

Jahresauswertung 2006 Ambulant erworbene Pneumonie

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 65
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.601
Auswertungsversion: 10. Mai 2007
Datensatzversion: PNEU 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 10. Mai 2007
Nr. Gesamt-3521
2006 - D5120-L38706-P20062

Jahresauswertung 2006 Ambulant erworbene Pneumonie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 65
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.601
Auswertungsversion: 10. Mai 2007
Datensatzversion: PNEU 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 10. Mai 2007
Nr. Gesamt-3521
2006 - D5120-L38706-P20062

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Abweichung ¹	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
Alle Patienten			81,9%	= 100%	-18,1%	1.1
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			81,9%	nicht definiert		1.1
Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			83,5%	nicht definiert		1.1
QI 2: Antimikrobielle Therapie						
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			84,4%	>= 78,3%	6,1%	1.6
QI 3: Frühmobilisation						
Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			76,8%	>= 71,4%	5,3%	1.10
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			74,2%	>= 56,4%	17,8%	1.10
QI 4: Verlaufskontrolle CRP						
			82,2%	>= 70,8%	11,4%	1.15
QI 5: Anpassung Diagnostik/Therapie						
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			68,4%	>= 95%	-26,6%	1.17
Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			69,1%	>= 95%	-25,9%	1.17

¹ Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 6: PEEP bei maschineller Beatmung			92,8%	= 100%	-7,2%	1.21
QI 7: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien			60,5%	= 100%	-39,5%	1.23
QI 8: Klinische Stabilitätskriterien			98,5%	>= 95%	3,5%	1.26
QI 9: Stationäre Pflegeeinrichtung			2,7%	<= 6,0%	3,3%	1.29
QI 10: Krankenhaus-Letalität						
Alle Patienten			15,7%	<= 21,0%	5,2%	1.31
Davon Patienten der:						
Risikoklasse 1 nach CRB-65			3,2%	<= 7,9%	4,7%	1.32
Risikoklasse 2 nach CRB-65			16,4%	<= 21,6%	5,2%	1.32
Risikoklasse 3 nach CRB-65			36,5%	<= 51,6%	15,1%	1.32

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Risikoklassen nach CRB-65 bzw. CURB

Die Risikoadjustierung für die BQS-Qualitätsindikatoren

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

erfolgt mit Hilfe der Risiko-Scores CRB-65 und CURB. Die Daten für diese Scores 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 Desorientiertheit (Mental Confusion)
- o Spontane Atemfrequenz ≥ 30 /min (Respiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (Blood pressure)
- o Alter ≥ 65 Jahre

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Folgende Kriterien sind Bestandteil des CURB-Scores:

- o Desorientiertheit (Mental Confusion)
- o Aufnahmewert Harnstoff bzw. Harnstoff-Stickstoff (Urea) > 7 mmol
- o Spontane Atemfrequenz ≥ 30 /min (Respiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (Blood pressure)

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

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%)

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

Für den externen Krankenhausvergleich wird der Risiko-Score CRB-65 eingesetzt. Alle zur Berechnung dieses Scores erforderlichen Daten müssen in Pflichtfeldern dokumentiert werden und liegen daher vollständig vor.

Für die Berechnung des CURB-Scores ist die Kenntnis des Harnstoffwertes erforderlich. Da dieser Wert nicht in allen Krankenhäusern routinemässig bei der Aufnahme bestimmt wird, ist dieses Datenfeld nicht als Pflichtfeld definiert worden. Daher liegen die Daten nicht aus allen Krankenhäusern vor. Für die Krankenhäuser, die einen Harnstoffwert dokumentiert haben, liefert die Auswertung nach dem CURB-Score Informationen für das interne Qualitätsmanagement.

Da sich der CRB-65 in der BQS-Bundesauswertung 2005 als valider Risikoscore herausgestellt hat, wird der CURB-Score in der BQS-Bundesauswertung 2006 letztmalig ausgewertet. Die Datenfelder zur Erfassung der Harnstoff- bzw. Harn-Stickstoff-Werte entfallen im Datensatz ab 2007.

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	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2006/PNEU/68123	
	Gruppe 2:	2006/PNEU/68895	
	Gruppe 3:	2006/PNEU/69908	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	= 100%	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich	= 100%	nicht definiert	nicht definiert
Referenzbereich			

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	7.867 / 9.601 81,9%	7.476 / 9.133 81,9%	391 / 468 83,5%
Vertrauensbereich	81,15% - 82,70%	81,05% - 82,64%	79,87% - 86,79%
Referenzbereich	= 100%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich	6.857 / 8.664 79,1% 78,27% - 79,99%	6.559 / 8.306 79,0% 78,07% - 79,84%	298 / 358 83,2% 78,95% - 86,96%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68123]:

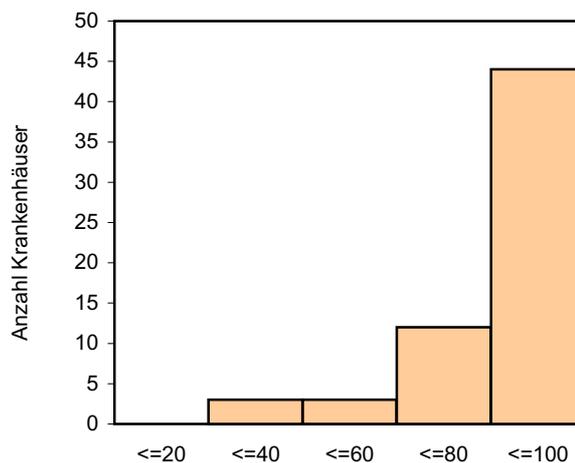
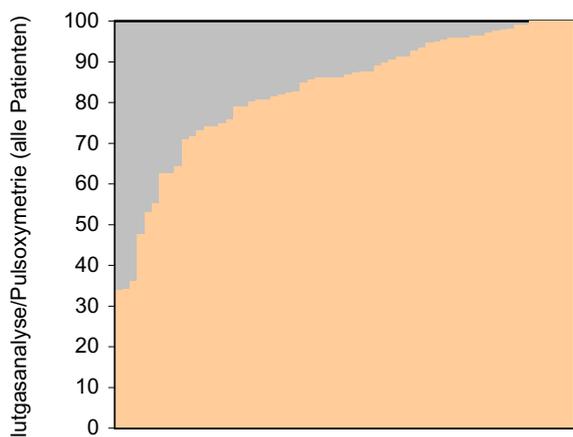
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 33,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 86,5%



Krankenhäuser

%

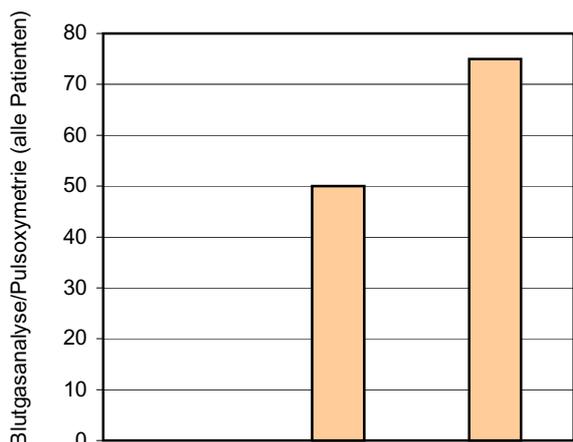
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 50,0%



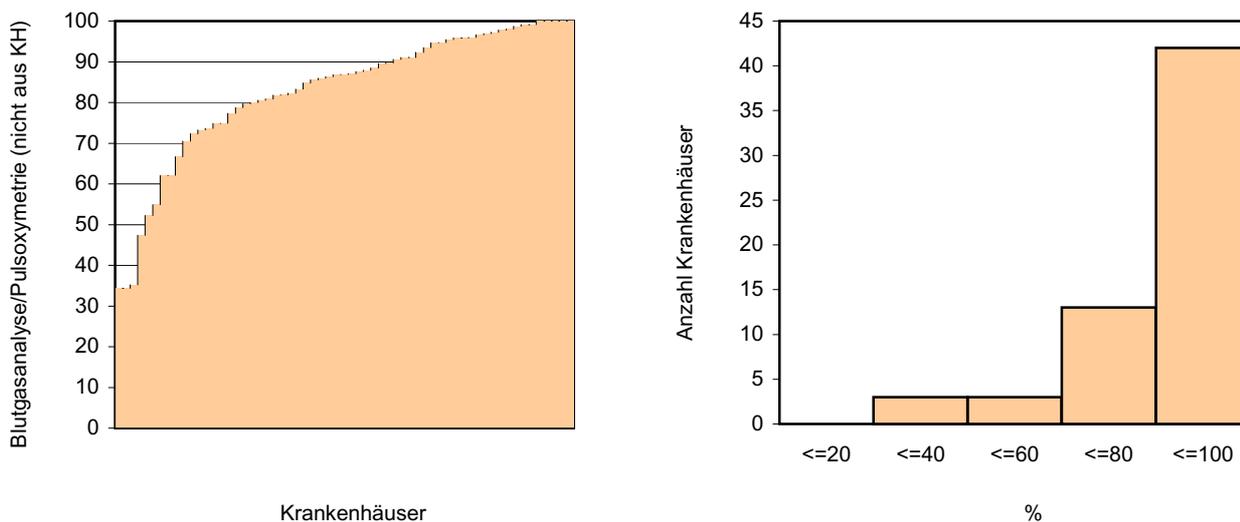
Krankenhäuser

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

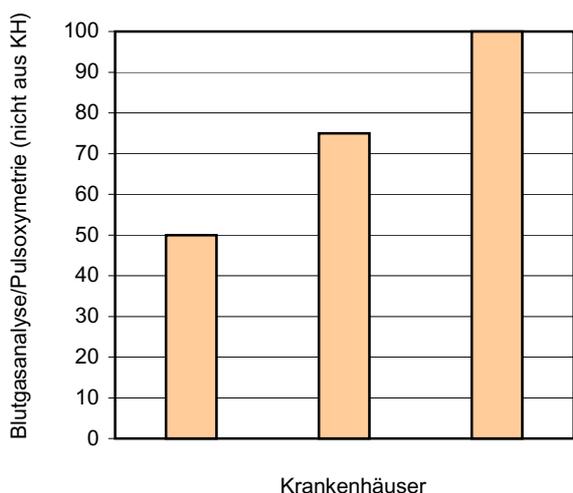
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68895]:
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
 1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 34,3% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 86,9%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung 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
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2006/PNEU/68897
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 78,3% (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 78,3%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

