

Jahresauswertung 2005 Ambulant erworbene Pneumonie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 68
Auswertungsversion: 24. Mai 2006
Datensatzversion: PNEU 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 31. Mai 2006
Nr. Gesamt-3031
2005 - D4062-L29911-P17230

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Abweichung ¹	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
Alle Patienten			79,1%	= 100%	-20,9%	1.1
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			79,0%	nicht definiert		1.1
Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			83,2%	nicht definiert		1.1
QI 2: Antimikrobielle Therapie						
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			83,4%	>= 76,1%	7,3%	1.5
QI 3: Frühmobilisation						
Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			85,4%	>= 67,7%	17,7%	1.8
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			75,4%	>= 51,2%	24,2%	1.8
QI 4: Verlaufskontrolle CRP						
			79,3%	>= 65,0%	14,3%	1.12
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			67,7%	>= 38,9%	28,8%	1.14
Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			68,2%	n.b.		1.14

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: Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)						
Ausschließlich invasiv maschinell beatmete Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen und bei der Aufnahme nicht invasiv maschinell beatmet wurden						
Davon Patienten der:			92,5	n.b.		1.17
Risikoklasse 1 nach CRB-65			40,5	n.b.		1.19
Risikoklasse 2 nach CRB-65			102,0	n.b.		1.19
Risikoklasse 3 nach CRB-65			115,0	n.b.		1.19
QI 7: PEEP bei maschineller Beatmung						
			91,0%	= 100%	-9,0%	1.24
QI 8: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien						
			54,7%	= 100%	-45,3%	1.26
QI 9: Klinische Stabilitätskriterien						
			98,0%	>= 95%	3,0%	1.28
QI 10: Stationäre Pflegeeinrichtung						
			1,9%	<= 5,2%	3,3%	1.30
QI 11: Krankenhaus-Letalität						
Alle Patienten			15,8%	<= 20,1%	4,3%	1.32
Davon Patienten der:						
Risikoklasse 1 nach CRB-65			1,9%	<= 5,0%	3,1%	1.32
Risikoklasse 2 nach CRB-65			14,1%	<= 18,9%	4,8%	1.32
Risikoklasse 3 nach CRB-65			36,2%	<= 48,1%	11,9%	1.32

¹ 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 befundete Kriterium:
 - o Desorientiertheit (Mental Confusion)
 - o Spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$ (Respiratory rate)
 - o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) (Blood pressure)
 - o Alter ≥ 65 Jahre

Folgende Kriterien sind Bestandteil des CURB-Scores:

- Ein Punkt für jedes befundete Kriterium:
 - o Desorientiertheit (Mental Confusion)
 - o Aufnahmewert Harnstoff bzw. Harnstoff-Stickstoff (Urea) $> 7\text{mmol}$
 - o Spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$ (Respiratory rate)
 - o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) (Blood 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

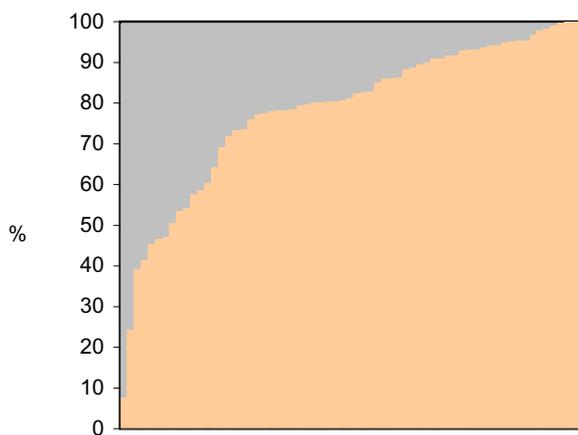
Referenzbereich:
 Gruppe 1: = 100%
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.
 Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.

	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			
Vertrauensbereich	= 100%	nicht definiert	nicht definiert
Referenzbereich			

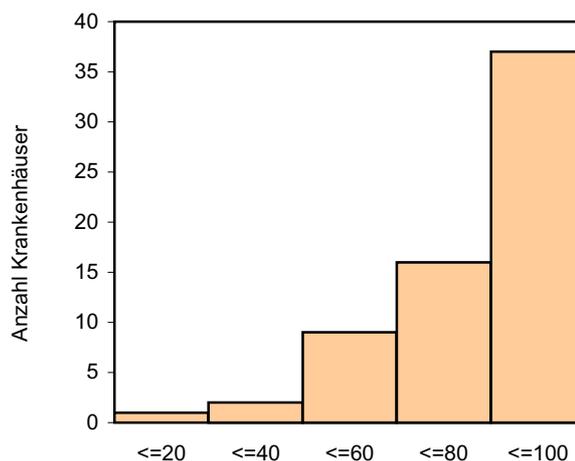
	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	6.857 / 8.664 79,1%	6.559 / 8.306 79,0%	298 / 358 83,2%
Vertrauensbereich	78,27% - 79,99%	78,07% - 79,84%	78,95% - 86,96%
Referenzbereich	= 100,0%	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
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 7,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 81,1%



