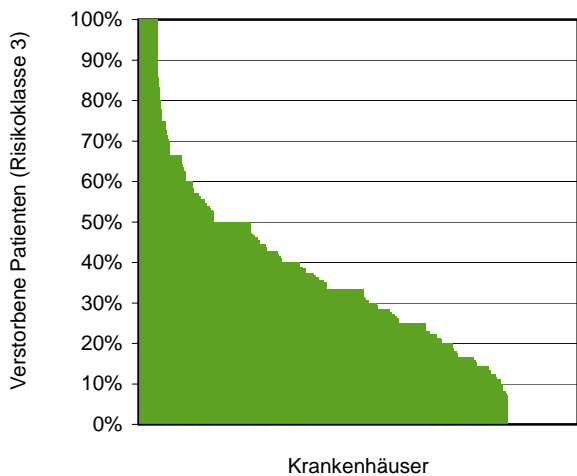


225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 33,3%



1.024 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

125 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

| Gruppe 1 | Gesamt 2008 | |
|-------------------------------------|-----------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Patienten mit gültiger Altersangabe | 211.706 | |
| 18 - 19 Jahre | 6 / 458 | 1,3% |
| 20 - 29 Jahre | 55 / 3.495 | 1,6% |
| 30 - 39 Jahre | 89 / 5.632 | 1,6% |
| 40 - 49 Jahre | 388 / 10.660 | 3,6% |
| 50 - 59 Jahre | 1.043 / 16.040 | 6,5% |
| 60 - 69 Jahre | 2.969 / 30.198 | 9,8% |
| 70 - 79 Jahre | 7.814 / 57.424 | 13,6% |
| 80 - 89 Jahre | 13.203 / 68.774 | 19,2% |
| >= 90 Jahre | 4.806 / 19.025 | 25,3% |

| Vorjahresdaten Gruppe 1 | Gesamt 2007 | |
|-------------------------------------|-----------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Patienten mit gültiger Altersangabe | 210.298 | |
| 18 - 19 Jahre | 7 / 576 | 1,2% |
| 20 - 29 Jahre | 52 / 3.999 | 1,3% |
| 30 - 39 Jahre | 82 / 6.498 | 1,3% |
| 40 - 49 Jahre | 371 / 10.550 | 3,5% |
| 50 - 59 Jahre | 1.063 / 15.726 | 6,8% |
| 60 - 69 Jahre | 2.935 / 31.080 | 9,4% |
| 70 - 79 Jahre | 7.540 / 57.087 | 13,2% |
| 80 - 89 Jahre | 12.205 / 64.898 | 18,8% |
| >= 90 Jahre | 4.975 / 19.884 | 25,0% |

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

| Gruppe 2 | Gesamt 2008 | |
|-------------------------------------|-----------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Patienten mit gültiger Altersangabe | 197.031 | |
| 18 - 19 Jahre | 4 / 442 | 0,9% |
| 20 - 29 Jahre | 43 / 3.336 | 1,3% |
| 30 - 39 Jahre | 78 / 5.386 | 1,4% |
| 40 - 49 Jahre | 314 / 10.108 | 3,1% |
| 50 - 59 Jahre | 904 / 15.180 | 6,0% |
| 60 - 69 Jahre | 2.479 / 28.339 | 8,7% |
| 70 - 79 Jahre | 6.584 / 53.652 | 12,3% |
| 80 - 89 Jahre | 10.937 / 63.311 | 17,3% |
| >= 90 Jahre | 3.999 / 17.277 | 23,1% |

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

| Gruppe 1 | Gesamt 2008 | |
|---|------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe | 30.373 / 211.706 | |
| 18 - 19 Jahre | 6 / 30.373 | 0,0% |
| 20 - 29 Jahre | 55 / 30.373 | 0,2% |
| 30 - 39 Jahre | 89 / 30.373 | 0,3% |
| 40 - 49 Jahre | 388 / 30.373 | 1,3% |
| 50 - 59 Jahre | 1.043 / 30.373 | 3,4% |
| 60 - 69 Jahre | 2.969 / 30.373 | 9,8% |
| 70 - 79 Jahre | 7.814 / 30.373 | 25,7% |
| 80 - 89 Jahre | 13.203 / 30.373 | 43,5% |
| >= 90 Jahre | 4.806 / 30.373 | 15,8% |