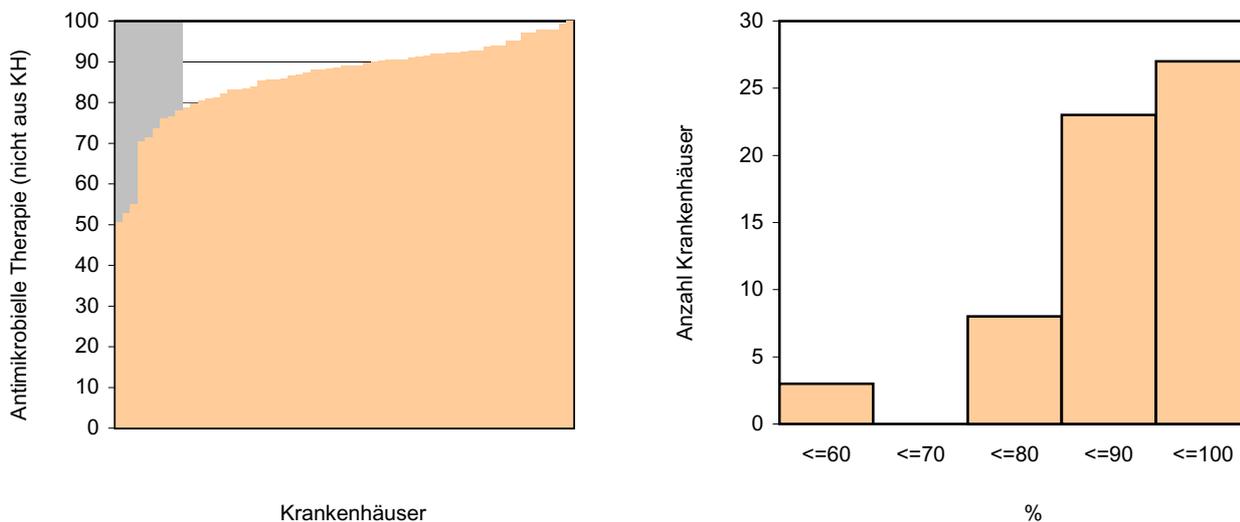
	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	8.099 / 9.601 84,4%	7.711 / 9.133 84,4%	388 / 468 82,9%
Vertrauensbereich		83,67% - 85,17%	
Referenzbereich		>= 78,3%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	332 / 9.601 3,5%	310 / 9.133 3,4%	22 / 468 4,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	7.212 / 8.664 83,2%	6.930 / 8.306 83,4% 82,62% - 84,23%	282 / 358 78,8%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	377 / 8.664 4,4%	353 / 8.306 4,2%	24 / 358 6,7%

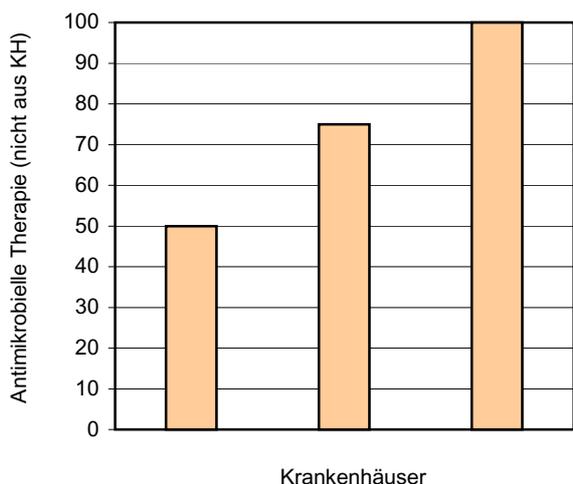
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68897]:
Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden
nach stationärer Aufnahme an Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
 1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,5% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 89,1%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.415 / 1.713 82,6%	5.964 / 7.083 84,2%	720 / 805 89,4%

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

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

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.364 / 1.647 82,8%	5.705 / 6.767 84,3%	642 / 719 89,3%

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)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			4.495 / 6.028	74,6%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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: 2006/PNEU/69913
 Risikoklasse 2: 2006/PNEU/69915

Referenzbereich:
 Risikoklasse 1: >= 71,4% (10%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 2: >= 56,4% (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 71,4%	>= 56,4%	

	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.143 / 1.489 76,8%	3.216 / 4.333 74,2%	136 / 206 66,0%
Vertrauensbereich	74,53% - 78,89%	72,89% - 75,52%	
Referenzbereich	>= 71,4%	>= 56,4%	

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.148 / 1.335 86,0% 84,01% - 87,81%	2.936 / 3.761 78,1% 76,71% - 79,38%	172 / 298 57,7%

¹ Die Vorjahresergebnisse sind mit der modifizierten Rechenregel 2006 berechnet und weichen daher von der Auswertung 2005 ab.

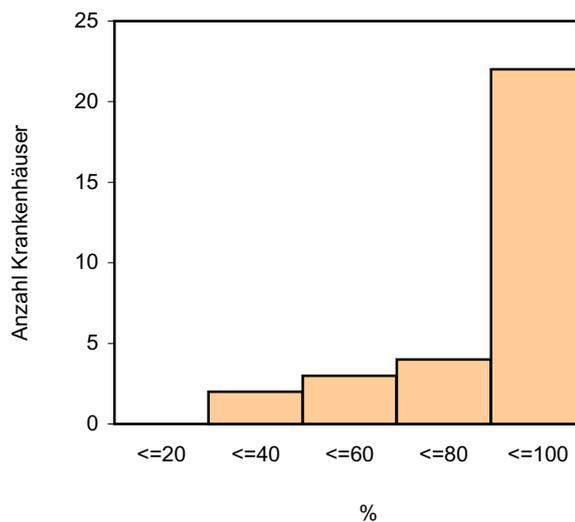
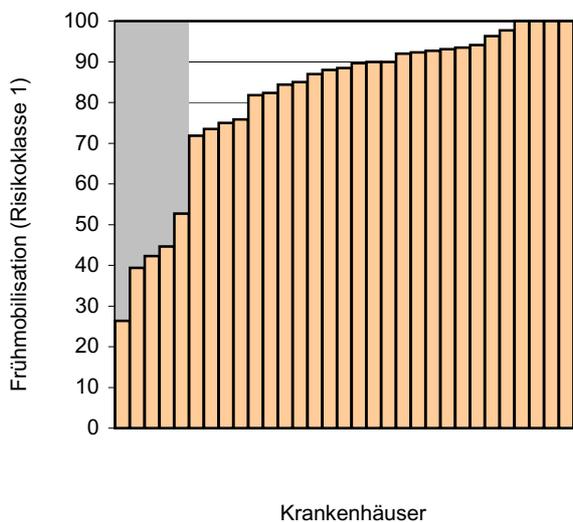
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69913]:
 Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65**

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 26,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 88,5%



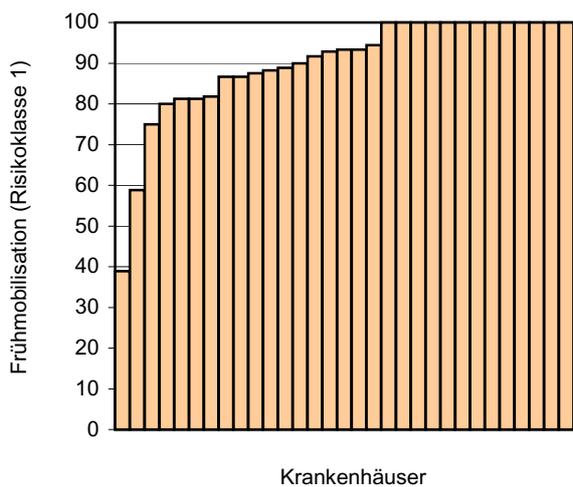
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 38,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,3%



31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69915]:

