

# Musterauswertung 2005

## Ambulant erworbene Pneumonie

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Datensatzversion: PNEU 2005 8.0  
Datenbankstand:  
2005 - D3660-L25806-P15477

# Musterauswertung 2005 Ambulant erworbene Pneumonie

## Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Datensatzversion: PNEU 2005 8.0  
Datenbankstand:  
2005 - D3660-L25806-P15477

# Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Abweichung <sup>1</sup>	Seite
<b>QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>						
Alle Patienten	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.1
Alle Patienten, die <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.1
Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.1
<b>QI 2: Antimikrobielle Therapie</b>						
Alle Patienten, die <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.5
<b>QI 3: Frühmobilisation</b>						
Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.8
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.8
<b>QI 4: Verlaufskontrolle CRP</b>	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.12
<b>QI 5: Anpassung Diagnostik/Therapie</b>						
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.14
Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.14

<sup>1</sup> Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung <sup>1</sup>	Seite
<b>QI 6: Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)</b>						
Ausschließlich invasiv maschinell beatmete Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und bei der Aufnahme nicht invasiv maschinell beatmet wurden	0	0	0	<= x Stunden		1.17
Davon Patienten der:						
Risikoklasse 1 nach CRB-65	0	0	0	<= x Stunden		1.19
Risikoklasse 2 nach CRB-65	0	0	0	<= x Stunden		1.19
Risikoklasse 3 nach CRB-65	0	0	0	<= x Stunden		1.19
<b>QI 7: PEEP bei maschineller Beatmung</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.24
<b>QI 8: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.26
<b>QI 9: Klinische Stabilitätskriterien</b>	0 / 0	0%	0%	>= 95%		1.28
<b>QI 10: Stationäre Pflegeeinrichtung</b>	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.30
<b>QI 11: Krankenhaus-Letalität</b>						
Alle Patienten	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.32
Davon Patienten der:						
Risikoklasse 1 nach CRB-65	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.32
Risikoklasse 2 nach CRB-65	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.32
Risikoklasse 3 nach CRB-65	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.32

<sup>1</sup> Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

## Risikoklassen nach CRB-65 bzw. CURB

---

Die Ergebnisse einiger Qualitätsindikatoren werden nach dem Risiko-Score CRB-65 bzw. CURB stratifiziert ausgewertet. Die Erfassung des CRB-65-Scores bzw. CURB-Scores bei der Aufnahme ermöglicht eine Aussage über die Schwere der Pneumonie und zur Prognose. (Lim et al. 2003; British Thoracic Society 2004; Höffken et al. 2005).

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

1. Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65 bzw. CURB (Sterblichkeit niedrig: ca. 1%)
2. Risikoklasse 2 = 1 - 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65 bzw. CURB (Sterblichkeit mittel: ca. 8%)
3. Risikoklasse 3 = 3 - 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65 bzw. CURB (Sterblichkeit hoch: ca. 31-34%)  
(vgl. Lim et al. 2003; Ewig et al. 2004)

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- Ein Punkt für jedes befundene Kriterium:
  - Desorientiertheit (Mental **C**onfusion)
  - Spontane Atemfrequenz  $\geq 30/\text{min}$  (**R**espiratory rate)
  - Blutdruck (systolisch  $< 90\text{mmHg}$  oder diastolisch  $\leq 60\text{mmHg}$ ) (**B**lood pressure)
  - Alter  $\geq 65$  Jahre

Folgende Kriterien sind Bestandteil des CURB-Scores:

- Ein Punkt für jedes befundene Kriterium:
  - Desorientiertheit (Mental **C**onfusion)
  - Aufnahmewert Harnstoff bzw. Harnstoff-Stickstoff (**U**rea)  $> 7\text{mmol}$
  - Spontane Atemfrequenz  $\geq 30/\text{min}$  (**R**espiratory rate)
  - Blutdruck (systolisch  $< 90\text{mmHg}$  oder diastolisch  $\leq 60\text{mmHg}$ ) (**B**lood pressure)

Beatmete Patienten werden in beiden Scores immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

In erster Linie findet der Risiko-Score CRB-65 in der Auswertung Anwendung.

Bei den Fällen, bei denen der Aufnahme-Harnstoffwert im Blut erhoben wurde, wird zusätzlich der CURB-Score berechnet und ausgewertet.

**Qualitätsindikator 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**

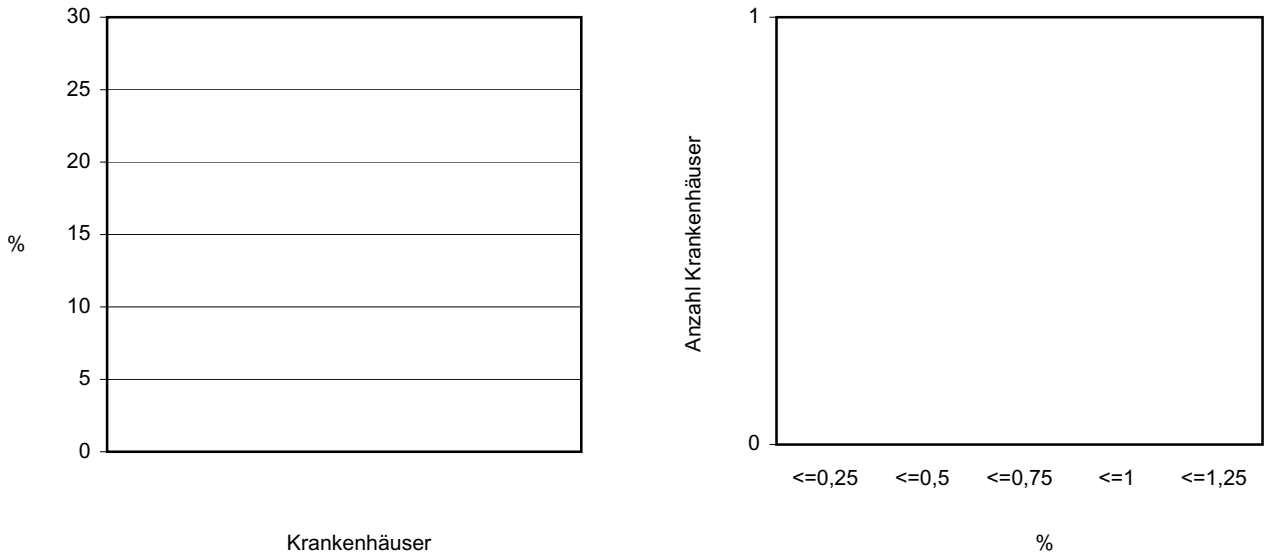
- Qualitätsziel:** Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen
- Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Alle Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden  
 Gruppe 3: Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
- Referenzbereich:**  
 Gruppe 1: = 100%  
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.  
 Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich	= 100%	nicht definiert	nicht definiert

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich	= 100,00%	nicht definiert	nicht definiert

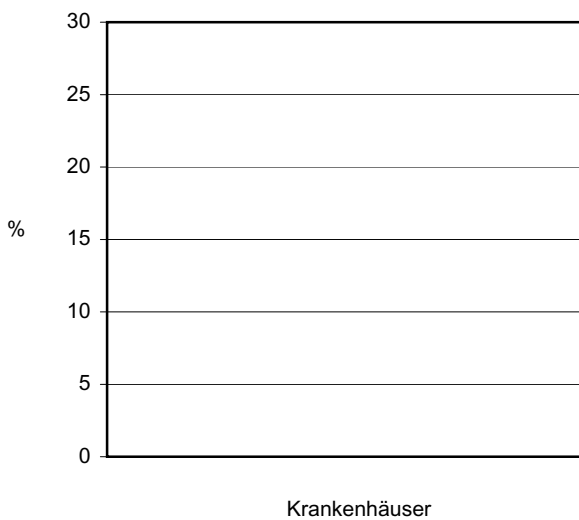
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a]:  
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie  
innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten**  
n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b]:**

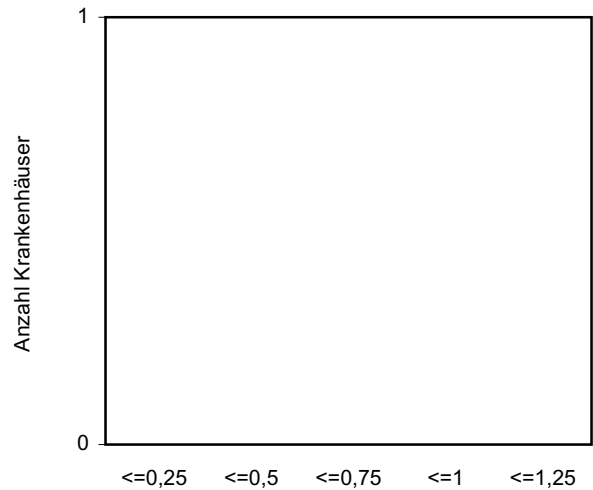
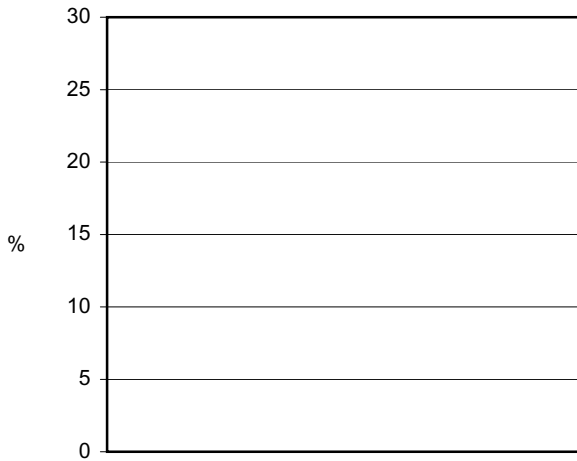
**Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten der Gruppe 2**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