| Vorjahresdaten Gruppe 1 | Gesamt 2007 | |
|---|------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe | 29.230 / 210.298 | |
| 18 - 19 Jahre | 7 / 29.230 | 0,0% |
| 20 - 29 Jahre | 52 / 29.230 | 0,2% |
| 30 - 39 Jahre | 82 / 29.230 | 0,3% |
| 40 - 49 Jahre | 371 / 29.230 | 1,3% |
| 50 - 59 Jahre | 1.063 / 29.230 | 3,6% |
| 60 - 69 Jahre | 2.935 / 29.230 | 10,0% |
| 70 - 79 Jahre | 7.540 / 29.230 | 25,8% |
| 80 - 89 Jahre | 12.205 / 29.230 | 41,8% |
| >= 90 Jahre | 4.975 / 29.230 | 17,0% |

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

| Gruppe 2 | Gesamt 2008 | |
|---|------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe | 25.342 / 197.031 | |
| 18 - 19 Jahre | 4 / 25.342 | 0,0% |
| 20 - 29 Jahre | 43 / 25.342 | 0,2% |
| 30 - 39 Jahre | 78 / 25.342 | 0,3% |
| 40 - 49 Jahre | 314 / 25.342 | 1,2% |
| 50 - 59 Jahre | 904 / 25.342 | 3,6% |
| 60 - 69 Jahre | 2.479 / 25.342 | 9,8% |
| 70 - 79 Jahre | 6.584 / 25.342 | 26,0% |
| 80 - 89 Jahre | 10.937 / 25.342 | 43,2% |
| >= 90 Jahre | 3.999 / 25.342 | 15,8% |

BQS-Bundesauswertung 2008 Ambulant erworbene Pneumonie

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 1.374
Anzahl Datensätze Gesamt: 211.708
Datensatzversion: PNEU 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D7516-L59091-P25886

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

Basisdaten

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---------------------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | |
| 1. Quartal | 65.266 | 30,8 | 64.650 | 30,7 |
| 2. Quartal | 50.777 | 24,0 | 49.906 | 23,7 |
| 3. Quartal | 43.534 | 20,6 | 43.173 | 20,5 |
| 4. Quartal | 52.131 | 24,6 | 52.570 | 25,0 |
| Gesamt | 211.708 | | 210.299 | |

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

Behandlungszeit

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|-----|-------------|-----|
| | Anzahl | | Anzahl | |
| Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 211.708 | | 210.299 | |
| Median | | 9,0 | | 9,0 |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2008

| | | |
|---|--------|---|
| 1 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| 2 | J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| 3 | I10.00 | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| 4 | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| 5 | J69.0 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| 6 | E86 | Volumenmangel |
| 7 | R15 | Stuhlinkontinenz |
| 8 | E87.6 | Hypokaliämie |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Gesamt 2008 | | | Gesamt 2007 | | |
|---|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | ICD | Anzahl | % ² | ICD | Anzahl | % ² |
| 1 | J18.9 | 50.568 | 23,9 | J18.0 | 50.497 | 24,0 |
| 2 | J18.0 | 47.851 | 22,6 | J18.9 | 49.748 | 23,7 |
| 3 | I10.00 | 33.721 | 15,9 | J18.1 | 28.919 | 13,8 |
| 4 | J18.1 | 29.708 | 14,0 | I10.00 | 27.304 | 13,0 |
| 5 | J69.0 | 23.668 | 11,2 | J69.0 | 22.761 | 10,8 |
| 6 | E86 | 23.631 | 11,2 | R32 | 22.686 | 10,8 |
| 7 | R15 | 22.453 | 10,6 | E86 | 21.481 | 10,2 |
| 8 | E87.6 | 21.081 | 10,0 | R15 | 21.140 | 10,1 |

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2007 und ICD-10-GM 2008 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