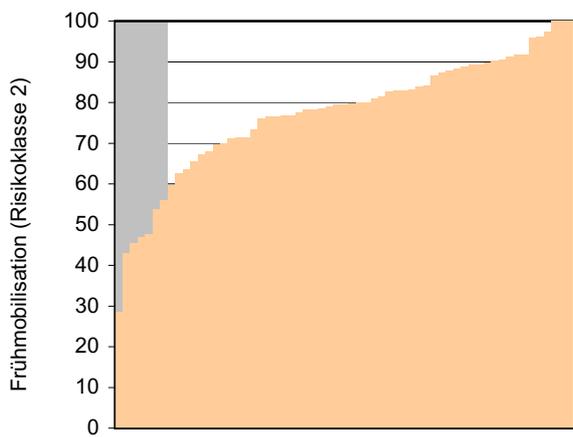
Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

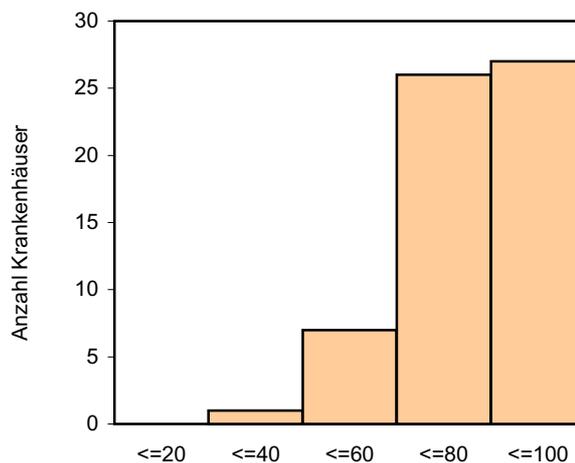
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 28,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 79,5%



Krankenhäuser



%

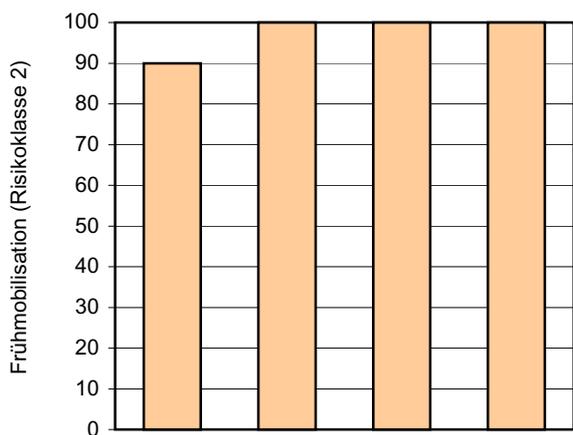
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoklassen nach CURB

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

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

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			

	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	2.549 / 3.340 76,3%	1.866 / 2.573 72,5%	57 / 91 62,6%

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	2.392 / 2.857 83,7%	1.750 / 2.362 74,1%	73 / 132 55,3%

¹ Die Vorjahresergebnisse sind mit der modifizierten Rechenregel 2006 berechnet und weichen daher von der Auswertung 2005 ab.

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 \geq 4 Tage)

Kennzahl-ID: 2006/PNEU/68130

Referenzbereich: \geq 70,8% (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt			7.202 / 8.763	82,2%
Vertrauensbereich				81,37% - 82,98%
Referenzbereich		\geq 70,8%		\geq 70,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt			6.246 / 7.877	79,3%
Vertrauensbereich				78,38% - 80,18%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68130]:

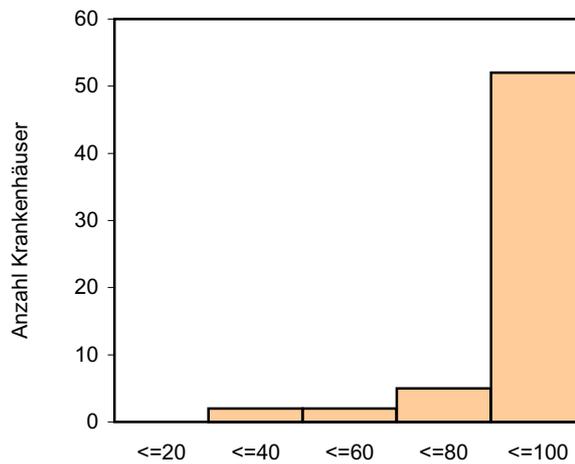
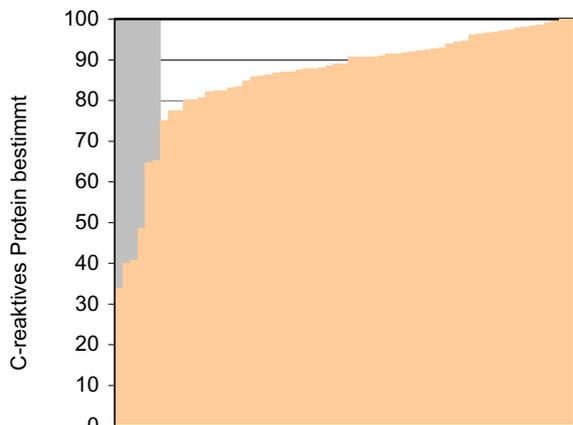
Anteil von Patienten, bei denen das CRP bestimmt ist, an Patienten mit Verweildauer >= 4 Tage

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 33,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 89,2%



Krankenhäuser

%

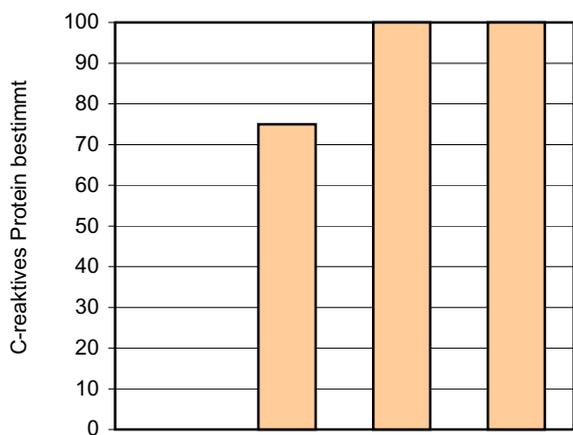
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 87,5%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			996 / 1.445	68,9%

Risikoklassen nach CRB-65

Patienten ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme

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: 2006/PNEU/69923
 Risikoklasse 3: 2006/PNEU/69925

Referenzbereich:
 Risikoklasse 2: >= 95%
 Risikoklasse 3: >= 95%

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	119 / 164 72,6%	772 / 1.129 68,4%	105 / 152 69,1%
Vertrauensbereich	65,04% - 79,24%	65,58% - 71,09%	61,06% - 76,33%
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	85 / 115 73,9% 64,87% - 81,67%	613 / 905 67,7% 64,58% - 70,77%	176 / 258 68,2% 62,15% - 73,86%

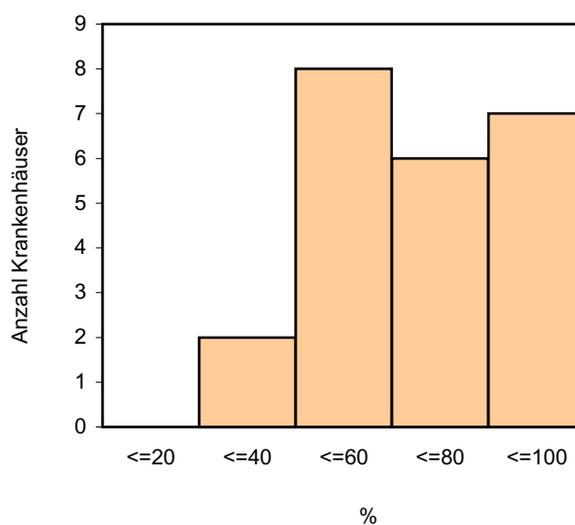
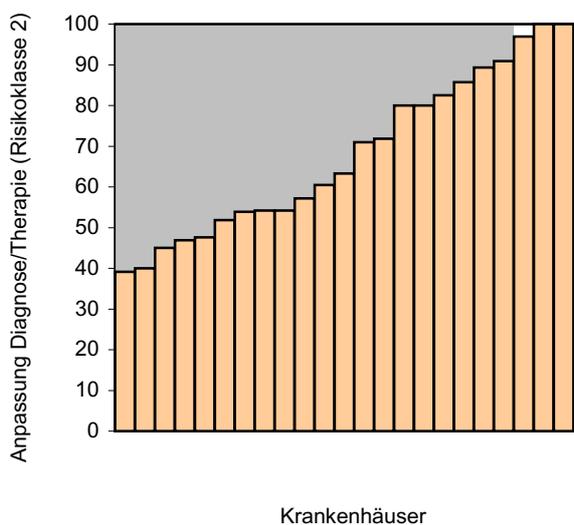
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69923]:
 Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten
 der Risikoklasse 2 nach CRB-65**

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 39,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 63,3%