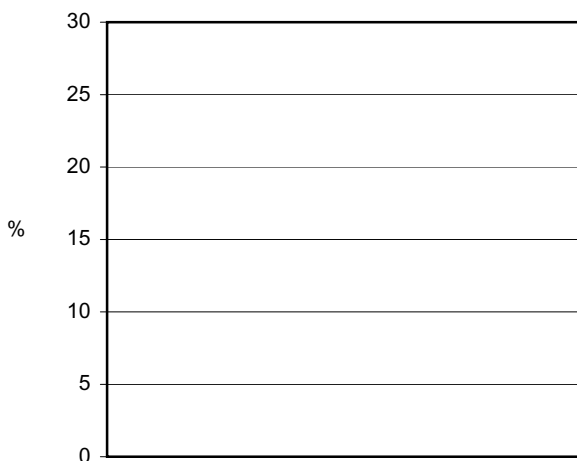
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c]:**

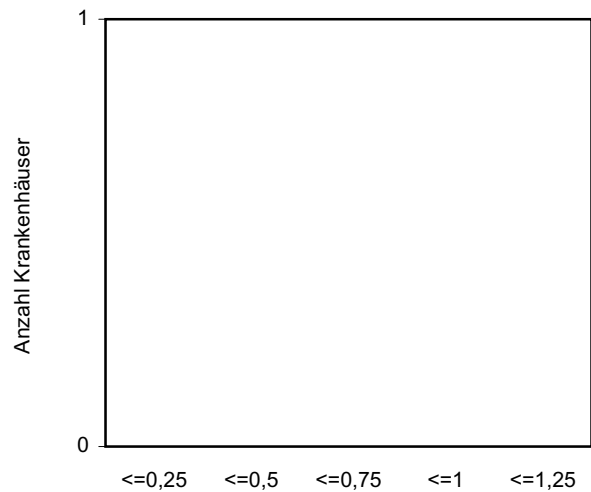
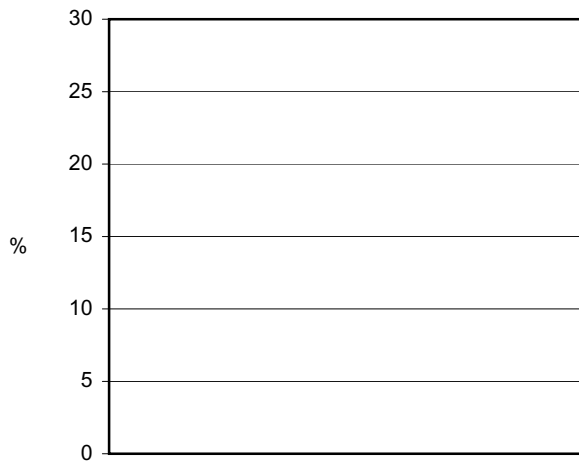
**Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme an Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

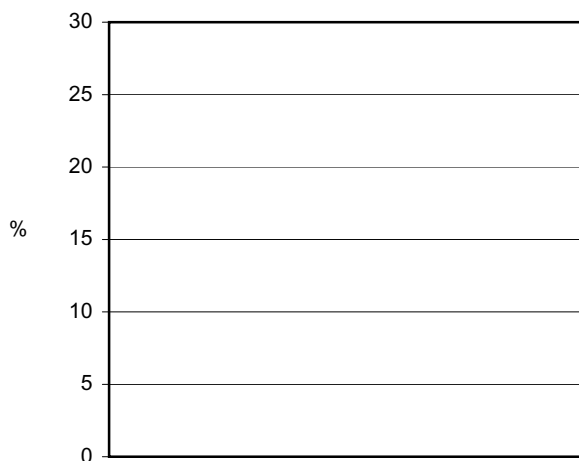
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 2: Antimikrobielle Therapie**

**Qualitätsziel:** Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Alle Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden  
 Gruppe 3: Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

**Referenzbereich:** Gruppe 2:  $\geq x\%$  (10%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	
Referenzbereich		$\geq x\%$	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	
Referenzbereich		$\geq x\%$	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:**

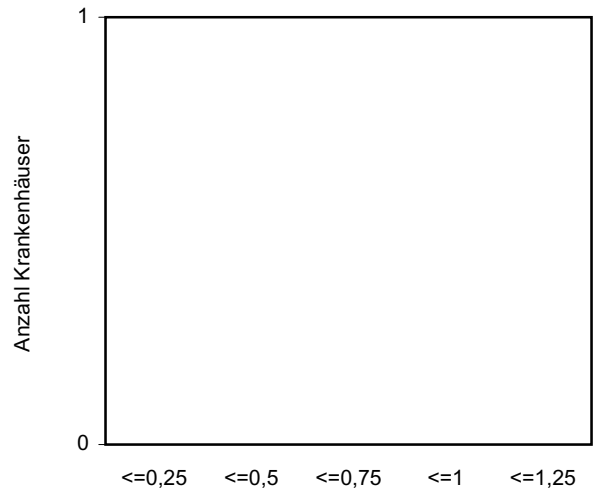
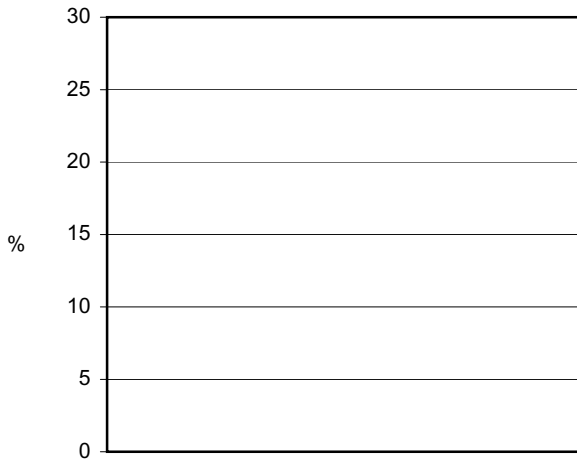
**Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme an Patienten der Gruppe 2**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

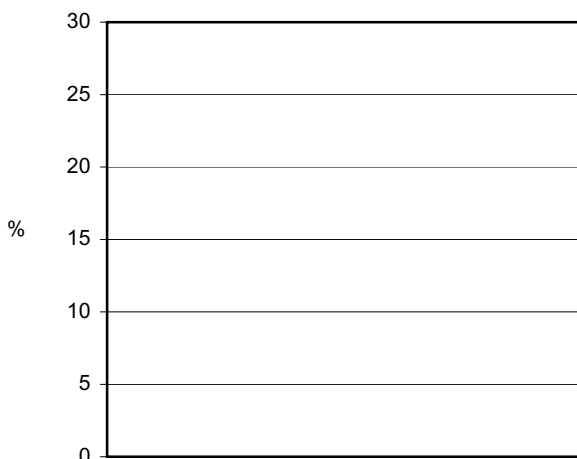
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Risikoklassen nach CRB-65 für die Gruppe 1**

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

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Gesamt 2005			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

**Risikoklassen nach CRB-65 für die Gruppe 2**

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

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Gesamt 2005			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

**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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0	0%	0 / 0	0%

**Risikoklassen nach CRB-65**

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

**Referenzbereich:**  
 Risikoklasse 1: >= x% (10%-Perzentile)  
 Risikoklasse 2: >= x% (10%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	
Referenzbereich	>= x%	>= x%	

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	
Referenzbereich	>= x%	>= x%	

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a]:**

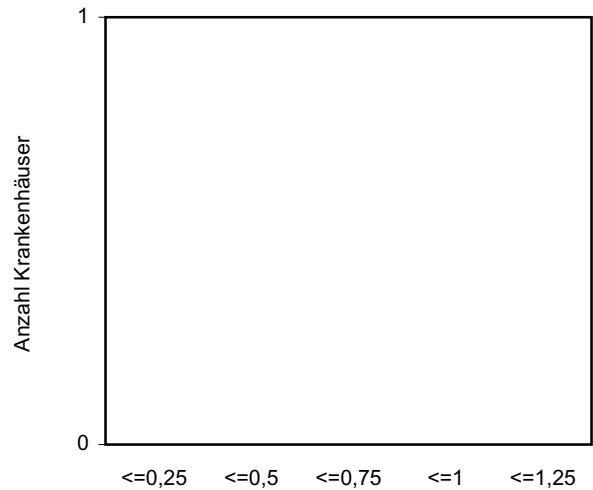
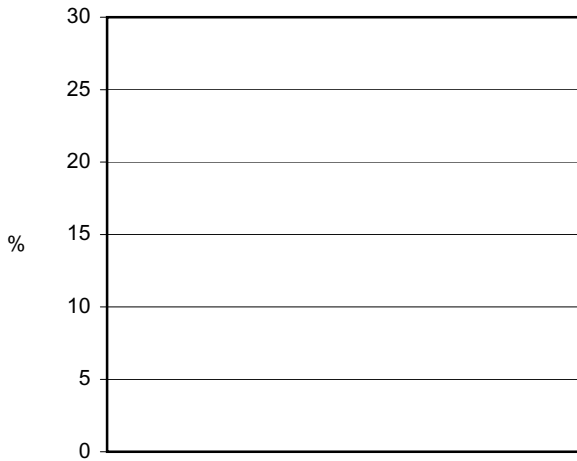
**Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

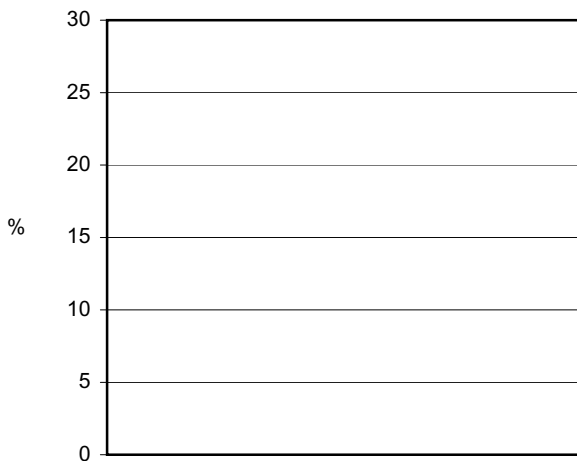
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b]:**