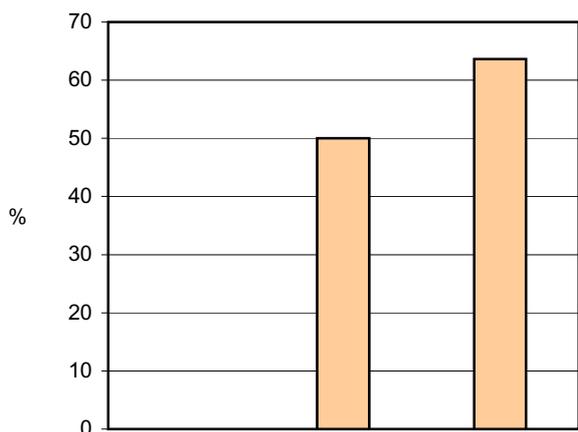
Krankenhäuser



%

65 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% - 63,6%
 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]:

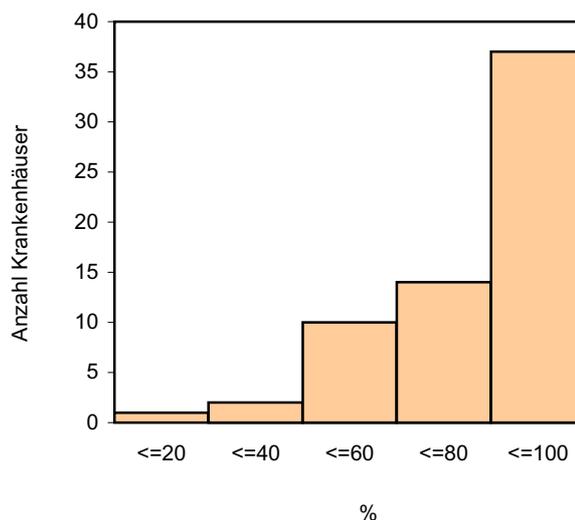
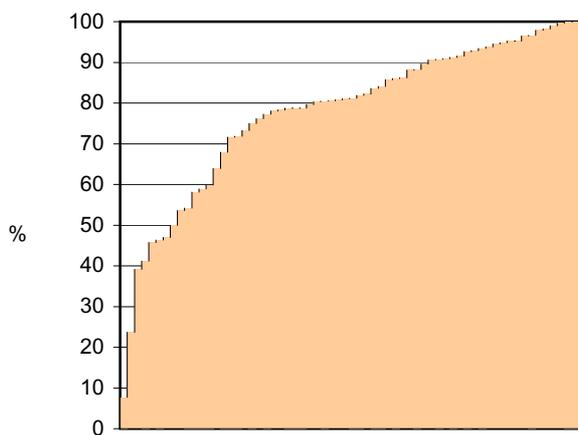
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 81,1%



Krankenhäuser

%

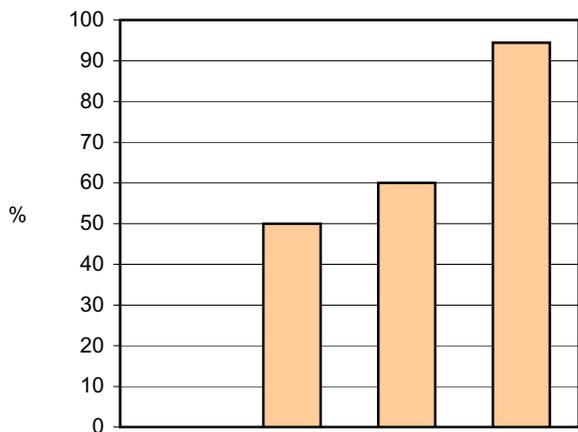
64 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 94,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 55,0%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1c]:

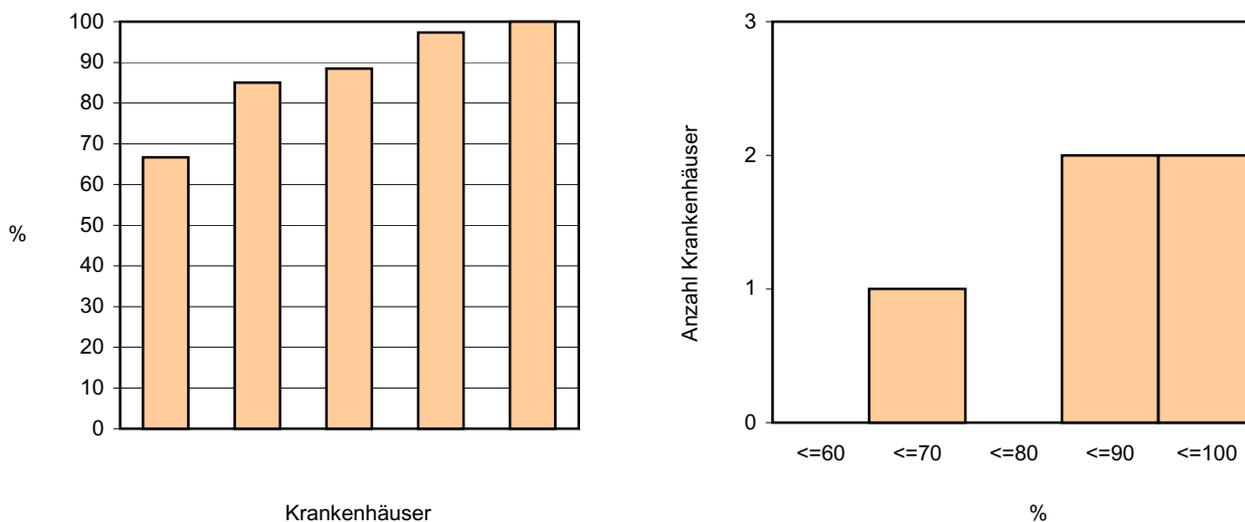
Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme an Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhauseergebnisse: 88,5%