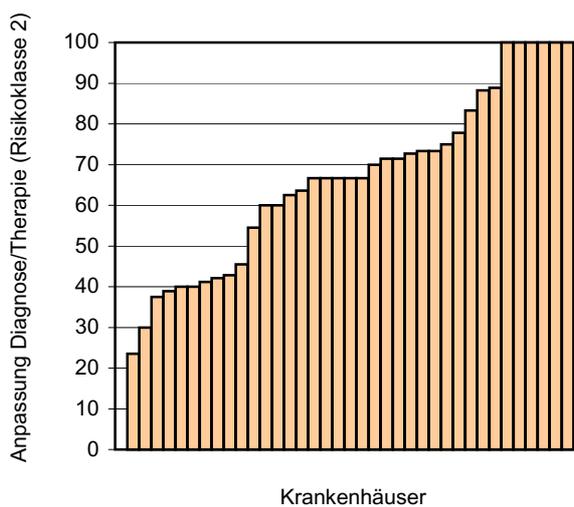
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 66,7%



38 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

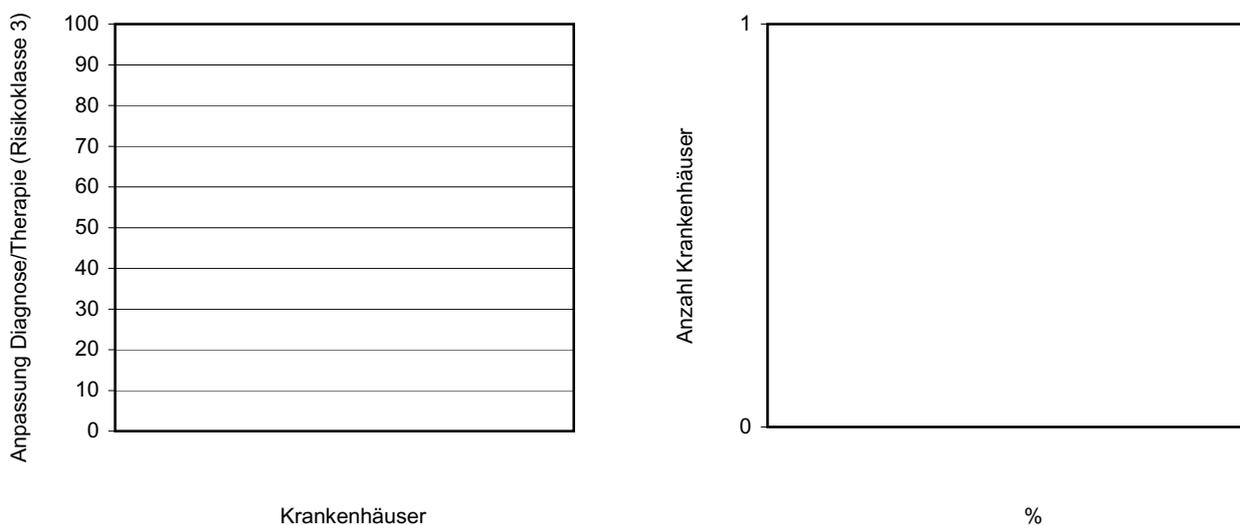
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69925]:
 Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten
 der Risikoklasse 3 nach CRB-65**

20 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt

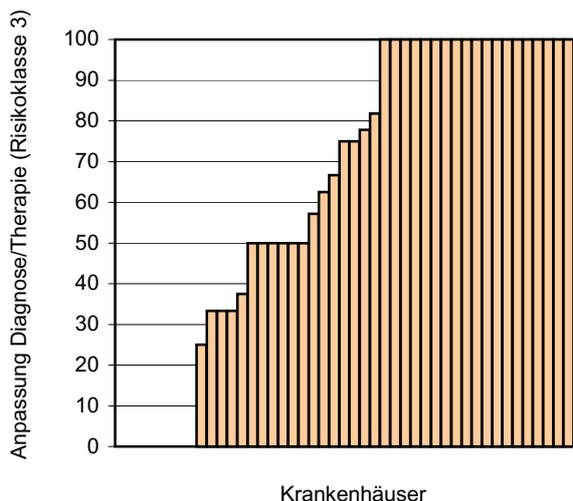


0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



45 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 6: PEEP bei maschineller Beatmung

Qualitätsziel: Immer positiver endexpiratorischer Druck von mindestens 5 cmH₂O bei maschineller Beatmung

Grundgesamtheit: Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden

Kennzahl-ID: 2006/PNEU/69939

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem PEEP >= 5 cmH ₂ O			219 / 236	92,8%
Vertrauensbereich			88,70% - 95,76%	
Referenzbereich		= 100%	= 100%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem PEEP >= 5 cmH ₂ O			203 / 223	91,0%
Vertrauensbereich			86,47% - 94,45%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69939]:

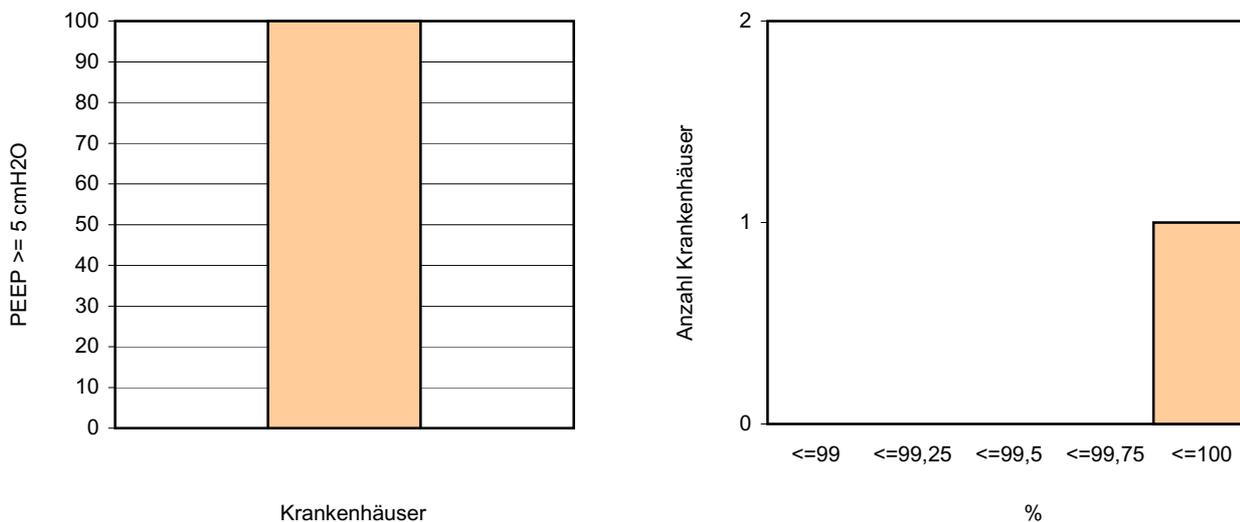
Anteil von Patienten mit einem PEEP von mindestens 5 cmH₂O an Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



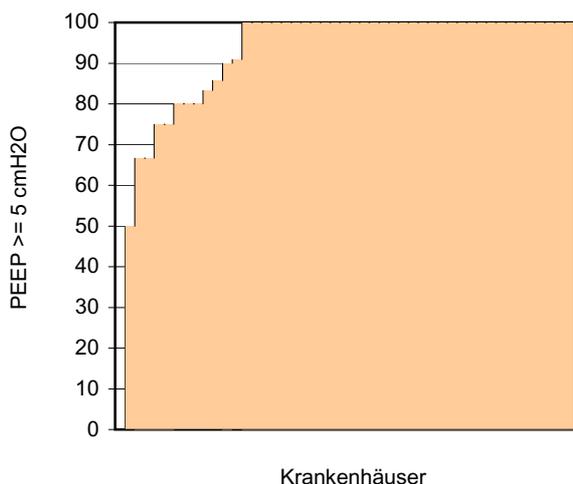
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



47 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 7: 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

Kennzahl-ID: 2006/PNEU/68914

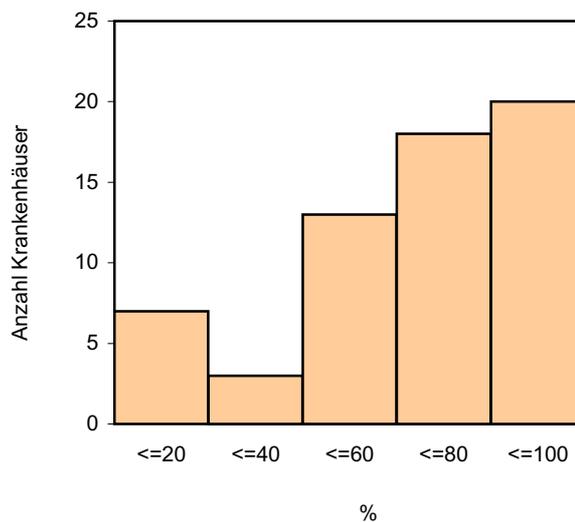
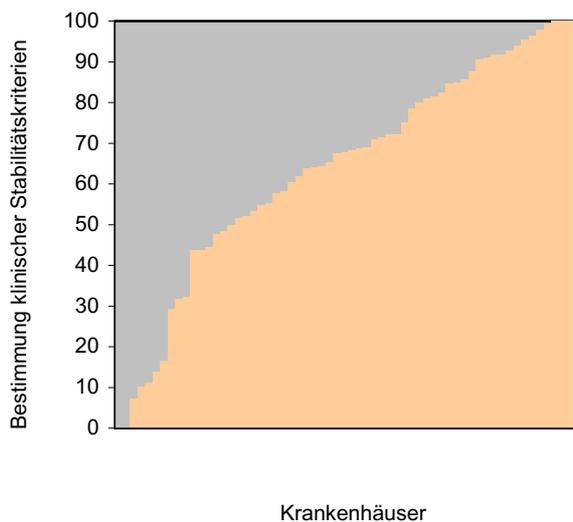
Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			4.104 / 6.780	60,5%
Vertrauensbereich				59,36% - 61,70%
Referenzbereich		= 100%		= 100%
Desorientierung			6.780 / 6.780	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.780 / 6.780	100,0%
Spontane Atemfrequenz			5.267 / 6.780	77,7%
Herzfrequenz			6.302 / 6.780	92,9%
Temperatur			6.402 / 6.780	94,4%
Sauerstoffsättigung			4.442 / 6.780	65,5%
Blutdruck systolisch			6.215 / 6.780	91,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			3.458 / 6.326	54,7%
Vertrauensbereich				53,4% - 55,9%
Desorientierung			6.326 / 6.326	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.326 / 6.326	100,0%
Spontane Atemfrequenz			5.112 / 6.326	80,8%
Herzfrequenz			6.208 / 6.326	98,1%
Temperatur			6.240 / 6.326	98,6%
Sauerstoffsättigung			3.806 / 6.326	60,2%
Blutdruck systolisch			6.016 / 6.326	95,1%