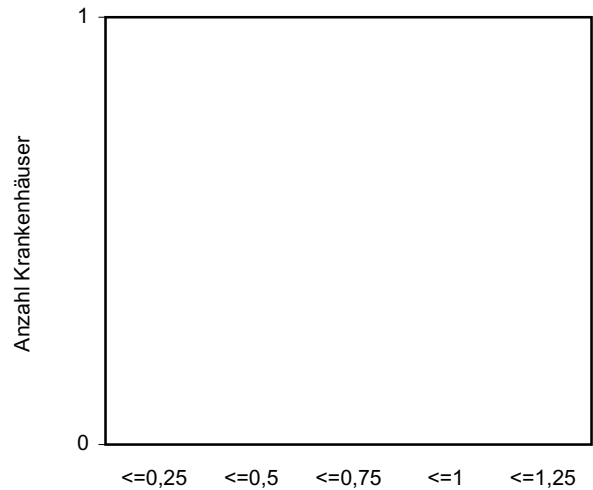
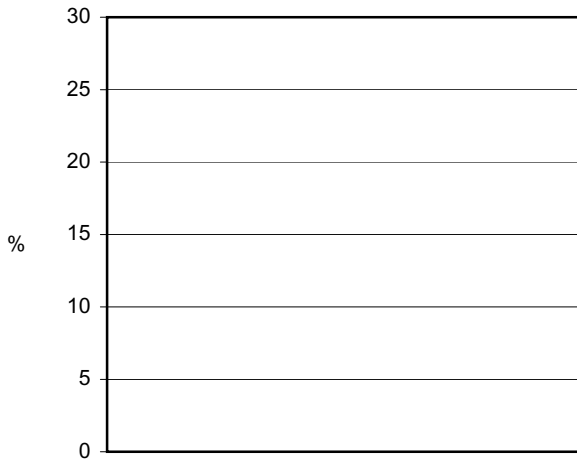
**Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

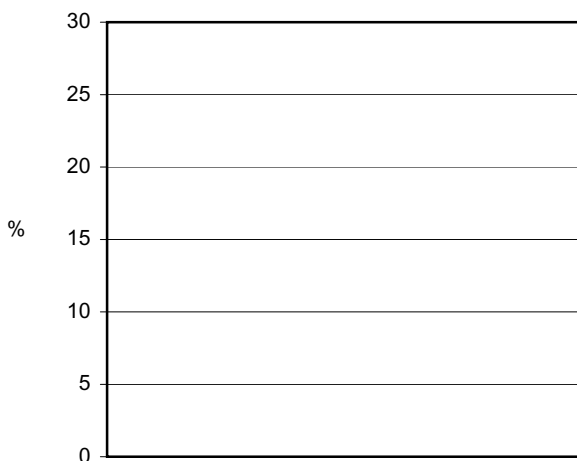
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Risikoklassen nach CURB**

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

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0 0	0 / 0 0	0 / 0 0

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	0 / 0 0	0 / 0 0	0 / 0 0

**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)

**Referenzbereich:** >= x% (10%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4]:**

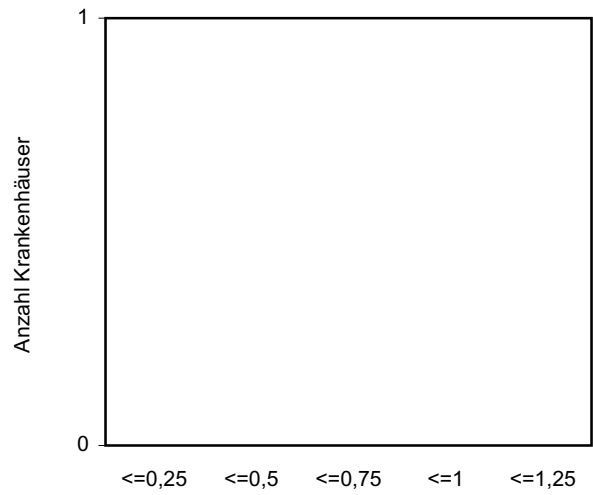
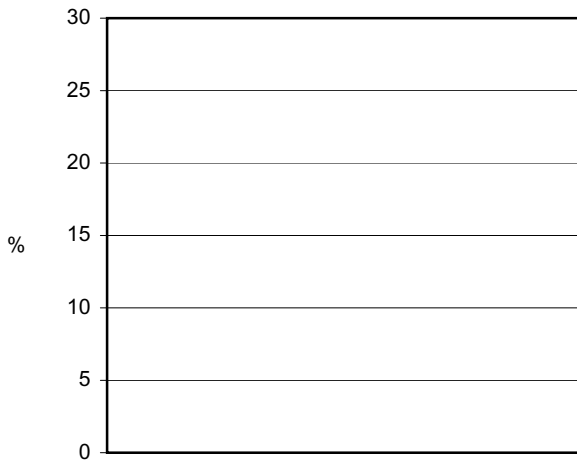
**Anteil von Patienten, bei denen das CRP bestimmt ist, an Patienten mit Verweildauer  $\geq 4$  Tage**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

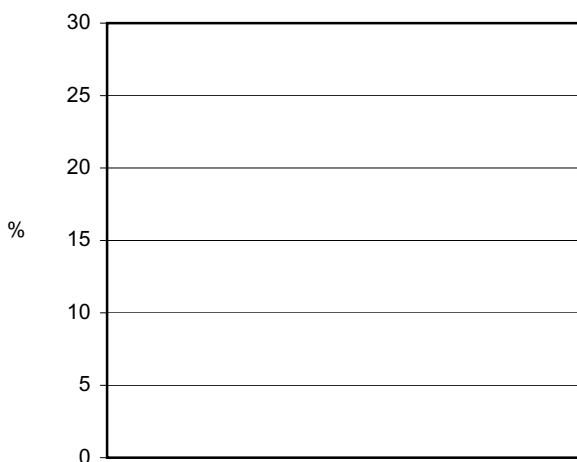
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 5: Anpassung Diagnostik/Therapie**

**Qualitätsziel:** Häufig 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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	0 / 0	0%	0 / 0	0%

**Risikoklassen nach CRB-65**

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

**Referenzbereich:**  
 Risikoklasse 2: >= x% (10%-Perzentile)  
 Risikoklasse 3: >= x% (10%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich		>= x%	>= x%

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich		>= x%	>= x%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a]:**

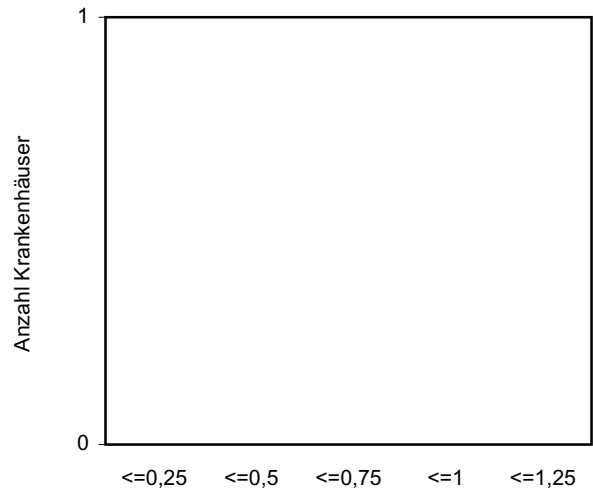
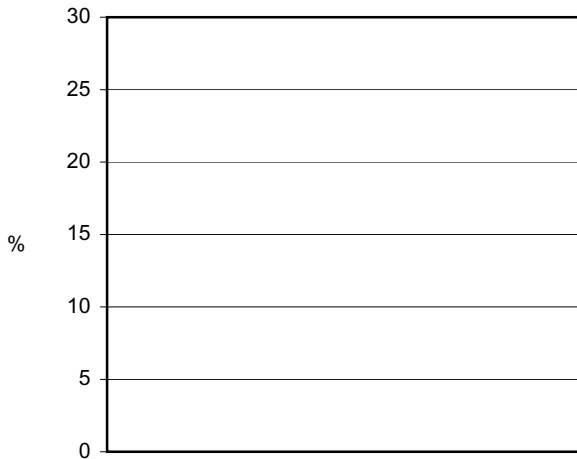
**Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

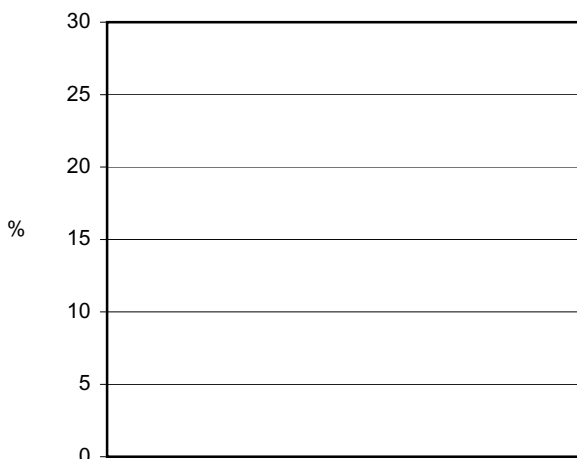
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:**