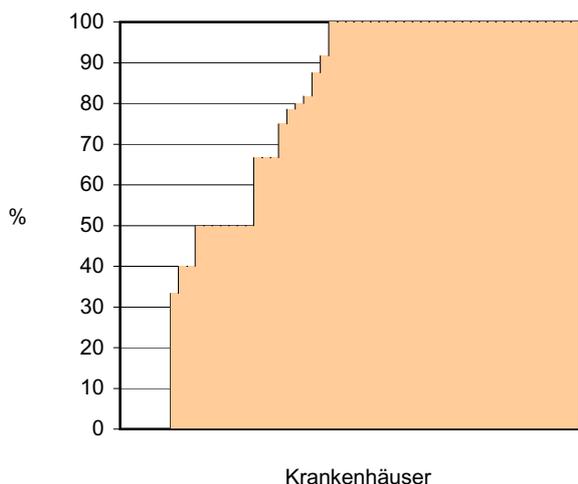
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



55 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

Referenzbereich: Gruppe 2: $\geq 76,1\%$ (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		$\geq 76,1\%$	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	7.212 / 8.664 83,2%	6.930 / 8.306 83,4%	282 / 358 78,8%
Vertrauensbereich		82,62% - 84,23%	
Referenzbereich		$\geq 76,1\%$	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	377 / 8.664 4,4%	353 / 8.306 4,2%	24 / 358 6,7%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2]:

Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden

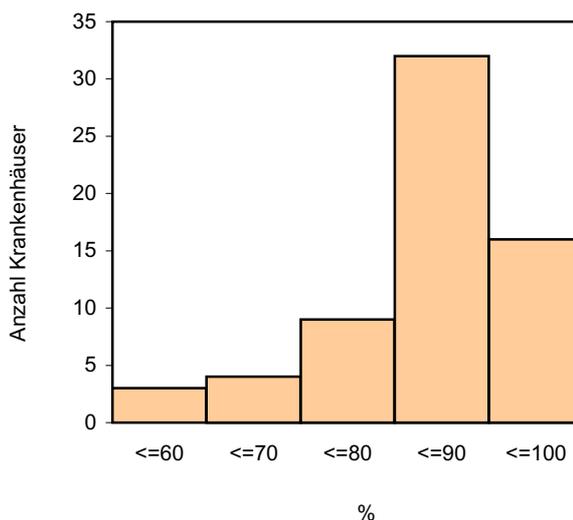
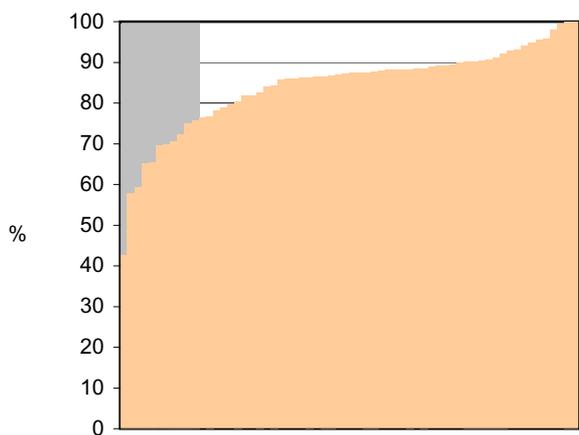
nach stationärer Aufnahme an Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 42,5% - 100,0%

Median der Krankenhäusergebnisse: 87,3%



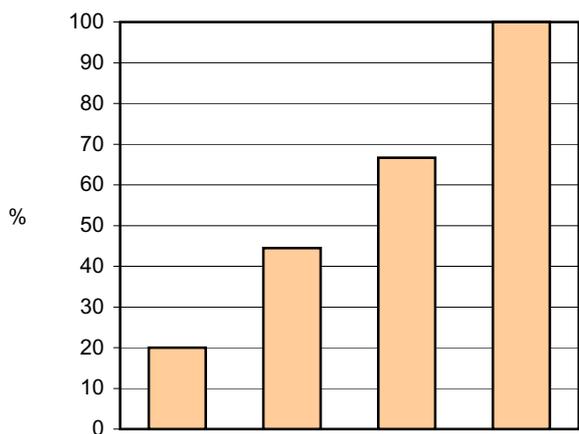
64 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 20,0% - 100,0%