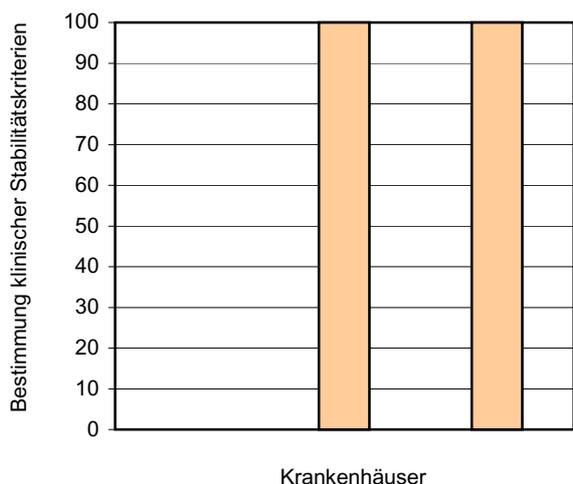
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68914]:
Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen
 1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 67,9%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 8: 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

Kennzahl-ID: 2006/PNEU/68138

Referenzbereich: >= 95%

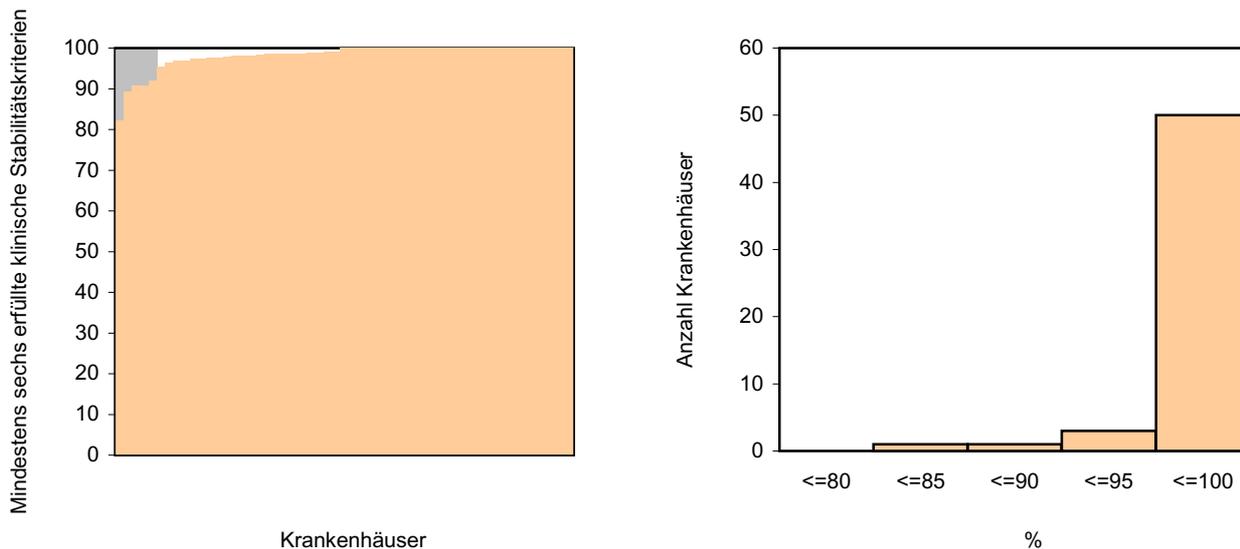
	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			4.044 / 4.104	98,5%
Vertrauensbereich				98,12% - 98,88%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.068 / 4.104	99,1%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.972 / 4.104	96,8%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.068 / 4.104	99,1%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.080 / 4.104	99,4%
Temperatur maximal 37,2°C			4.078 / 4.104	99,4%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.891 / 4.104	94,8%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.039 / 4.104	98,4%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			3.390 / 3.458	98,0% 97,5% - 98,5%
Keine neu aufgetretene Desorientierung			3.414 / 3.458	98,7%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.254 / 3.458	94,1%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			3.418 / 3.458	98,8%
Herzfrequenz maximal 100/min			3.430 / 3.458	99,2%
Temperatur maximal 37,2°C			3.424 / 3.458	99,0%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.249 / 3.458	94,0%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.401 / 3.458	98,4%

¹ Die Abfrage des Datenfeldes "Desorientierung (vor Entlassung)" wurde in 2006 spezifiziert. Die Vorjahresergebnisse sind mit der Rechenregel 2005 berechnet, daher ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse 2005 und 2006 geringfügig eingeschränkt.

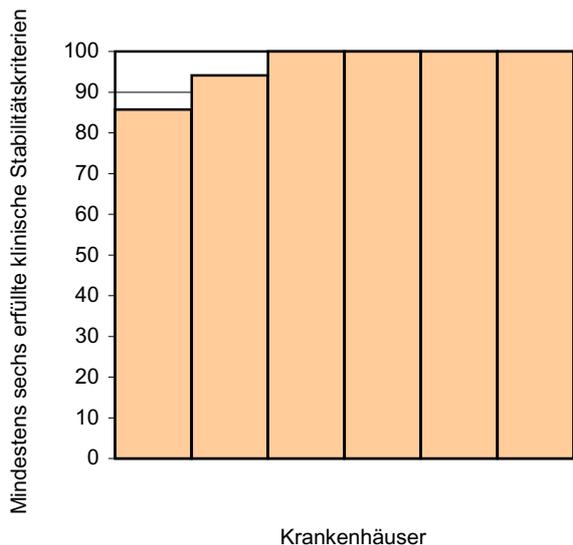
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68138]:
Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien
 4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 82,1% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 9: 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 (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Kennzahl-ID: 2006/PNEU/68147

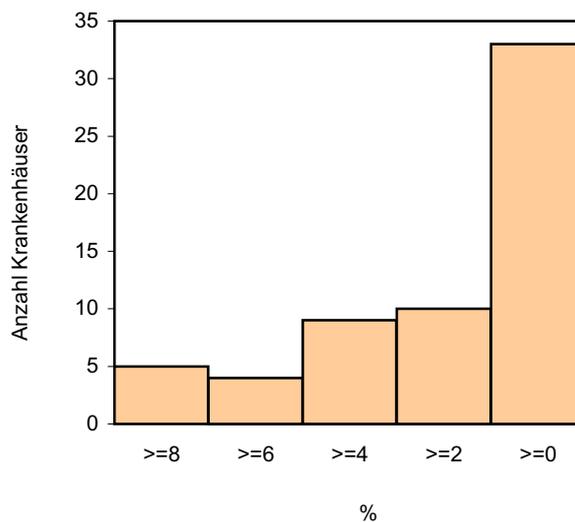
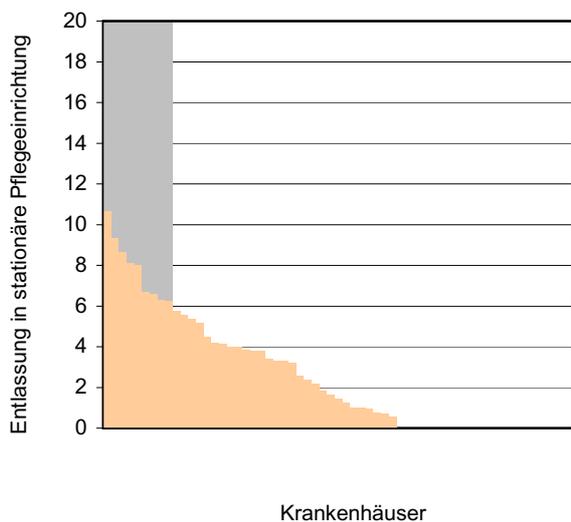
Referenzbereich: <= 6,0% (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			175 / 6.496	2,7%
Vertrauensbereich				2,31% - 3,12%
Referenzbereich		<= 6,0%		<= 6,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			110 / 5.937	1,9%
Vertrauensbereich				1,53% - 2,23%