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|--|-------------------|------|-------------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Altersverteilung (Jahre) | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | 211.706 / 211.706 | | 210.298 / 210.298 | |
| 18 - 19 Jahre | 458 / 211.706 | 0,2 | 576 / 210.298 | 0,3 |
| 20 - 29 Jahre | 3.495 / 211.706 | 1,7 | 3.999 / 210.298 | 1,9 |
| 30 - 39 Jahre | 5.632 / 211.706 | 2,7 | 6.498 / 210.298 | 3,1 |
| 40 - 49 Jahre | 10.660 / 211.706 | 5,0 | 10.550 / 210.298 | 5,0 |
| 50 - 59 Jahre | 16.040 / 211.706 | 7,6 | 15.726 / 210.298 | 7,5 |
| 60 - 69 Jahre | 30.198 / 211.706 | 14,3 | 31.080 / 210.298 | 14,8 |
| 70 - 79 Jahre | 57.424 / 211.706 | 27,1 | 57.087 / 210.298 | 27,1 |
| 80 - 89 Jahre | 68.774 / 211.706 | 32,5 | 64.898 / 210.298 | 30,9 |
| >= 90 Jahre | 19.025 / 211.706 | 9,0 | 19.884 / 210.298 | 9,5 |
| Alter (Jahre) | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | 211.706 | | 210.298 | |
| Median | | 77,0 | | 77,0 |
| Geschlecht | | | | |
| männlich | 118.158 | 55,8 | 116.183 | 55,2 |
| weiblich | 93.550 | 44,2 | 94.116 | 44,8 |



Aufnahme

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | 46.629 | 22,0 | 47.677 | 22,7 |
| Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung | 9.742 | 4,6 | 9.905 | 4,7 |
| Chronische Bettlägerigkeit | 53.965 | 25,5 | 54.435 | 25,9 |
| Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung wenn nein | 4.074 | 1,9 | 4.576 | 2,2 |
| Desorientierung (bei Aufnahme) | | | | |
| pneumoniebedingt | 17.787 | 8,6 | 18.584 | 9,0 |
| nicht pneumoniebedingt | 56.750 | 27,3 | 54.354 | 26,4 |
| Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min) | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben | 207.634 | | 205.723 | |
| Median | | 22,0 | | 21,0 |
| Mittelwert | | 22,3 | | 22,3 |
| Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg) | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben | 207.634 | | 205.723 | |
| Median | | 130,0 | | 130,0 |
| Mittelwert | | 129,4 | | 129,6 |
| Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg) | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben | 207.634 | | 205.723 | |
| Median | | 75,0 | | 75,0 |
| Mittelwert | | 74,3 | | 74,6 |

Aufnahme (Fortsetzung)

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | | | |
| weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie | 14.415 | 6,8 | 23.905 | 11,4 |
| innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme | 184.310 | 87,1 | 169.348 | 80,5 |
| 4 bis unter 8 Stunden | 5.805 | 2,7 | 7.595 | 3,6 |
| 8 Stunden und später | 7.178 | 3,4 | 9.451 | 4,5 |
| Initiale antimikrobielle Therapie | | | | |
| keine antimikrobielle Therapie | 4.549 | 2,1 | 4.985 | 2,4 |
| innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme | 178.929 | 84,5 | 174.684 | 83,1 |
| 4 bis unter 8 Stunden | 15.280 | 7,2 | 16.703 | 7,9 |
| 8 Stunden und später | 12.950 | 6,1 | 13.927 | 6,6 |

Verlauf

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Beginn der Mobilisation | | | | |
| keine Mobilisation | 39.948 | 18,9 | 41.189 | 19,6 |
| innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme | 142.816 | 67,5 | 137.206 | 65,2 |
| nach 24 Stunden und später | 28.944 | 13,7 | 31.904 | 15,2 |
| Verlaufskontrolle | | | | |
| C-reaktives Protein im Serum am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme | | | | |
| wenn ja | 184.182 | 87,0 | 179.566 | 85,4 |
| Abfall des C-reaktiven Proteins am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme | 156.016 | 84,7 | 151.404 | 84,3 |
| wenn kein Abfall des C-reaktiven Proteins i. S.: Änderung des diagnostischen und/oder therapeutischen Vorgehens | 21.188 | 75,2 | 20.477 | 72,7 |
| Maschinelle Beatmung | | | | |
| nein | 198.627 | 93,8 | 198.009 | 94,2 |
| ja, ausschließlich nicht-invasiv | 4.109 | 1,9 | 3.503 | 1,7 |
| ja, ausschließlich invasiv | 5.323 | 2,5 | 5.459 | 2,6 |
| ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv | 3.649 | 1,7 | 3.328 | 1,6 |
| wenn ja | | | | |
| Dauer (Stunden) | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 13.081 | | 12.290 | |
| Median | | 79,0 | | 90,0 |
| Mittelwert | | 182,0 | | 200,1 |
| Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden | 876 | 0,4 | 1.038 | 0,5 |
| Dauer der Beatmung (Median in Stunden) | | 161,5 | | 164,0 |
| Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule | 12.039 | 92,0 | 11.337 | 92,2 |