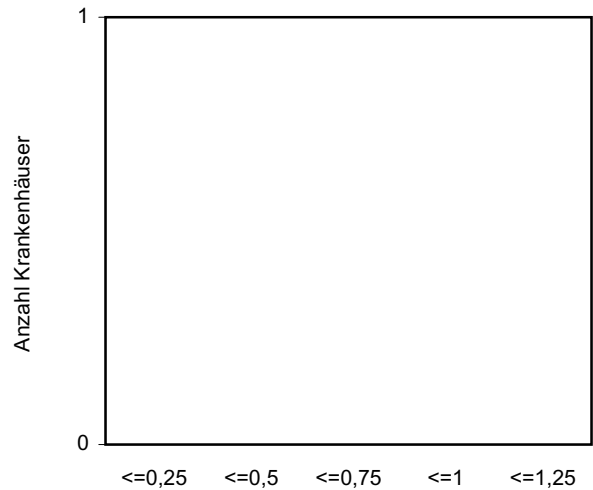
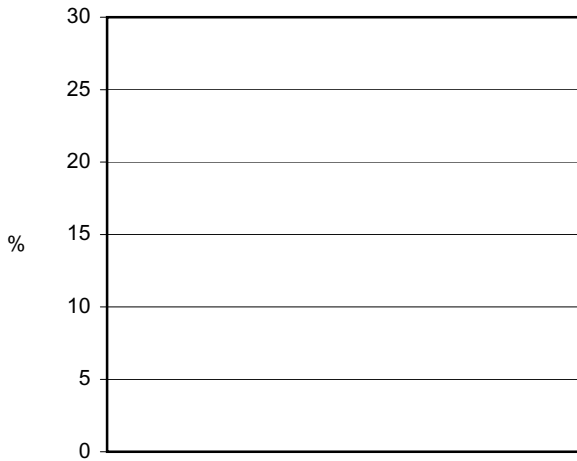
**Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

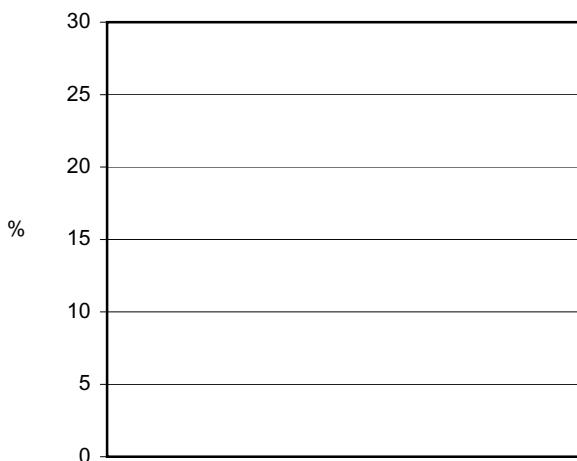
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 6: Dauer der maschinellen Beatmung**

- Qualitätsziel:** Angemessene Dauer der maschinellen Beatmung
- Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Patienten, die maschinell beatmet werden  
 Gruppe 2: Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv maschinell beatmet werden  
 Gruppe 3: Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden  
 Gruppe 4: Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv maschinell beatmet werden  
 (Ausschluss: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)
- Referenzbereich:** Gruppe 3: <= x Stunden (90%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten <sup>1</sup>	0	0	0	0
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)	0	0	0	0
Referenzbereich			<= x Stunden	

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten <sup>1</sup>	0	0	0	0
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)	0	0	0	0
Referenzbereich			<= x Stunden	

<sup>1</sup> Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:**

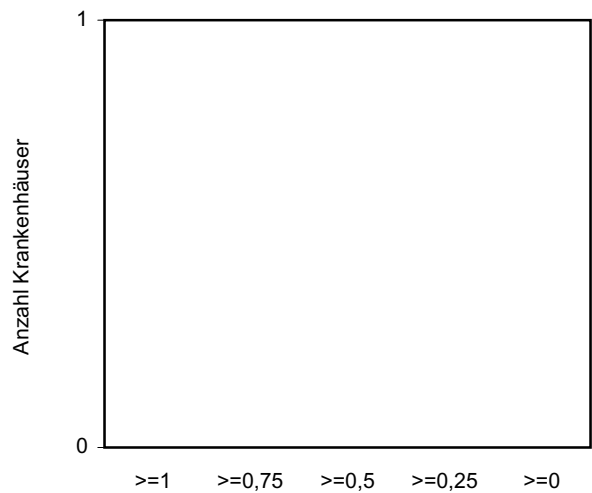
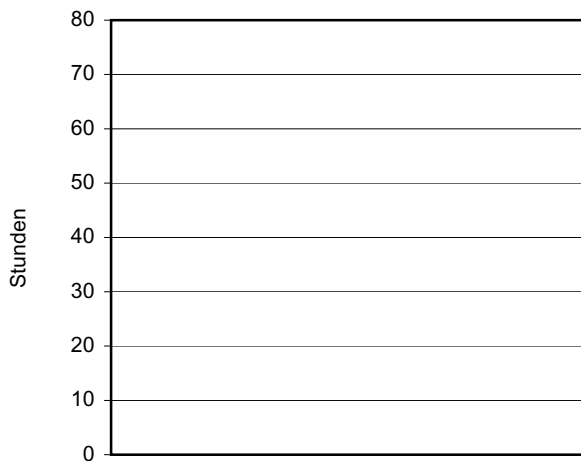
**Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Gruppe 3**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

Stunden

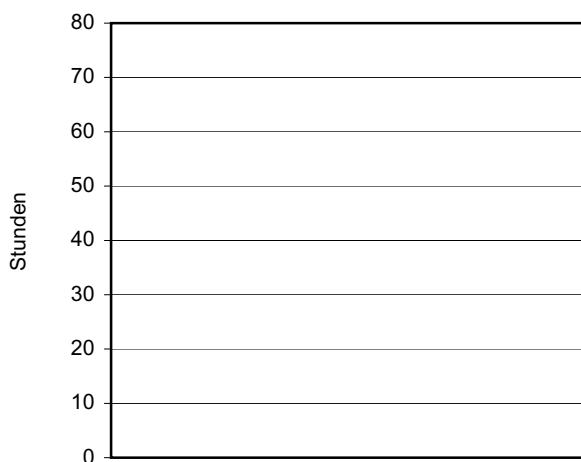
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Risikoklassen nach CRB-65 für die Gruppe 3

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

**Referenzbereich:**  
 Risikoklasse 1: <= x Stunden (90%-Perzentile)  
 Risikoklasse 2: <= x Stunden (90%-Perzentile)  
 Risikoklasse 3: <= x Stunden (90%-Perzentile)

Krankenhaus 2005			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Anzahl Patienten <sup>1</sup>	0	0	0
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)	0	0	0
Referenzbereich	<= x Stunden	<= x Stunden	<= x Stunden
Gesamt 2005			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Anzahl Patienten <sup>1</sup>	0	0	0
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)	0	0	0
Referenzbereich	<= x Stunden	<= x Stunden	<= x Stunden

<sup>1</sup> Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:**

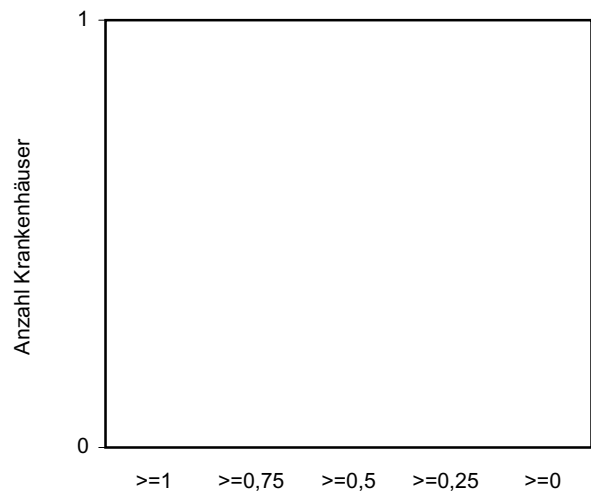
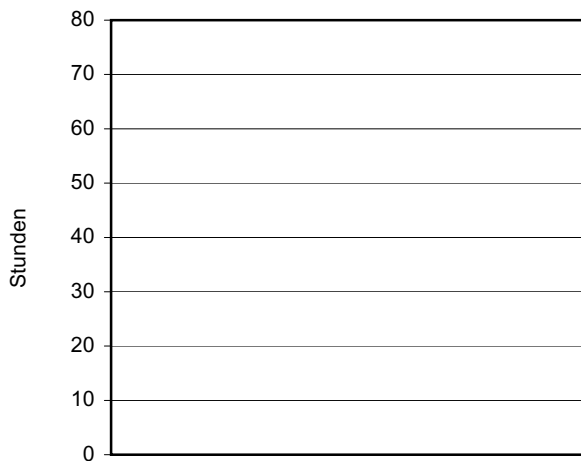
**Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

Stunden

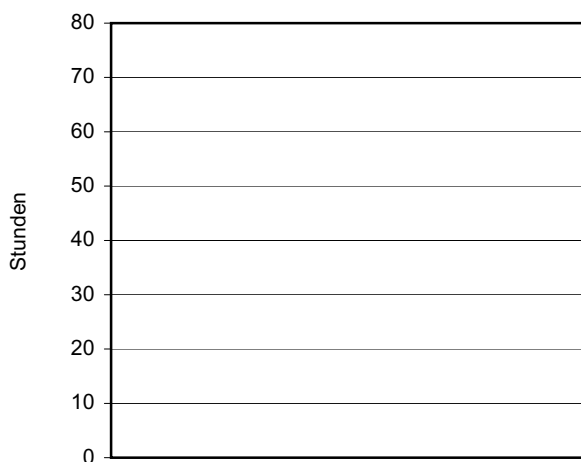
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c]:**

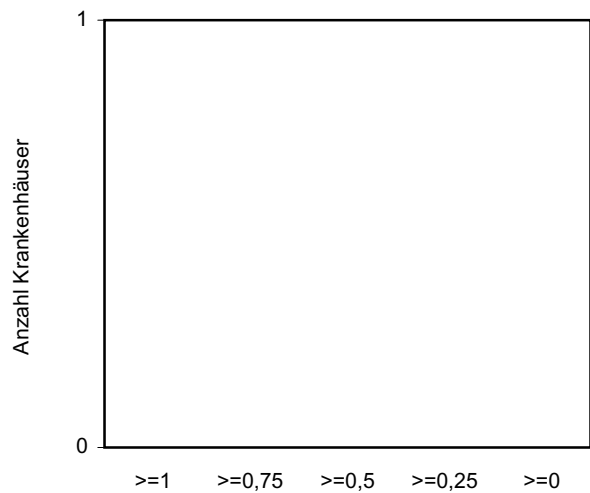
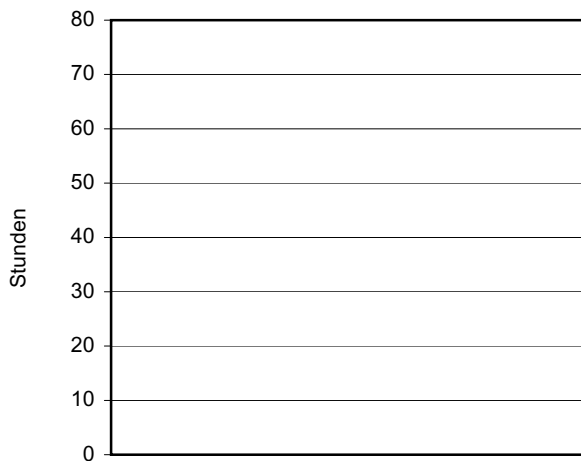
**Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