Median der Krankenhäusergebnisse: 55,6%



4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung 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			
	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.150 / 1.444 79,6%	4.776 / 5.756 83,0%	1.286 / 1.464 87,8%

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			
	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.113 / 1.394 79,8%	4.627 / 5.555 83,3%	1.190 / 1.357 87,7%

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			4.453 / 5.869	75,9%

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: $\geq 67,7\%$ (10%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 2: $\geq 51,2\%$ (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	$\geq 67,7\%$	$\geq 51,2\%$	

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.179 / 1.381 85,4%	3.080 / 4.083 75,4%	194 / 405 47,9%
Vertrauensbereich	83,40% - 87,20%	74,08% - 76,75%	
Referenzbereich	$\geq 67,7\%$	$\geq 51,2\%$	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a]:

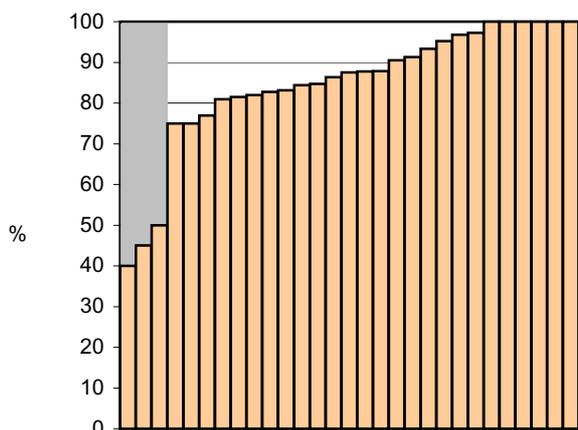
Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

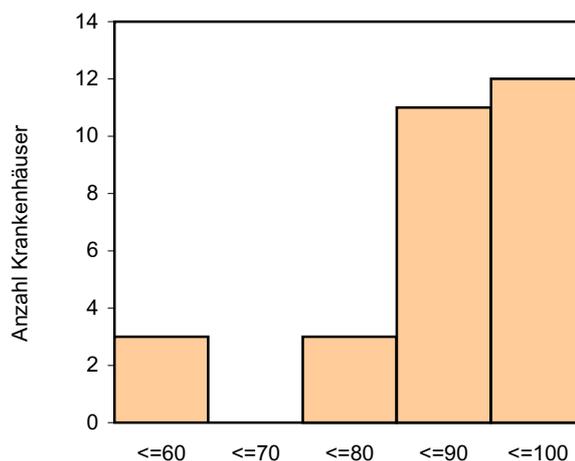
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 40,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 87,5%



Krankenhäuser



%

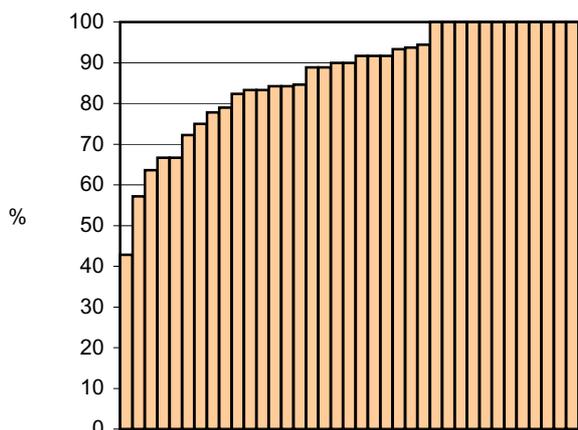
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 42,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,0%



Krankenhäuser

37 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b]:

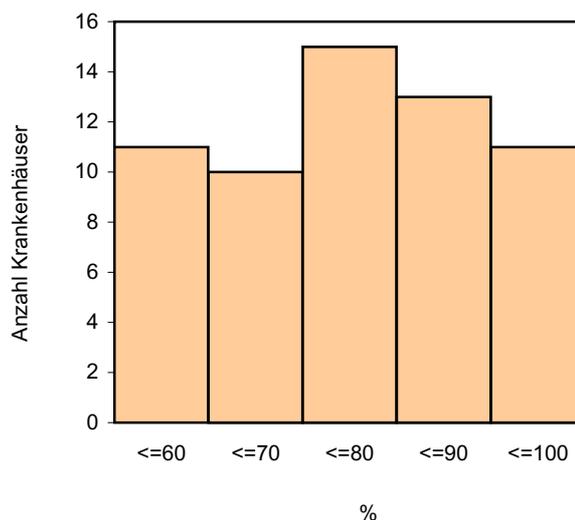
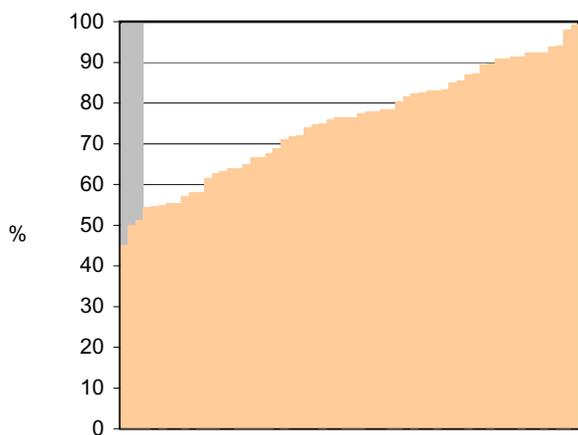
Anteil von Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 45,0% - 99,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 76,5%