Verlauf (Fortsetzung)

| | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|--|------------------|-----|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Wurde schriftlich in der Patientenakte dokumentiert, dass im Einvernehmen mit dem Patienten oder der bevollmächtigten bzw. betreuenden Person auf die antimikrobielle Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde? ¹ | 14.675 / 211.708 | 6,9 | - | - |

¹ Datenfeld wird erst seit 01.01.2008 erhoben



Entlassung

| Entlassungsgrund ¹ | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|--|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 01: regulär beendet | 137.878 | 65,1 | 148.898 | 70,8 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | 2.645 | 1,2 | 2.783 | 1,3 |
| 03: aus sonstigen Gründen | 454 | 0,2 | 474 | 0,2 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | 2.313 | 1,1 | 2.339 | 1,1 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | 18 | 0,0 | 21 | 0,0 |
| 06: Verlegung | 7.404 | 3,5 | 7.239 | 3,4 |
| 07: Tod | 30.373 | 14,3 | 29.230 | 13,9 |
| 08: Verlegung nach § 14 | 502 | 0,2 | 436 | 0,2 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | 2.733 | 1,3 | 2.907 | 1,4 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | 26.106 | 12,3 | 14.686 | 7,0 |
| 11: in Hospiz | 216 | 0,1 | 176 | 0,1 |
| 12: interne Verlegung | 215 | 0,1 | 220 | 0,1 |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | 184 | 0,1 | 205 | 0,1 |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung | 74 | 0,0 | 73 | 0,0 |
| 15: gegen ärztlichen Rat | 68 | 0,0 | 62 | 0,0 |
| 16: externe Verlegung | 43 | 0,0 | 19 | 0,0 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG) | 332 | 0,2 | 358 | 0,2 |
| 18: Rückverlegung | 45 | 0,0 | 82 | 0,0 |
| 19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung | 33 | 0,0 | 34 | 0,0 |
| 20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation | 5 | 0,0 | 8 | 0,0 |
| 21: Wiederaufnahme | 44 | 0,0 | 49 | 0,0 |
| 22: Fallabschluss ² | 23 | 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 BpflV 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 BpflV 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 BpflV) | 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 | |

² Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.

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) | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | | Anzahl | |
| Patienten, die maschinell beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 8.255 | 70,0 | 7.539 | 72,0 |
| Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 2.318 | 176,0 | 2.087 | 172,0 |
| Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 3.341 | 24,0 | 2.826 | 24,0 |
| Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 2.596 | 105,5 | 2.626 | 111,0 |
| davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 281 | 133,0 | 305 | 113,0 |
| Risikoklasse 2 (CRB-65)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 1.881 | 101,0 | 1.859 | 114,0 |
| Risikoklasse 3 (CRB-65)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median | 434 | 106,0 | 462 | 101,0 |

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

² Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 errechnet und weichen deshalb von den BQS-Auswertungen 2007 ab.

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) | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|--|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | Median | Anzahl | Median |
| Patienten, die maschinell beatmet wurden | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 2.553 | | 2.254 | |
| Median | | 9,0 | | 8,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 2.202 | | 1.965 | |
| Median | | 51,0 | | 50,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 728 | | 704 | |
| Median | | 120,0 | | 120,0 |
| > 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 2.772 | | 2.616 | |
| Median | | 307,0 | | 312,0 |
| Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 271 | | 230 | |
| Median | | 12,0 | | 12,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 491 | | 418 | |
| Median | | 60,0 | | 56,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 226 | | 265 | |
| Median | | 120,0 | | 120,0 |
| > 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 1.330 | | 1.174 | |
| Median | | 327,0 | | 340,0 |