Stunden

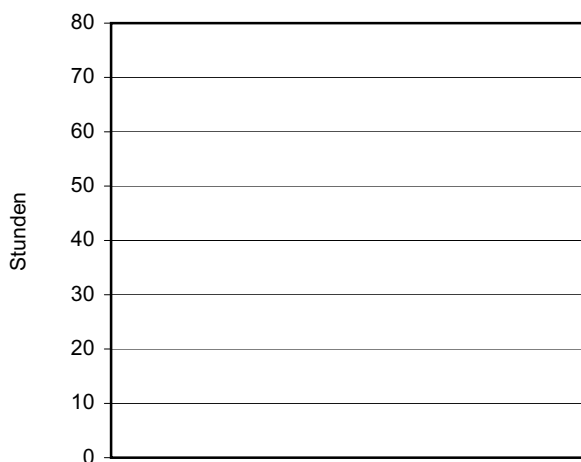
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d]:**

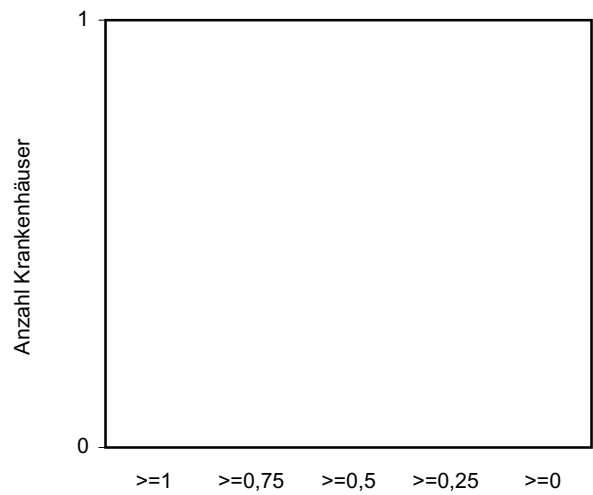
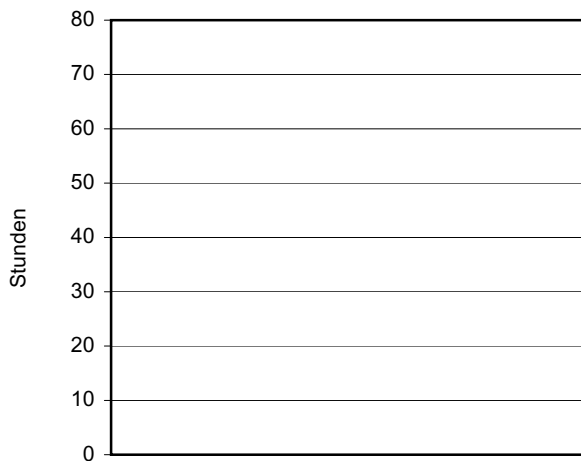
**Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

Stunden

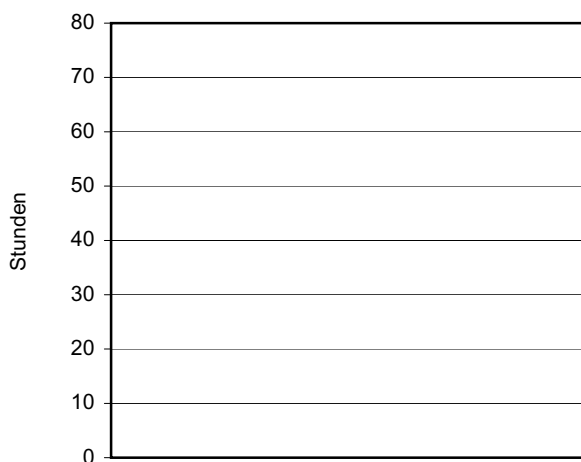
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Stratifizierte Beatmungsdauer**

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Patienten, die maschinell beatmet werden  
 Gruppe 2: Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv maschinell beatmet werden  
 Gruppe 3: Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden  
 Gruppe 4: Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv maschinell beatmet werden  
 (Ausschluss: Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)

	Krankenhaus 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten <sup>1</sup>	0	0	0	0
Dauer der maschinellen Beatmung				
Bis 24 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
24 bis 96 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
96 bis 144 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Über 144 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten <sup>1</sup>	0	0	0	0
Dauer der maschinellen Beatmung				
Bis 24 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
24 bis 96 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
96 bis 144 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Über 144 Stunden	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%

<sup>1</sup> Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

**Qualitätsindikator 7: PEEP bei maschineller Beatmung**

**Qualitätsziel:** Immer positiver endexpiratorischer Druck von mindestens 5 cmH<sub>2</sub>O bei maschineller Beatmung

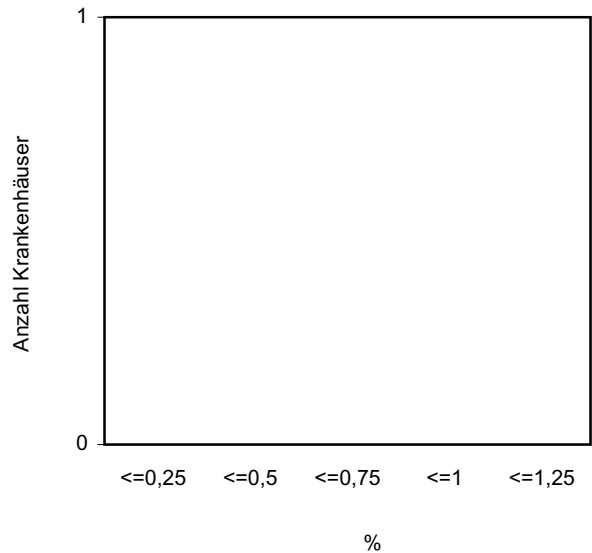
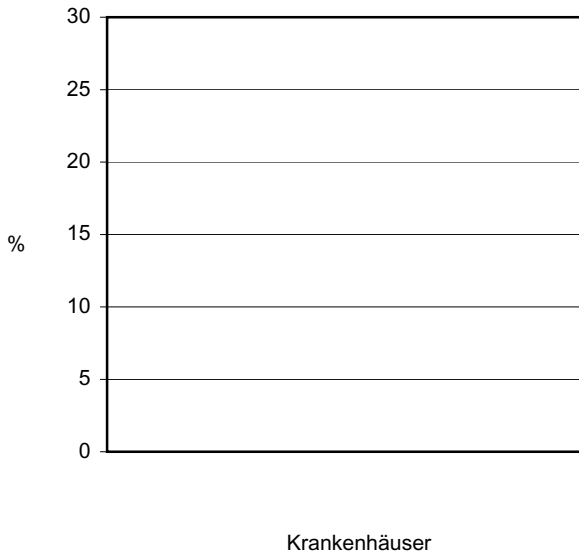
**Grundgesamtheit:** Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden

**Referenzbereich:** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem PEEP >= 5 cmH <sub>2</sub> O	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

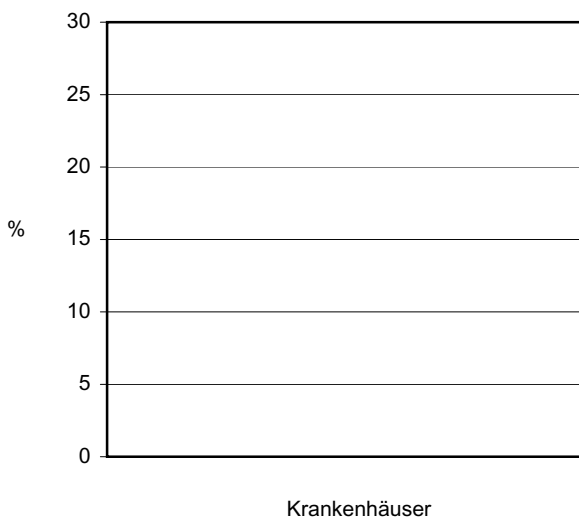
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7]:**  
**Anteil von Patienten mit einem PEEP von mindestens 5 cmH<sub>2</sub>O**  
**an Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung**  
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 8: 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

**Referenzbereich:** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%
Desorientierung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Spontane Atemfrequenz	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Herzfrequenz	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Temperatur	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sauerstoffsättigung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Blutdruck systolisch	0 / 0	0%	0 / 0	0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8]:**