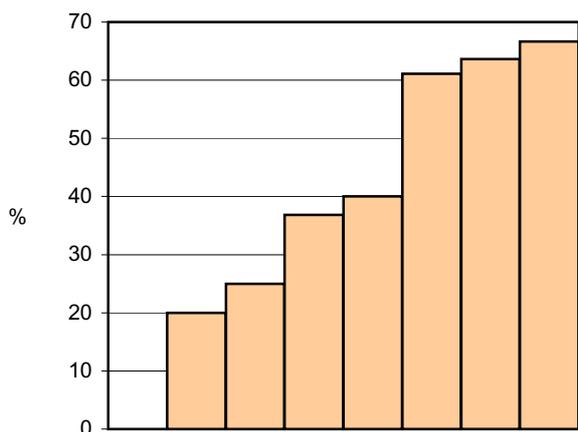
60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 66,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 38,4%



8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung 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			
	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	2.463 / 2.982 82,6%	1.861 / 2.653 70,1%	87 / 189 46,0%

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: >= 65,0% (10%-Bundesperzentile)

	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%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4]:

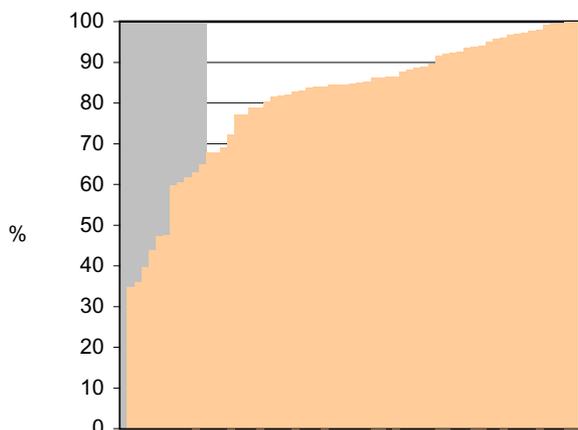
Anteil von Patienten, bei denen das CRP bestimmt ist, an Patienten mit Verweildauer ≥ 4 Tage

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

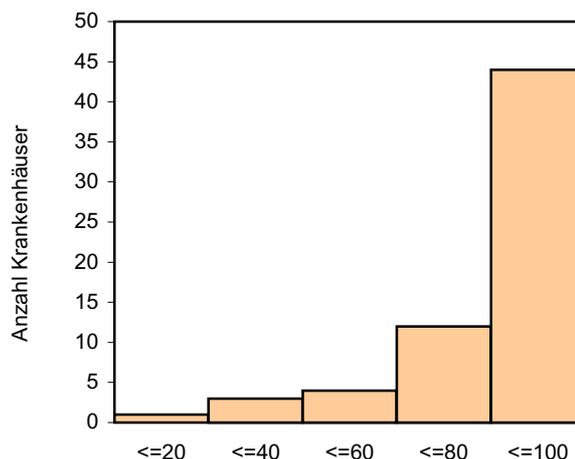
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 84,6%



Krankenhäuser



%

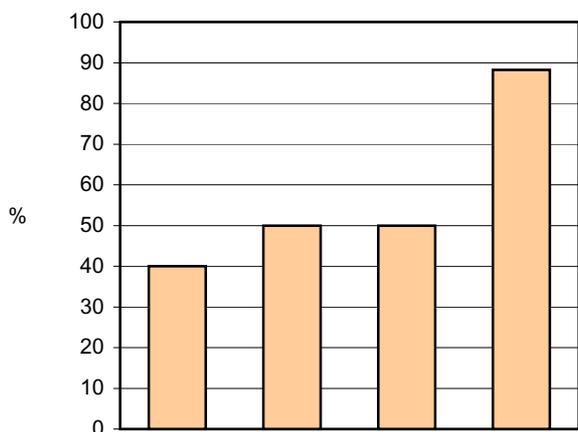
64 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 40,0% - 88,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 50,0%



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: 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			874 / 1.278	68,4%

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: $\geq 38,9\%$ (10%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 3: n.b. (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		$\geq 38,9\%$	n.b.