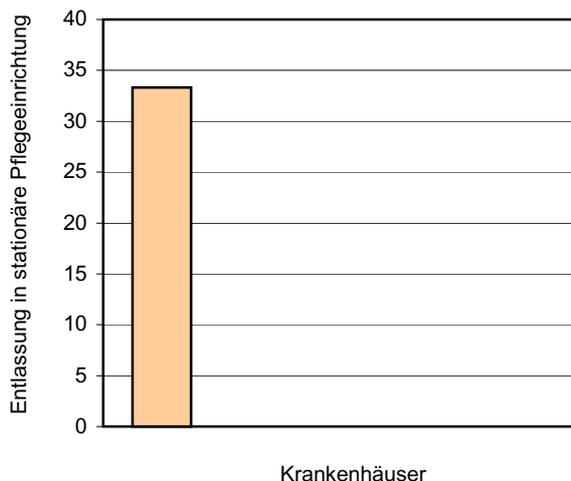
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68147]:
Anteil von Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden,
an Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,6%
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaus-Letalität

Qualitätsziel: Niedrige Krankenhaus-Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/PNEU/68149
Referenzbereich: <= 21,0% (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.508 / 9.601	15,7%
Vertrauensbereich				14,98% - 16,45%
Referenzbereich		<= 21,0%		<= 21,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.367 / 8.664	15,8%
Vertrauensbereich				15,02% - 16,56%

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten

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: 2006/PNEU/69948
 Risikoklasse 2: 2006/PNEU/69950
 Risikoklasse 3: 2006/PNEU/69952

Referenzbereich: Risikoklasse 1: <= 7,9% (90%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 2: <= 21,6% (90%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 3: <= 51,6% (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 7,9%	<= 21,6%	<= 51,6%

	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	55 / 1.713 3,2%	1.159 / 7.083 16,4%	294 / 805 36,5%
Vertrauensbereich	2,43% - 4,16%	15,51% - 17,25%	33,19% - 39,96%
Referenzbereich	<= 7,9%	<= 21,6%	<= 51,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	28 / 1.444 1,9%	809 / 5.756 14,1%	530 / 1.464 36,2%
Vertrauensbereich	1,29% - 2,79%	13,17% - 14,98%	33,74% - 38,72%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2006/PNEU/68149]:

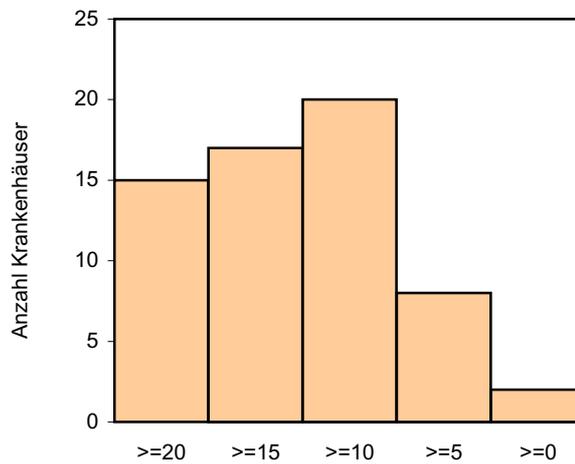
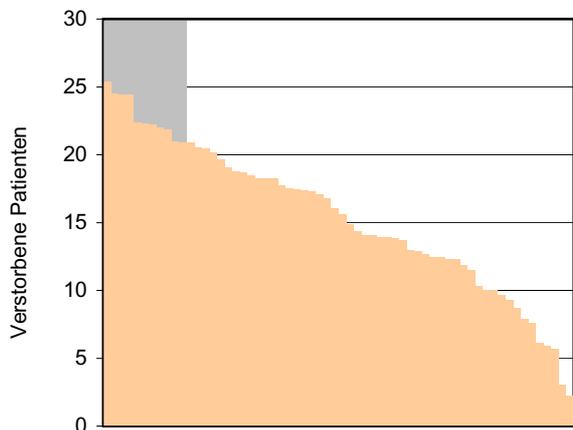
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2,2% - 25,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 15,8%



Krankenhäuser

%

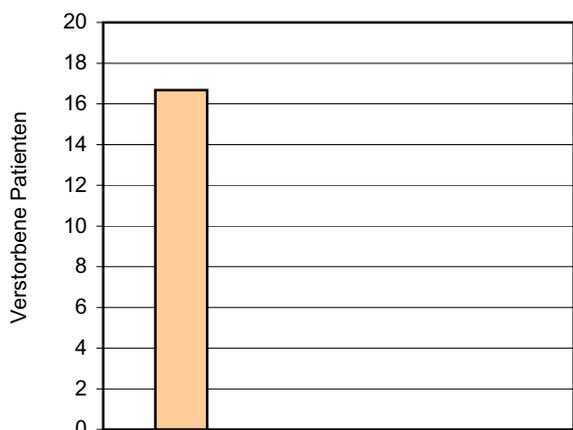
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69948]:

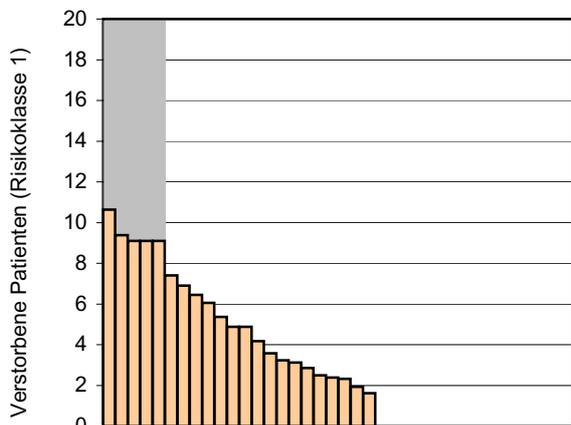
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

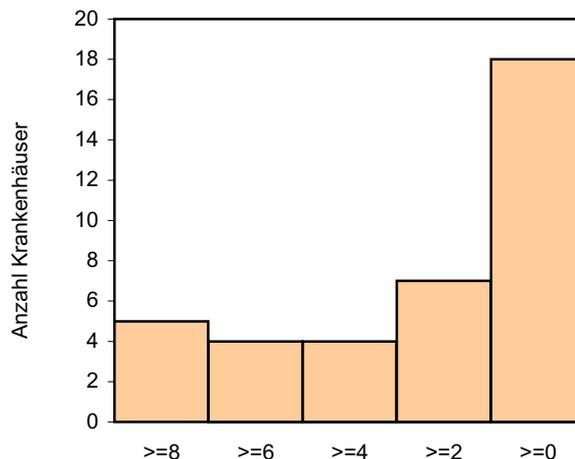
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,4%



Krankenhäuser



%

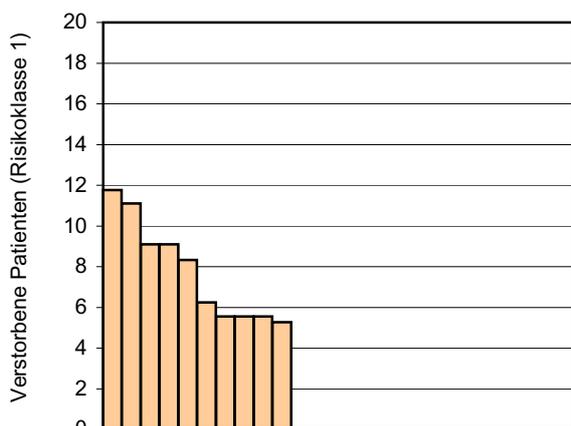
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69950]:

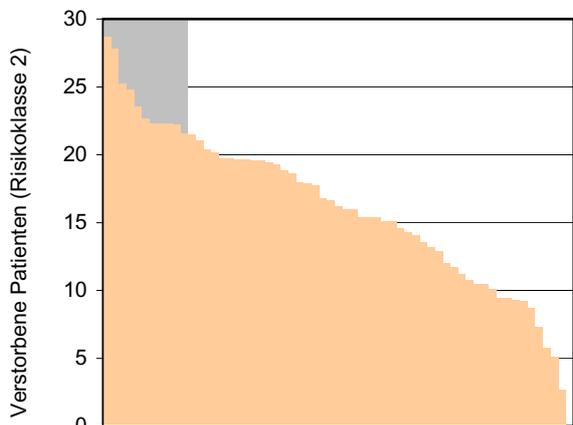
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

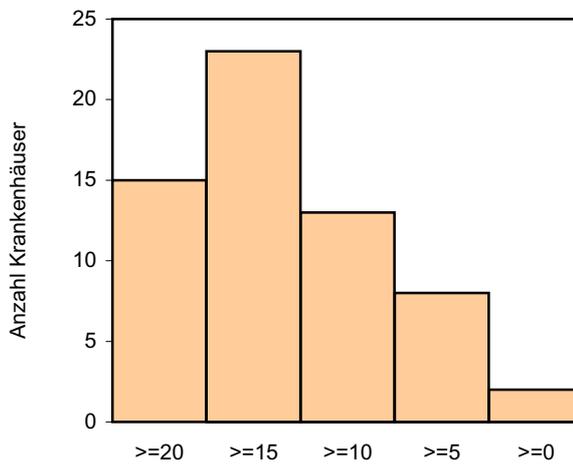
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 28,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 16,2%