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

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) | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | Median | Anzahl | Median |
| Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 1.671 | | 1.436 | |
| Median | | 9,0 | | 8,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 1.080 | | 896 | |
| Median | | 48,0 | | 48,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 256 | | 185 | |
| Median | | 118,0 | | 120,0 |
| > 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 334 | | 309 | |
| Median | | 224,0 | | 241,0 |
| Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden | | | | |
| <= 24 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 611 | | 588 | |
| Median | | 8,0 | | 7,0 |
| 25 - 96 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 631 | | 651 | |
| Median | | 53,0 | | 55,0 |
| 97 - 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 246 | | 254 | |
| Median | | 120,0 | | 120,0 |
| > 144 Stunden | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | 1.108 | | 1.133 | |
| Median | | 313,5 | | 317,0 |

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung

| PEEP bei invasiver maschineller Beatmung | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|--|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden | 5.323 | 2,5 | 5.459 | 2,6 |
| davon Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O | 5.053 | 94,9 | 5.200 | 95,3 |

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

| Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7) | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflege- einrichtung erfolgte | 147.008 | 81,1 | 145.183 | 80,2 |
| davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden | 3.983 | 2,7 | 3.373 | 2,3 |

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

| Wenn Entlassungsgrund 1, 2, 3, 13 oder 14 (Patient regulär entlassen) | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl Patienten | 141.235 | | 152.433 | |
| Desorientierung | | | | |
| pneumoniebedingt | 949 | 0,7 | 1.278 | 0,8 |
| nicht pneumoniebedingt | 23.140 | 16,4 | 29.496 | 19,4 |
| Stabile orale und/oder enterale Nahrungsauf- nahme | 135.811 | 96,2 | 145.547 | 95,5 |
| Spontane Atemfrequenz | | | | |
| maximal 24/min (0 - 24/min) | 122.304 | 86,6 | 127.474 | 83,6 |
| über 24/min (25/min oder mehr) | 1.755 | 1,2 | 2.009 | 1,3 |
| nicht bestimmt | 17.176 | 12,2 | 22.950 | 15,1 |
| Herzfrequenz | | | | |
| maximal 100/min (0 - 100/min) | 136.908 | 96,9 | 146.992 | 96,4 |
| über 100/min (101/min oder mehr) | 1.887 | 1,3 | 2.411 | 1,6 |
| nicht bestimmt | 2.440 | 1,7 | 3.030 | 2,0 |
| Temperatur | | | | |
| maximal 37,2° C (0 - 37,2° C) | 136.426 | 96,6 | 145.230 | 95,3 |
| über 37,2° C (37,3° C oder mehr) | 2.842 | 2,0 | 4.451 | 2,9 |
| nicht bestimmt | 1.967 | 1,4 | 2.752 | 1,8 |
| Sauerstoffsättigung | | | | |
| unter 90% (0 - 89%) | 4.253 | 3,0 | 4.524 | 3,0 |
| mindestens 90% (90 - 100%) | 105.181 | 74,5 | 100.129 | 65,7 |
| nicht bestimmt | 31.801 | 22,5 | 47.780 | 31,3 |
| Blutdruck systolisch | | | | |
| unter 90 mmHg (0 - 89 mmHg) | 3.505 | 2,5 | 3.992 | 2,6 |
| mindestens 90 mmHg (90 - 350 mmHg) | 135.271 | 95,8 | 145.075 | 95,2 |
| nicht bestimmt | 2.459 | 1,7 | 3.366 | 2,2 |

Letalität

| Alle Patienten | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|--|------------------|------|------------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten | | | | |
| Alle Patienten | 30.373 / 211.708 | 14,3 | 29.230 / 210.299 | 13,9 |
| Patienten mit: | | | | |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | 12.302 / 46.629 | 26,4 | 11.791 / 47.677 | 24,7 |
| Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | 1.561 / 4.074 | 38,3 | 1.640 / 4.576 | 35,8 |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus | 1.704 / 9.742 | 17,5 | 1.823 / 9.905 | 18,4 |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus | 28.669 / 201.966 | 14,2 | 27.407 / 200.394 | 13,7 |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | 285 / 876 | 32,5 | 322 / 1.038 | 31,0 |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung | 16.367 / 155.337 | 10,5 | 15.616 / 152.717 | 10,2 |
| Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts | 4.999 / 13.081 | 38,2 | 4.684 / 12.290 | 38,1 |