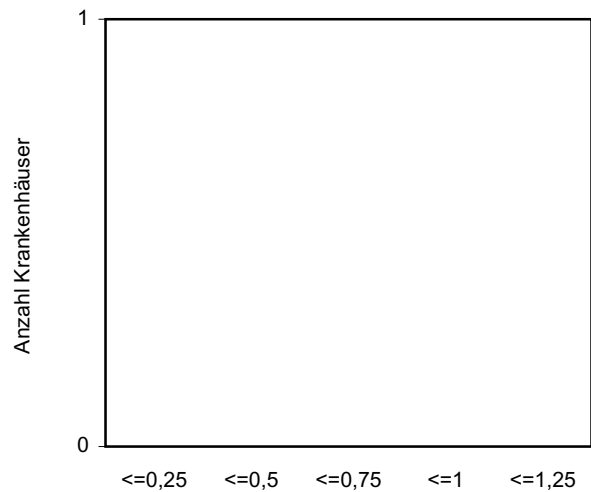
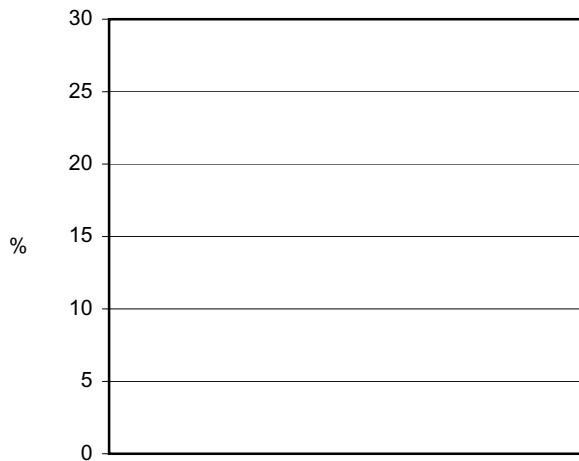
**Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

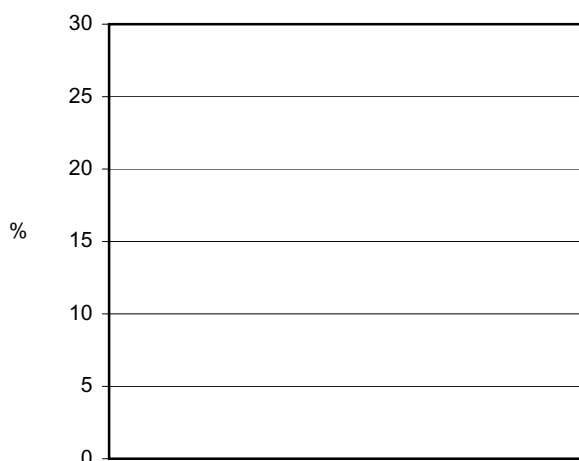
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 9: 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

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Keine neu aufgetretene Desorientierung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Herzfrequenz maximal 100/min	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Temperatur maximal 37,2°C	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg	0 / 0	0%	0 / 0	0%

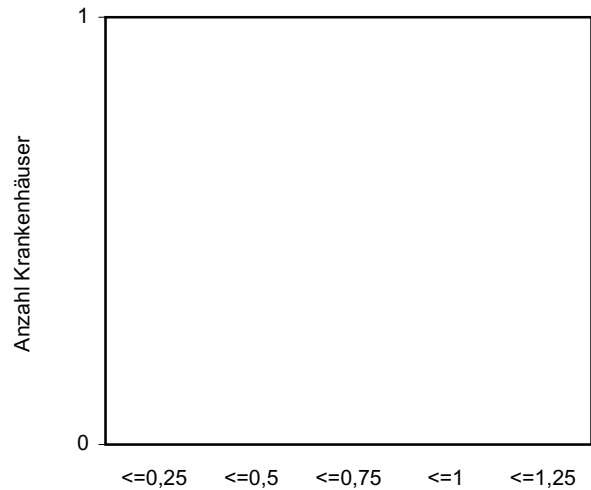
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9]:**

**Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien**  
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

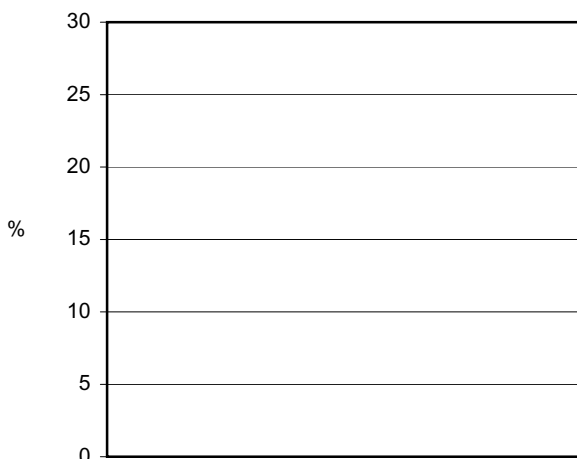
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 10: Stationäre Pflegeeinrichtung**

**Qualitätsziel:** Selten Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte

**Grundgesamtheit:** Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte

**Referenzbereich:** <= x% (90%-Perzentile)

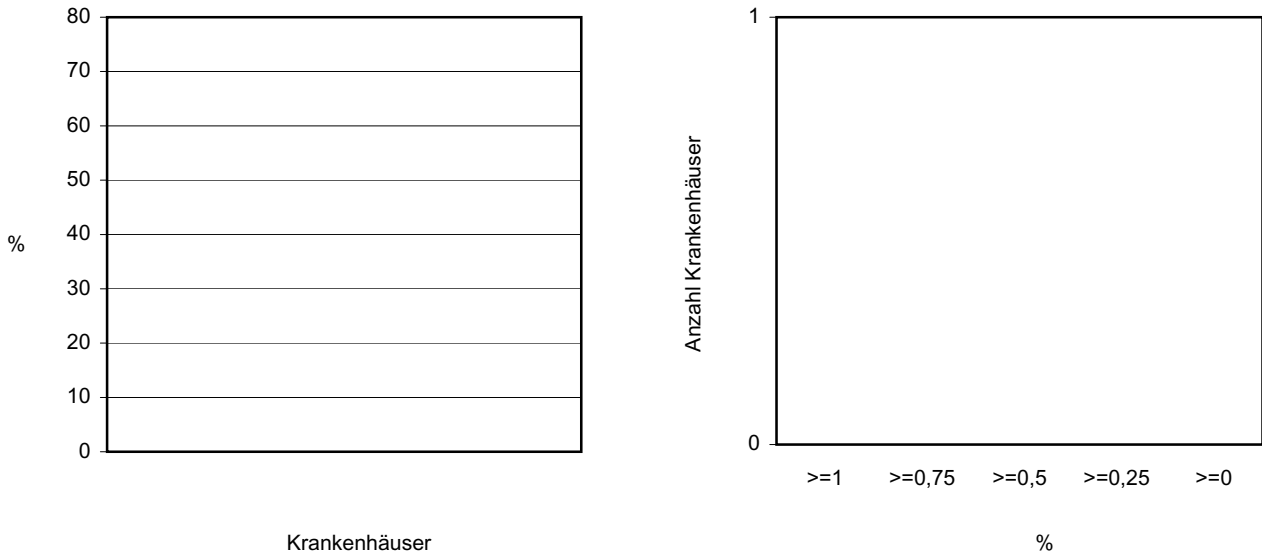
	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10]:**

**Anteil von Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden, an Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte**  
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

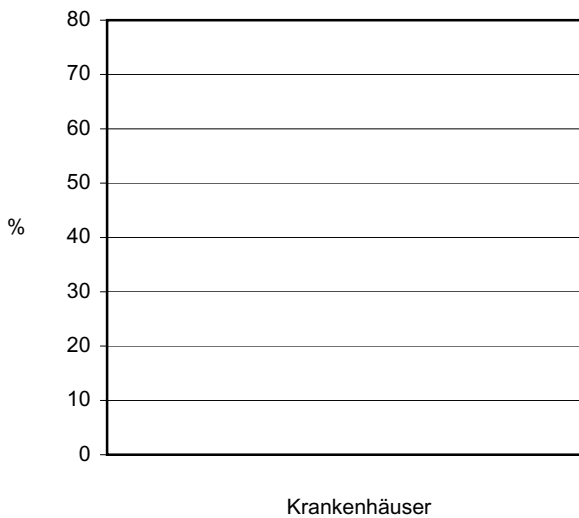
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 11: Krankenhaus-Letalität**

**Qualitätsziel:** Niedrige Krankenhaus-Letalität

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= x% (90%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

**Risikoklassen nach CRB-65**

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

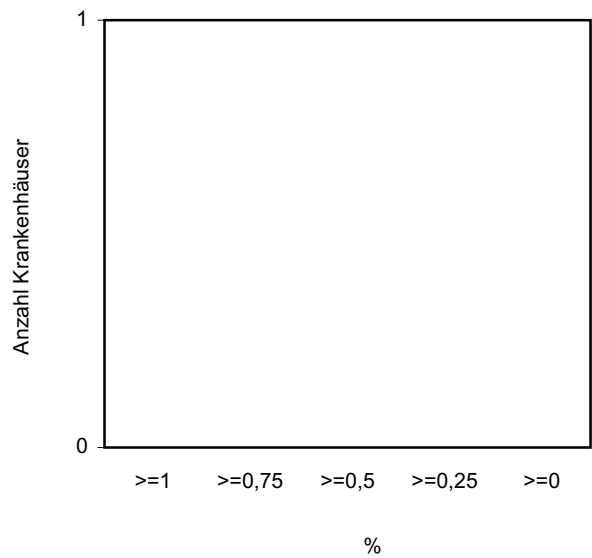
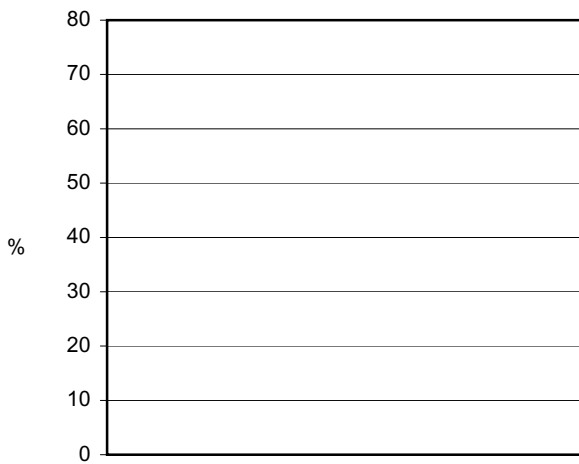
**Referenzbereich:**  
 Risikoklasse 1: <= x% (90%-Perzentile)  
 Risikoklasse 2: <= x% (90%-Perzentile)  
 Risikoklasse 3: <= x% (90%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich	<= x%	<= x%	<= x%