Krankenhäuser



%

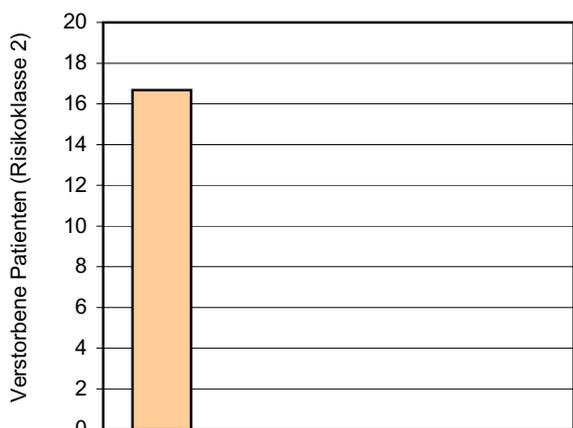
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10d, Kennzahl-ID 2006/PNEU/69952]:

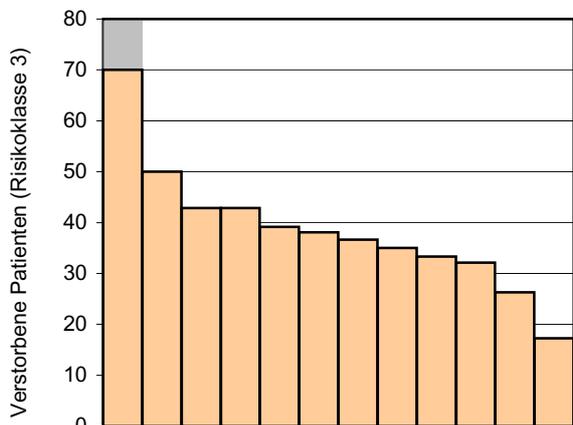
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

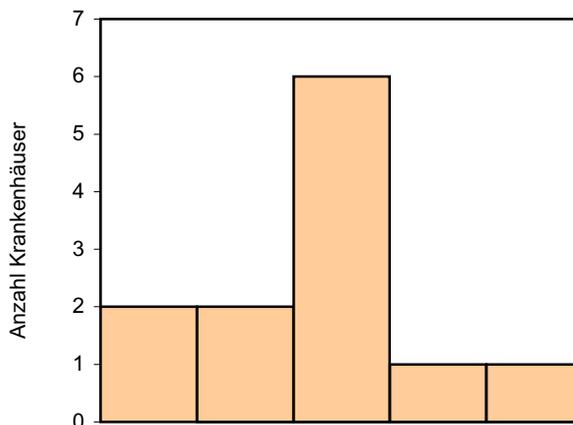
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 17,2% - 70,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 37,4%



Krankenhäuser



%

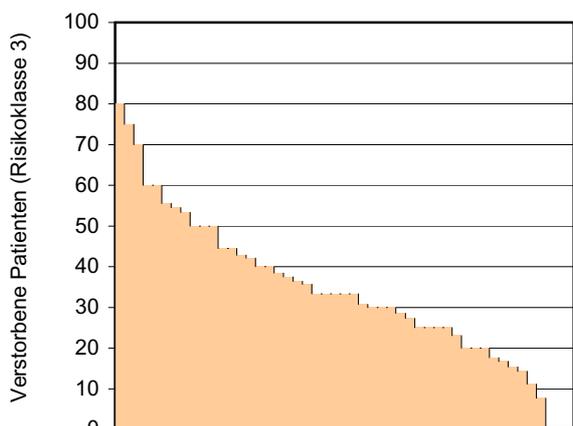
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 33,3%



Krankenhäuser

49 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoklassen nach CURB

Alle Patienten

	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	380 / 4.450 8,5%	929 / 4.622 20,1%	131 / 313 41,9%
	Krankenhaus 2005		
Vorjahresdaten	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	152 / 3.241 4,7%	897 / 4.570 19,6%	250 / 639 39,1%

Verstorbene Patienten in einzelnen Altersklassen

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			9.601	
18 - 19 Jahre			1 / 49	2,0%
20 - 29 Jahre			2 / 280	0,7%
30 - 39 Jahre			1 / 336	0,3%
40 - 49 Jahre			23 / 523	4,4%
50 - 59 Jahre			52 / 766	6,8%
60 - 69 Jahre			162 / 1.426	11,4%
70 - 79 Jahre			389 / 2.533	15,4%
80 - 89 Jahre			566 / 2.676	21,2%
>= 90 Jahre			312 / 1.012	30,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			8.664	
18 - 19 Jahre			1 / 47	2,1%
20 - 29 Jahre			3 / 228	1,3%
30 - 39 Jahre			3 / 299	1,0%
40 - 49 Jahre			20 / 446	4,5%
50 - 59 Jahre			61 / 684	8,9%
60 - 69 Jahre			148 / 1.422	10,4%
70 - 79 Jahre			348 / 2.329	14,9%
80 - 89 Jahre			500 / 2.299	21,7%
>= 90 Jahre			283 / 910	31,1%

Verstorbene Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.508 / 9.601	
18 - 19 Jahre			1 / 1.508	0,1%
20 - 29 Jahre			2 / 1.508	0,1%
30 - 39 Jahre			1 / 1.508	0,1%
40 - 49 Jahre			23 / 1.508	1,5%
50 - 59 Jahre			52 / 1.508	3,4%
60 - 69 Jahre			162 / 1.508	10,7%
70 - 79 Jahre			389 / 1.508	25,8%
80 - 89 Jahre			566 / 1.508	37,5%
>= 90 Jahre			312 / 1.508	20,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.367 / 8.664	
18 - 19 Jahre			1 / 1.367	0,1%
20 - 29 Jahre			3 / 1.367	0,2%
30 - 39 Jahre			3 / 1.367	0,2%
40 - 49 Jahre			20 / 1.367	1,5%
50 - 59 Jahre			61 / 1.367	4,5%
60 - 69 Jahre			148 / 1.367	10,8%
70 - 79 Jahre			348 / 1.367	25,5%
80 - 89 Jahre			500 / 1.367	36,6%
>= 90 Jahre			283 / 1.367	20,7%

Jahresauswertung 2006 Ambulant erworbene Pneumonie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 65
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.601
Auswertungsversion: 10. Mai 2007
Datensatzversion: PNEU 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 10. Mai 2007
Nr. Gesamt-3521
2006 - D5120-L38706-P20062

Basisdaten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.806	29,2	2.533	29,2
2. Quartal			2.351	24,5	2.310	26,7
3. Quartal			2.213	23,0	1.763	20,3
4. Quartal			2.231	23,2	2.058	23,8
Gesamt			9.601		8.664	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.601		8.664	
Median				10,0		10,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2006

1	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
3	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
7	R15	Stuhlinkontinenz
8	E86	Volumenmangel

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	3.336	34,7	J18.0	3.203	37,0
2				J18.9	2.036	21,2	J18.9	1.853	21,4
3				J18.8	1.268	13,2	I10.00	1.090	12,6
4				I10.00	1.256	13,1	J18.8	1.011	11,7
5				E11.90	916	9,5	E11.90	856	9,9
6				R32	882	9,2	R32	833	9,6
7				R15	812	8,5	R15	797	9,2
8				E86	742	7,7	I48.11	632	7,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2005 und ICD-10-GM 2006 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.601 / 9.601		8.664 / 8.664	
18 - 19 Jahre			49 / 9.601	0,5	47 / 8.664	0,5
20 - 29 Jahre			280 / 9.601	2,9	228 / 8.664	2,6
30 - 39 Jahre			336 / 9.601	3,5	299 / 8.664	3,5
40 - 49 Jahre			523 / 9.601	5,4	446 / 8.664	5,1
50 - 59 Jahre			766 / 9.601	8,0	684 / 8.664	7,9
60 - 69 Jahre			1.426 / 9.601	14,9	1.422 / 8.664	16,4
70 - 79 Jahre			2.533 / 9.601	26,4	2.329 / 8.664	26,9
80 - 89 Jahre			2.676 / 9.601	27,9	2.299 / 8.664	26,5
>= 90 Jahre			1.012 / 9.601	10,5	910 / 8.664	10,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.601		8.664	
Median				76,0		75,0
Geschlecht						
männlich			5.278	55,0	4.882	56,3
weiblich			4.323	45,0	3.782	43,7

Aufnahme

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.240	23,3	1.942	22,4
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			468	4,9	358	4,1
Chronische Bettlägerigkeit			2.717	28,3	2.483	28,7
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung wenn nein			182	1,9	160	1,8
Desorientierung (bei Aufnahme)					2.874	33,8
pneumoniebedingt ¹			776	8,2	-	-
nicht pneumoniebedingt ¹			2.564	27,2	-	-
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			9.419		8.504	
Median				23,0		22,0
Mittelwert				23,3		22,9
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			9.419		8.504	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				131,3		131,8
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			9.419		8.504	
Median				76,0		77,0
Mittelwert				74,9		75,2

¹ Diese Abfrage erfolgte erstmalig in 2006, daher ist sie für die Vorjahresdaten 2005 nicht darstellbar.