	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	85 / 115 73,9%	613 / 905 67,7%	176 / 258 68,2%
Vertrauensbereich	64,87% - 81,67%	64,58% - 70,77%	62,15% - 73,86%
Referenzbereich		$\geq 38,9\%$	n.b.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a]:

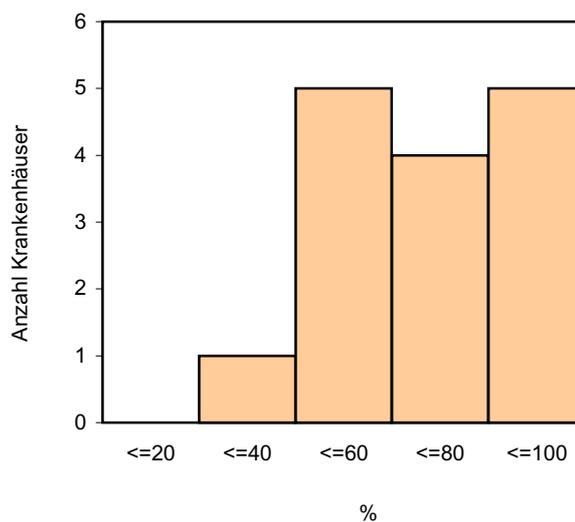
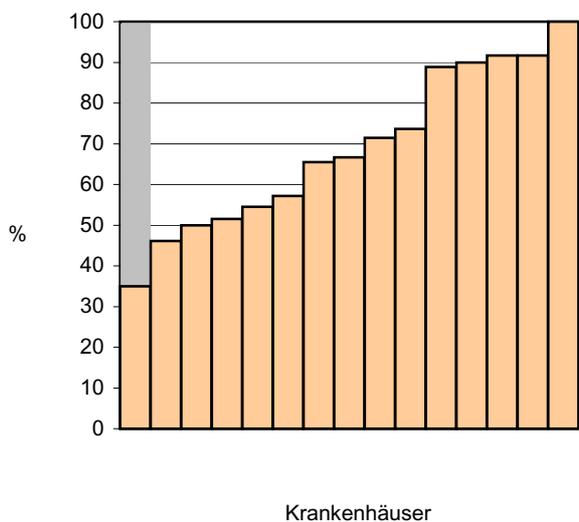
Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 66,7%



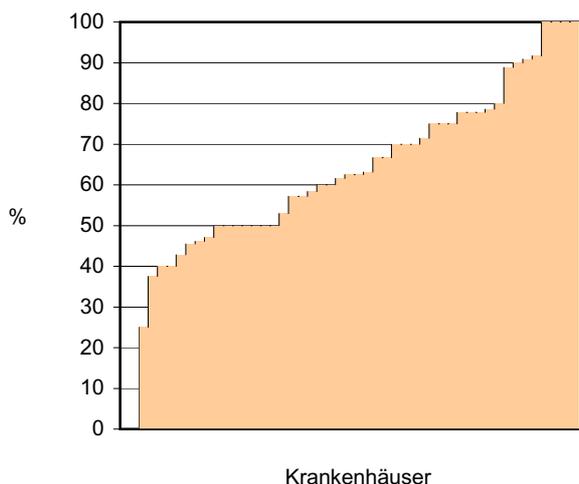
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 62,5%



49 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

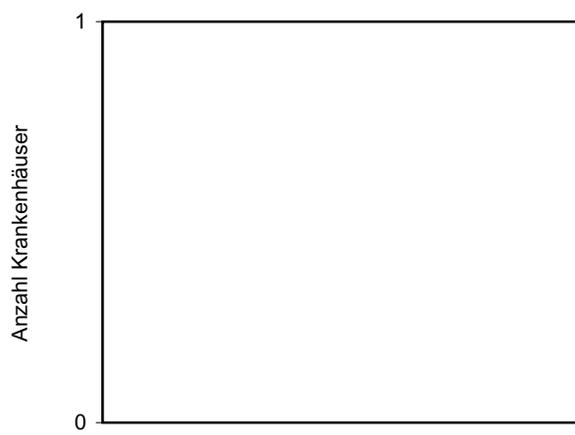
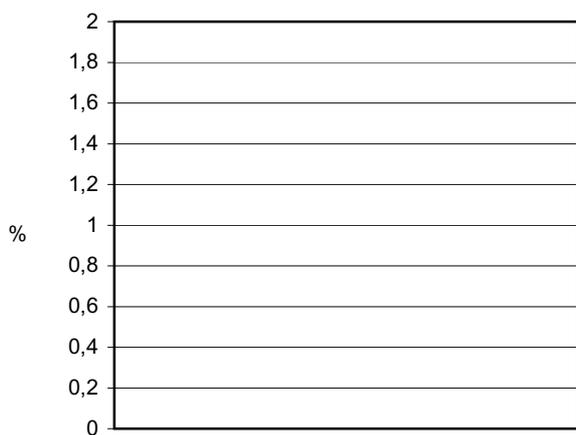
Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