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich	<= x%	<= x%	<= x%

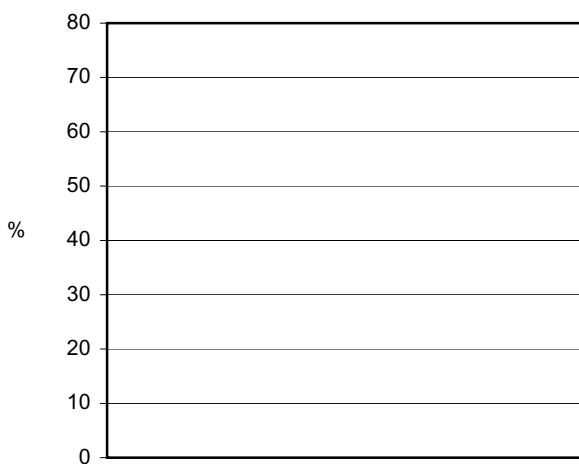
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11a]:**  
**Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten**  
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -  
 Median der Krankhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -  
 Median der Krankhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b]:**

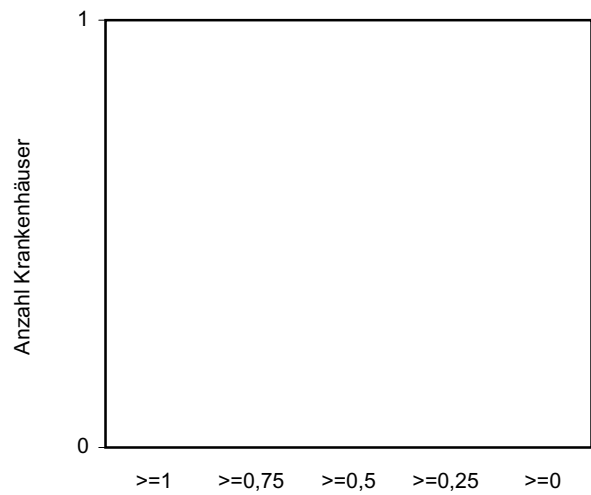
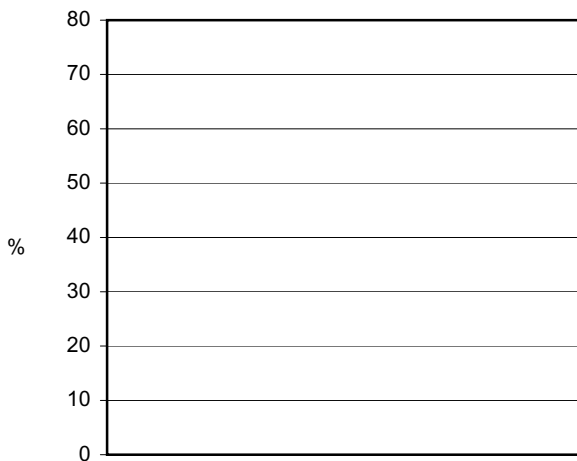
**Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

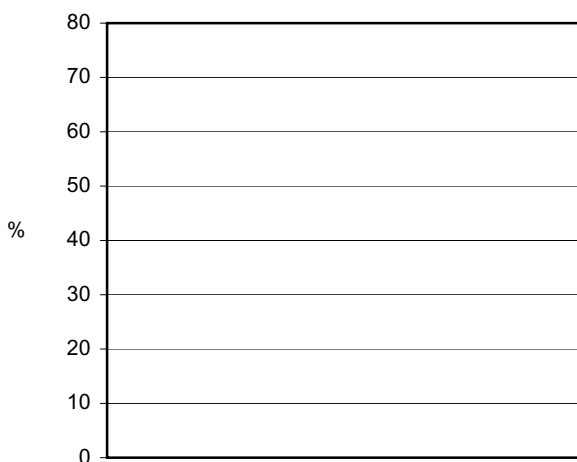
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11c]:**

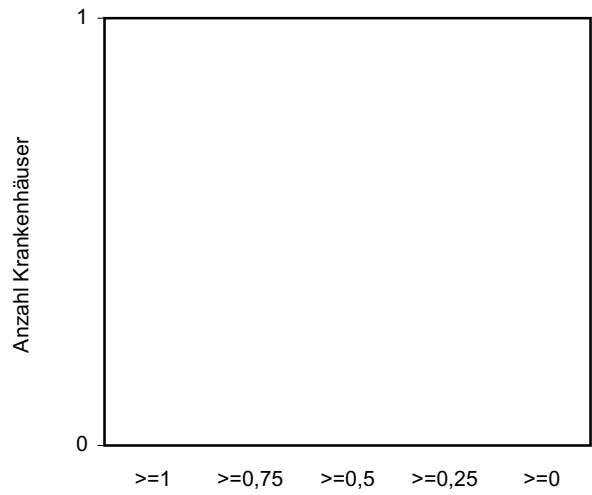
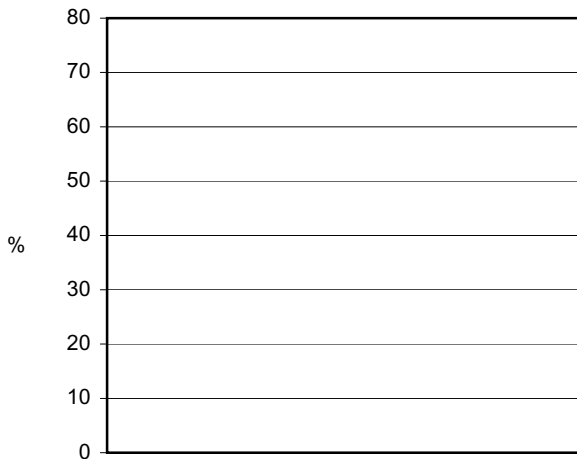
**Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

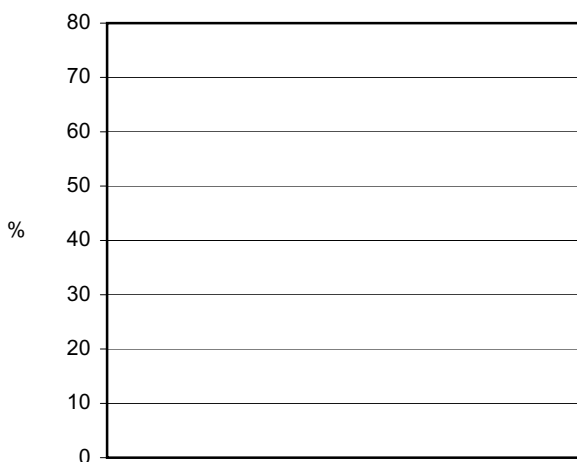
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11d]:**

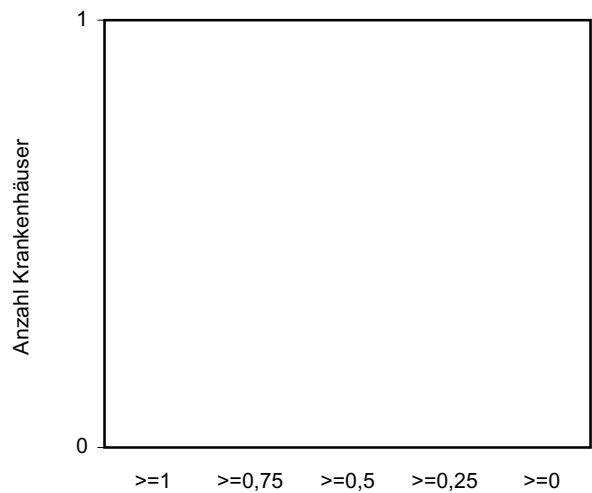
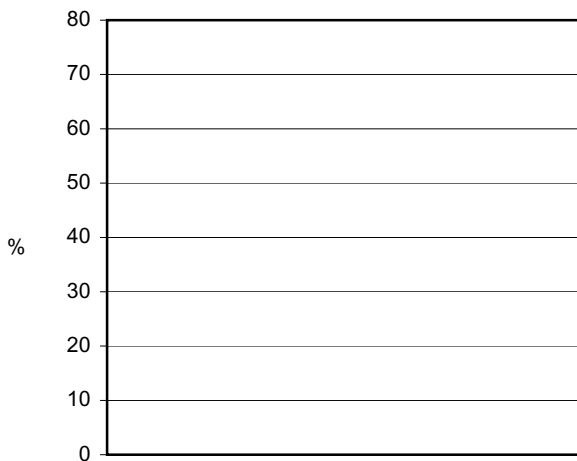
**Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

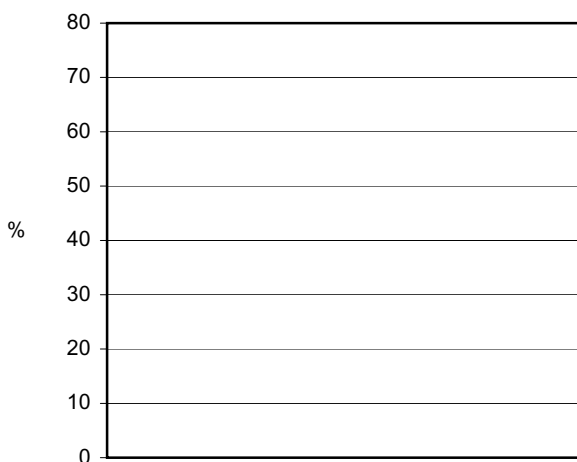
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Risikoklassen nach CURB**

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

**Verstorbene Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0		0	
18 - 30 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
31 – 40 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
41 – 50 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
51 – 60 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
61 – 70 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
71 – 80 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
81 – 90 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%
> 90 Jahre	0 / 0	0%	0 / 0	0%

# Musterauswertung 2005 Ambulant erworbene Pneumonie

## Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Datensatzversion: PNEU 2005 8.0  
Datenbankstand:  
2005 - D3660-L25806-P15477