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Harnstoff im Serum (bei Aufnahme)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mmol/L			4.967		4.138	
Median				7,1		7,2
Mittelwert				9,1		9,3
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mg/dL			21		71	
Median				11,0		30,0
Mittelwert				29,9		42,7
Harnstoff im Serum nicht bestimmt			4.431	47,0	4.295	50,5
Harnstoff-Stickstoff im Serum (bei Aufnahme)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mmol/L			85		120	
Median				5,2		5,4
Mittelwert				6,7		7,4
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mg/dL			0		1	
Median						13,0
Mittelwert						13,0
Harnstoff-Stickstoff im Serum nicht bestimmt			9.334	99,1	8.383	98,6
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			904	9,4	1.033	11,9
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			7.412	77,2	6.575	75,9
4 bis unter 8 Stunden			455	4,7	282	3,3
8 Stunden und später			830	8,6	774	8,9
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			332	3,5	377	4,4
4 bis unter 8 Stunden			7.115	74,1	6.551	75,6
8 Stunden und später			984	10,2	661	7,6
			1.170	12,2	1.075	12,4

Verlauf

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			2.225	23,2	1.792	20,7
nach 24 Stunden und später			5.858	61,0	5.355	61,8
			1.518	15,8	1.517	17,5
Verlaufskontrolle C-reaktives Protein im Serum am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme						
wenn ja			7.383	76,9	6.381	73,6
Abfall des C-reaktiven Proteins am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme			5.938	80,4	5.103	80,0
wenn kein Abfall des C-reaktiven Proteins i. S.: Änderung des diagnostischen und/oder therapeutischen Vorgehens			996	68,9	874	68,4
Maschinelle Beatmung						
nein			9.135	95,1	8.238	95,1
ja, ausschließlich nicht-invasiv			89	0,9	82	0,9
ja, ausschließlich invasiv			236	2,5	223	2,6
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			141	1,5	121	1,4
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			466		426	
Median				102,0		89,0
Mittelwert				222,5		233,2
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			42	0,4	32	0,4
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				115,0		106,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			419	89,9	375	88,0

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6.632	69,1	6.182	71,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			129	1,3	125	1,4
03: aus sonstigen Gründen			5	0,1	4	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			97	1,0	91	1,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			281	2,9	282	3,3
07: Tod			1.508	15,7	1.367	15,8
08: Verlegung nach § 14			15	0,2	11	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			139	1,4	98	1,1
10: in Pflegeeinrichtung			742	7,7	453	5,2
11: in Hospiz			5	0,1	1	0,0
12: interne Verlegung			11	0,1	3	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			11	0,1	12	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,0	3	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	3	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			6	0,1	8	0,1
18: Rückverlegung			3	0,0	2	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			6	0,1	12	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			2	0,0	1	0,0
21: Wiederaufnahme			4	0,0	5	0,1

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 Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung 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 | |

Dauer der maschinellen Beatmung

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		261	87,0	258	79,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		88	140,0	76	165,0
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		75	46,0	72	23,5
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		98	110,0	110	92,5
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		16	94,0	8	40,5
Risikoklasse 2 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		69	120,0	72	102,0
Risikoklasse 3 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		13	240,0	30	115,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Stratifizierte Beatmungsdauer

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
< 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		57	8,0	68	8,5
24 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		80	48,0	74	55,0
96 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		22	126,0	22	128,5
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		102	447,5	94	380,5
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
< 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		9	10,0	6	10,5
24 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		26	48,0	20	57,5
96 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		11	132,0	7	126,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		42	363,0	43	400,0

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)	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
< 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		22	10,5	37	9,0
24 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		33	48,0	21	52,0
96 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		6	116,5	5	104,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		14	295,5	9	202,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
< 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		26	6,5	25	8,0
24 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		21	49,0	33	54,0
96 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		5	120,0	10	133,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		46	510,5	42	380,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Wenn Entlassungsgrund 1, 2, 3, 13 oder 14	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005 ¹	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			6.780		6.326	
Desorientierung					1.141	18,0
pneumoniebedingt ²			61	0,9	-	-
nicht pneumoniebedingt ²			1.242	18,3	-	-
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.510	96,0	5.866	92,7
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min (0 - 24/min)			5.217	76,9	5.048	79,8
über 24/min (25/min oder mehr)			50	0,7	64	1,0
nicht bestimmt			1.513	22,3	1.214	19,2
Herzfrequenz						
maximal 100/min (0 - 100/min)			6.251	92,2	6.140	97,1
über 100/min (101/min oder mehr)			51	0,8	68	1,1
nicht bestimmt			478	7,1	118	1,9
Temperatur						
maximal 37,2° C (0 - 37,2° C)			6.347	93,6	6.173	97,6
über 37,2° C (37,3° C oder mehr)			55	0,8	67	1,1
nicht bestimmt			378	5,6	86	1,4
Sauerstoffsättigung						
unter 90% (0 - 89%)			237	3,5	248	3,9
mindestens 90% (90 - 100%)			4.205	62,0	3.558	56,2
nicht bestimmt			2.338	34,5	2.520	39,8
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg (0 - 89 mmHg)			101	1,5	100	1,6
mindestens 90 mmHg (90 - 350 mmHg)			6.114	90,2	5.916	93,5
nicht bestimmt			565	8,3	310	4,9

¹ Die prozentualen Vorjahresergebnisse sind mit der modifizierten Rechenregel 2006 berechnet und weichen von der Auswertung 2005 ab.

² Diese Abfrage erfolgte erstmalig in 2006, daher ist sie für die Vorjahresdaten 2005 nicht darstellbar.

Letalität

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.508 / 9.601	15,7	1.367 / 8.664	15,8
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			643 / 2.240	28,7	582 / 1.942	30,0
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			65 / 182	35,7	62 / 160	38,8
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			73 / 468	15,6	63 / 358	17,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.435 / 9.133	15,7	1.304 / 8.306	15,7
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			14 / 42	33,3	8 / 32	25,0
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			792 / 6.893	11,5	722 / 6.364	11,3
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			182 / 466	39,1	184 / 426	43,2

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. 2.3) 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 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. die 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% der 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 2006.

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.

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 2006 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2005 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 2006. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2005 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2006 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.

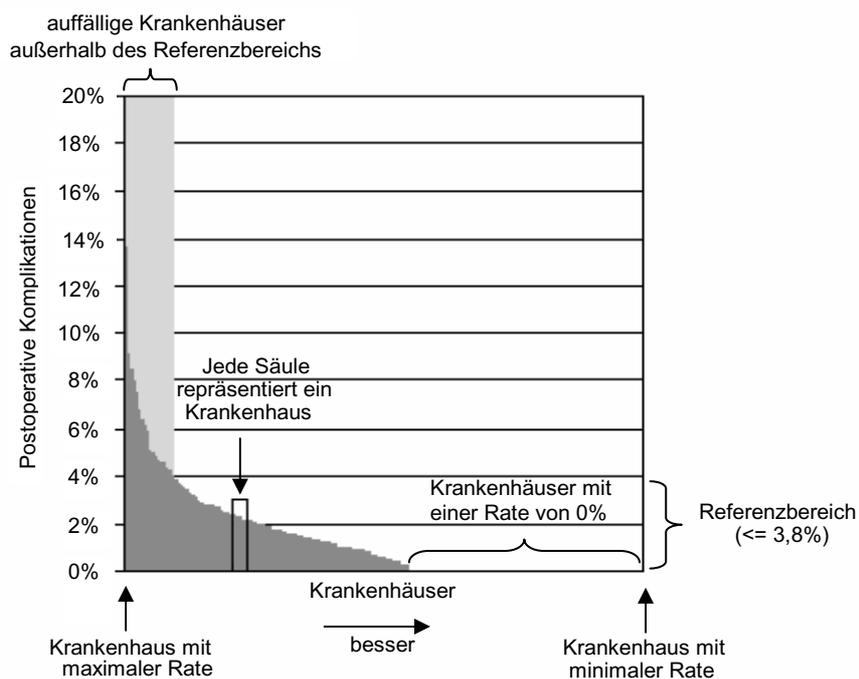
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

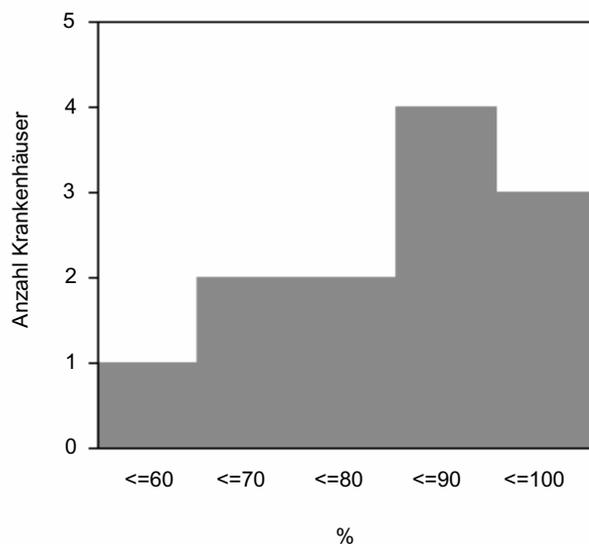
Beispiel:

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 2006/18n1-MAMMA/46200 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Postoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2006.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z.B. 46200) 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.

Perzentile 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.