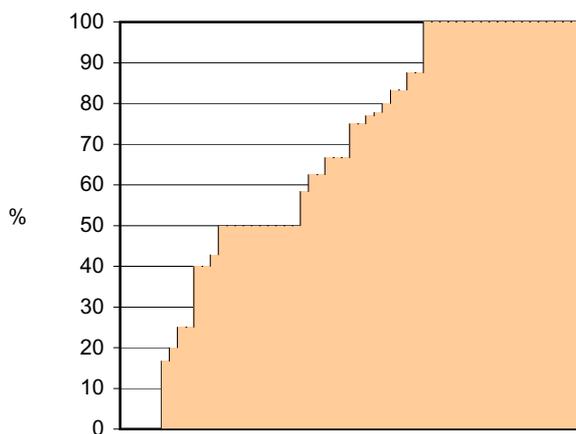
%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 70,8%



Krankenhäuser

56 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung 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/oder bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)

Referenzbereich: Gruppe 3: nicht berechenbar (n.b.) (90%-Perzentile)

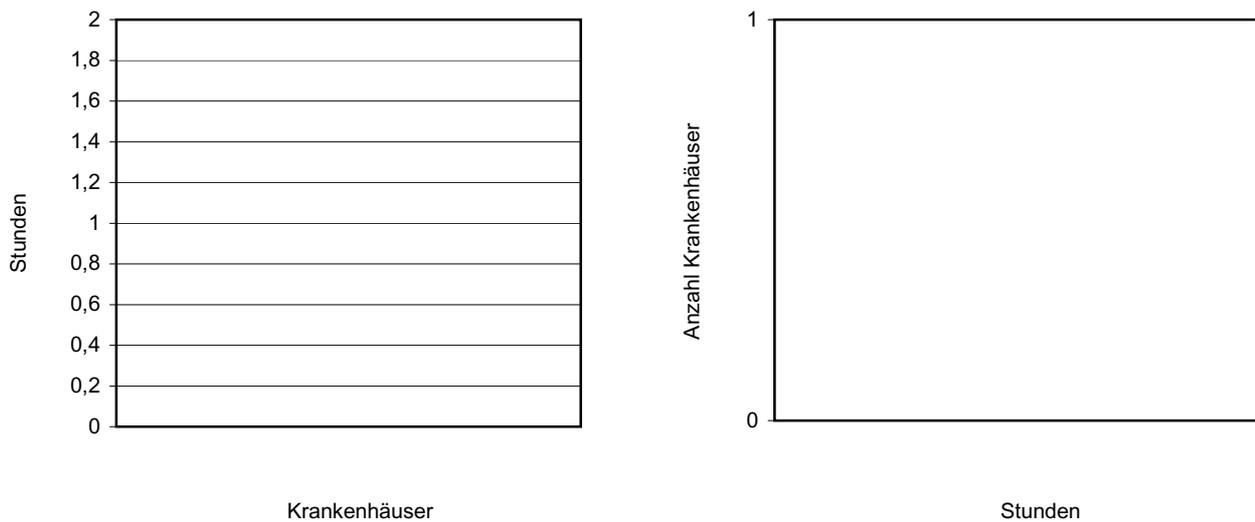
	Krankenhaus 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten ¹				
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)				
Referenzbereich			n.b.	

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten ¹	258	72	110	76
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)	79,0	23,5	92,5	165,0
Referenzbereich			n.b.	

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

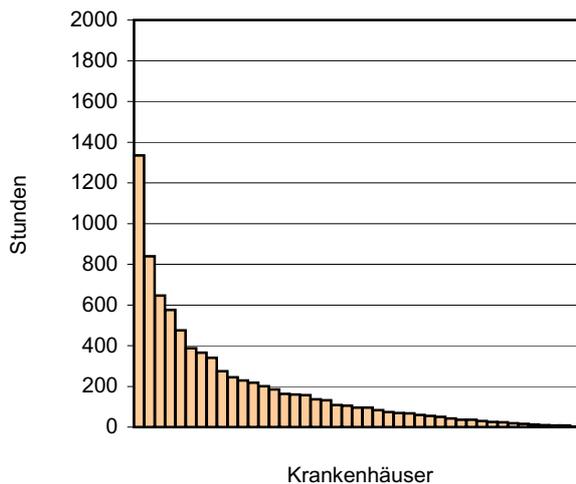
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten,
die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden**
25 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 1,0 Stunden - 1.334,5 Stunden
Median der Krankenhausergebnisse: 95,0 Stunden



43 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung 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: nicht berechenbar (n.b.) (90%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 2: nicht berechenbar (n.b.) (90%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 3: nicht berechenbar (n.b.) (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Anzahl Patienten ¹			
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) Referenzbereich	n.b.	n.b.	n.b.
	Gesamt 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Anzahl Patienten ¹	8	72	30
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) Referenzbereich	40,5 n.b.	102,0 n.b.	115,0 n.b.