Letalität (Fortsetzung)

| Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung ¹ | Gesamt 2008 | | Gesamt 2007 | |
|---|------------------|------|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Verstorbene Patienten | | | | |
| Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung | 25.342 / 197.033 | 12,9 | - | - |
| Patienten mit: | | | | |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | 10.197 / 42.367 | 24,1 | - | - |
| Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | 1.247 / 3.565 | 35,0 | - | - |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus | 1.387 / 8.930 | 15,5 | - | - |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus | 23.955 / 188.103 | 12,7 | - | - |
| Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung | 225 / 783 | 28,7 | - | - |
| Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung | 13.758 / 145.736 | 9,4 | - | - |
| Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts | 4.142 / 11.734 | 35,3 | - | - |

¹ Datenfeld wird erst seit 01.01.2008 erhoben

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 Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl 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.

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. 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 - 11,8% |

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z. B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle (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 oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl 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 BQS-Bundesdatenpools 2008.

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 anscheinend 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 anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 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 der BQS-Bundesauswertung 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 überarbeitet worden sind.

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

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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

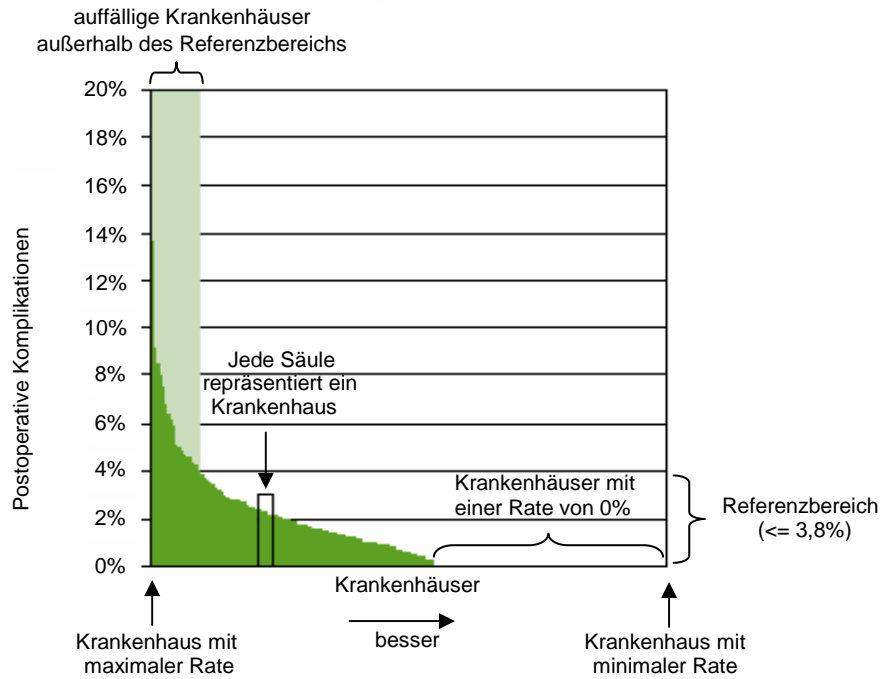
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

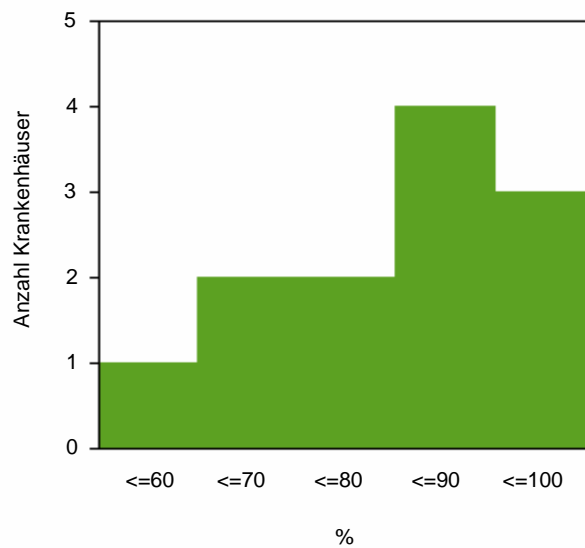
Beispiel:

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. 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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil 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.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

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 der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.