**Basisdaten**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>				
1. Quartal	0	0	0	0
2. Quartal	0	0	0	0
3. Quartal	0	0	0	0
4. Quartal	0	0	0	0
Gesamt	0		0	

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

**Behandlungszeit**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl		Anzahl	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>				
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0	
Median		0		0

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005**

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1
2
3
4
5
6
7
8

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005**

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>
1		0	0		0	0
2		0	0		0	0
3		0	0		0	0
4		0	0		0	0
5		0	0		0	0
6		0	0		0	0
7		0	0		0	0
8		0	0		0	0

<sup>1</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

**Patienten**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0 / 0		0 / 0	
< 20 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0
20 - 39 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0
40 - 59 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0
60 - 79 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 80 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Alter (Jahre)</b>				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0		0	
Median		0		0
<b>Geschlecht</b>				
männlich	0	0	0	0
weiblich	0	0	0	0

**Aufnahme**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung</b>	0	0	0	0
<b>Aufnahme aus anderem Krankenhaus</b>	0	0	0	0
<b>Chronische Bettlägerigkeit</b>	0	0	0	0
<b>Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung</b> wenn nein	0	0	0	0
<b>Desorientierung (bei Aufnahme)</b>	0	0	0	0
<b>Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)</b> Anzahl gültiger Angaben	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
<b>Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)</b> Anzahl gültiger Angaben	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
<b>Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)</b> Anzahl gültiger Angaben	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
<b>Harnstoff im Serum (bei Aufnahme)</b> Anzahl Patienten mit Angabe in mmol/L	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
Anzahl Patienten mit Angabe in mg/dL	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
<b>Harnstoff im Serum nicht bestimmt</b>	0	0	0	0

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Harnstoff-Stickstoff im Serum (bei Aufnahme)</b>				
Anzahl Patienten mit Angabe in mmol/L	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
Anzahl Patienten mit Angabe in mg/dL	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
<b>Harnstoff-Stickstoff im Serum nicht bestimmt</b>	0	0	0	0
<b>Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>				
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	0	0	0	0
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	0	0	0	0
4 bis unter 8 Stunden	0	0	0	0
8 Stunden und später	0	0	0	0
<b>Initiale antimikrobielle Therapie</b>				
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	0	0	0	0
4 bis unter 8 Stunden	0	0	0	0
8 Stunden und später	0	0	0	0

**Verlauf**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn der Mobilisation</b>				
keine Mobilisation	0	0	0	0
innerhalb der ersten 24 Stunden				
nach Aufnahme	0	0	0	0
nach 24 Stunden und später	0	0	0	0
<b>Verlaufskontrolle</b>				
<b>C-reaktives Protein im Serum am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme</b>	0	0	0	0
wenn ja				
Abfall des C-reaktiven Proteins am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme	0	0	0	0
wenn kein Abfall des C-reaktiven Proteins				
Änderung des diagnostischen und/oder therapeutischen Vorgehens	0	0	0	0
<b>Maschinelle Beatmung</b>				
nein	0	0	0	0
ja, ausschließlich nicht-invasiv	0	0	0	0
ja, ausschließlich invasiv	0	0	0	0
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	0	0	0	0
wenn ja				
<b>Dauer (Stunden)</b>				
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0	
Median		0		0
Mittelwert		0		0
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	0	0	0	0
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)		0		0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule	0	0	0	0

**Entlassung**

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	0	0	0	0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0	0	0
03: aus sonstigen Gründen	0	0	0	0
04: gegen ärztlichen Rat	0	0	0	0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0	0	0
06: Verlegung	0	0	0	0
07: Tod	0	0	0	0
08: Verlegung nach § 14	0	0	0	0
09: in Rehabilitationseinrichtung	0	0	0	0
10: in Pflegeeinrichtung	0	0	0	0
11: in Hospiz	0	0	0	0
12: interne Verlegung	0	0	0	0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0	0	0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0	0	0
15: gegen ärztlichen Rat	0	0	0	0
16: externe Verlegung	0	0	0	0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)	0	0	0	0
18: Rückverlegung	0	0	0	0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0	0	0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation	0	0	0	0
21: Wiederaufnahme	0	0	0	0

<sup>1</sup> 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 mit nachfolgender Wiederaufnahme   |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung   |  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz  |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                |  |

**Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung**

Wenn Entlassungsgrund 1, 2, 3, 13 oder 14	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Desorientierung</b>	0	0	0	0
<b>Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme</b>	0	0	0	0
<b>Spontane Atemfrequenz</b>				
maximal 24/min (0 - 24/min)	0	0	0	0
über 24/min (25/min oder mehr)	0	0	0	0
nicht bestimmt	0	0	0	0
<b>Herzfrequenz</b>				
maximal 100/min (0 - 100/min)	0	0	0	0
über 100/min (101/min oder mehr)	0	0	0	0
nicht bestimmt	0	0	0	0
<b>Temperatur</b>				
maximal 37,2° C (0 - 37,2° C)	0	0	0	0
über 37,2° C (37,3° C oder mehr)	0	0	0	0
nicht bestimmt	0	0	0	0
<b>Sauerstoffsättigung</b>				
unter 90% (0 - 89%)	0	0	0	0
mindestens 90% (90 - 100%)	0	0	0	0
nicht bestimmt	0	0	0	0
<b>Blutdruck systolisch</b>				
unter 90 mmHg (0 - 89 mmHg)	0	0	0	0
mindestens 90 mmHg (90 - 350 mmHg)	0	0	0	0
nicht bestimmt	0	0	0	0

**Letalität**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>				
Alle Patienten	0 / 0	0	0 / 0	0
Patienten mit:				
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	0 / 0	0	0 / 0	0
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung	0 / 0	0	0 / 0	0
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	0 / 0	0	0 / 0	0
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus	0 / 0	0	0 / 0	0
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung	0 / 0	0	0 / 0	0
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus und <b>nicht</b> aus stationärer Pflegeeinrichtung	0 / 0	0	0 / 0	0
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts	0 / 0	0	0 / 0	0

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

#### 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 Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei 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
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 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  gelten als auffällig.

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

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2005.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "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".

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 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.

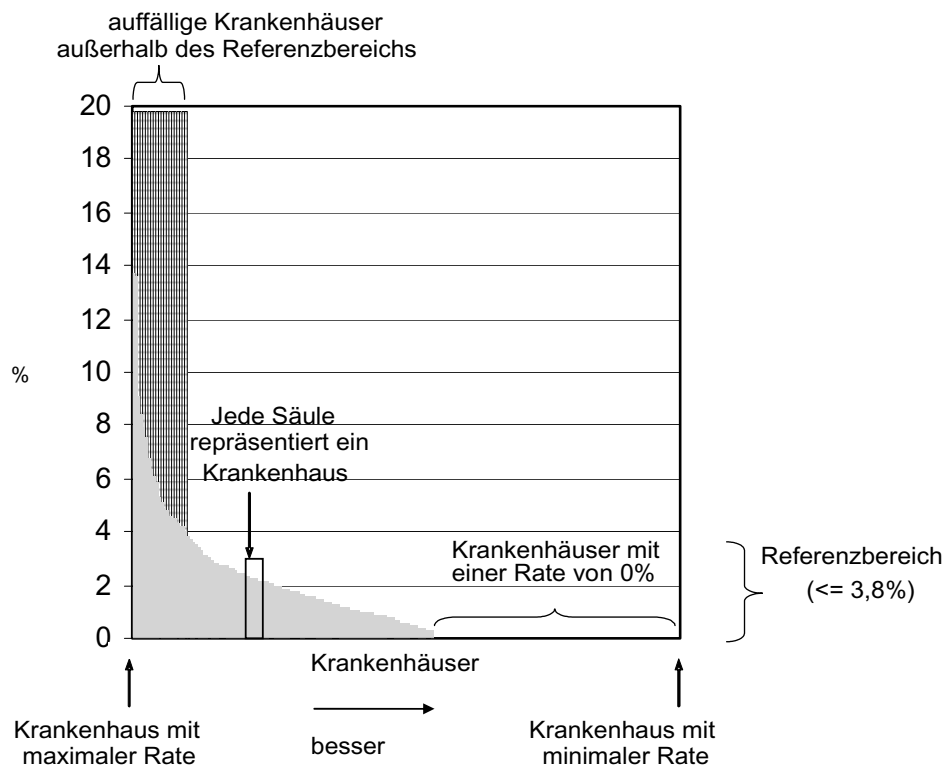
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 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 Krankenhäusergebnisse 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.

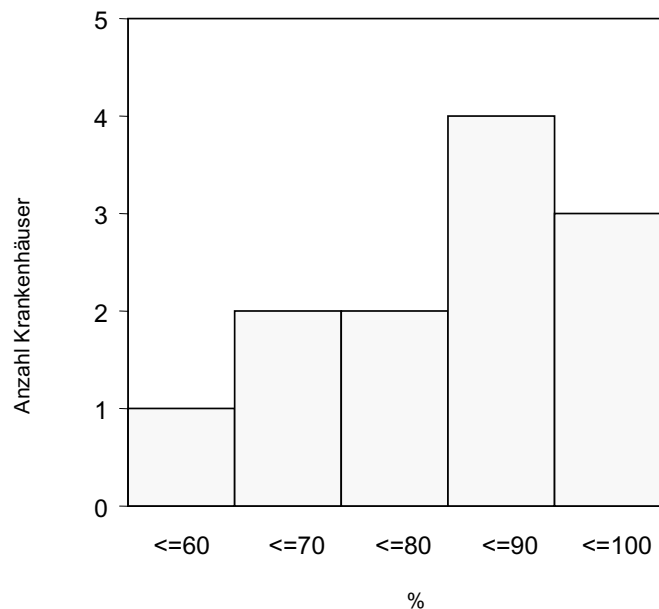
**Beispiel:**

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	3	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).

### **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.

### **Perzentile der Krankhausergebnisse**

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### **Spannweite der Krankhausergebnisse**

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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.