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:

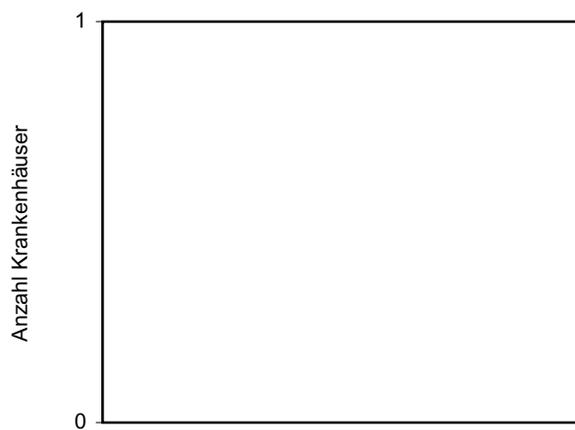
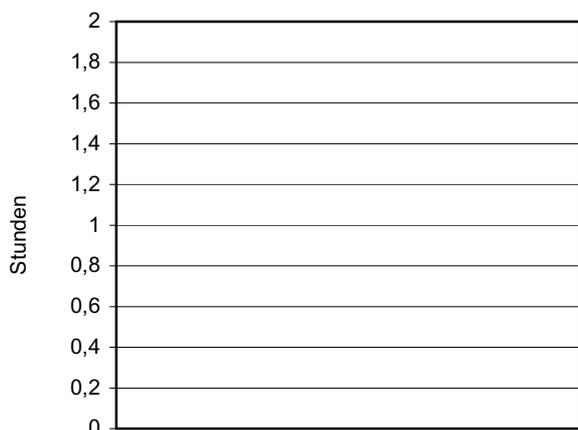
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65

61 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

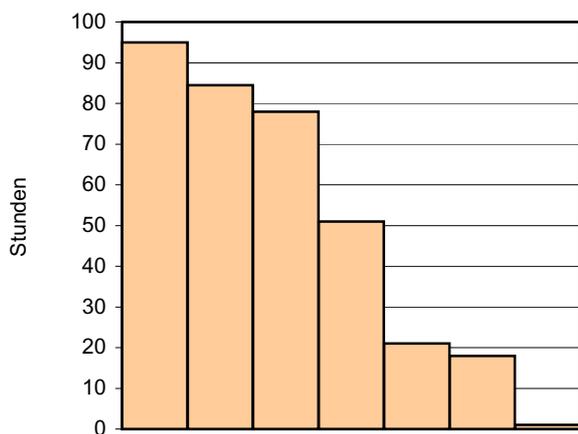
Stunden

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: 1,0 Stunden - 95,0 Stunden

Median der Krankenhausergebnisse: 51,0 Stunden



Krankenhäuser

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c]:

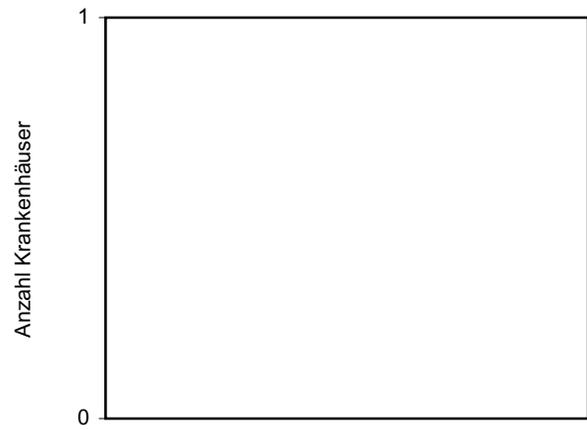
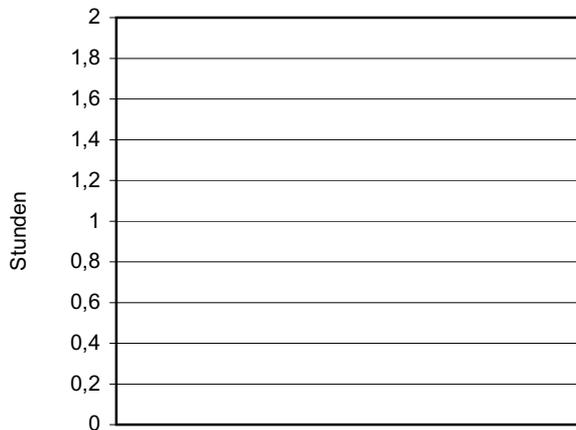
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

33 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

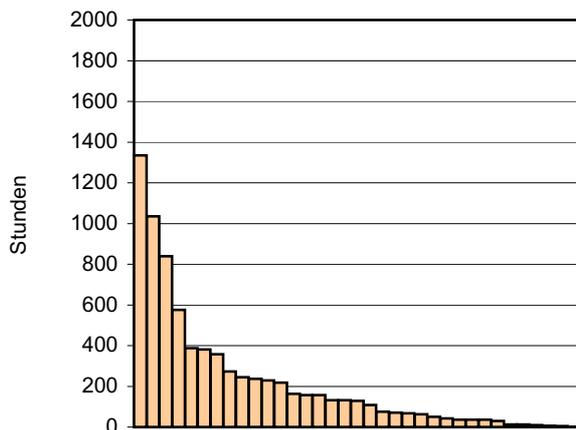
Stunden

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: 2,0 Stunden - 1.334,5 Stunden

Median der Krankenhausergebnisse: 128,5 Stunden



Krankenhäuser

35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d]:

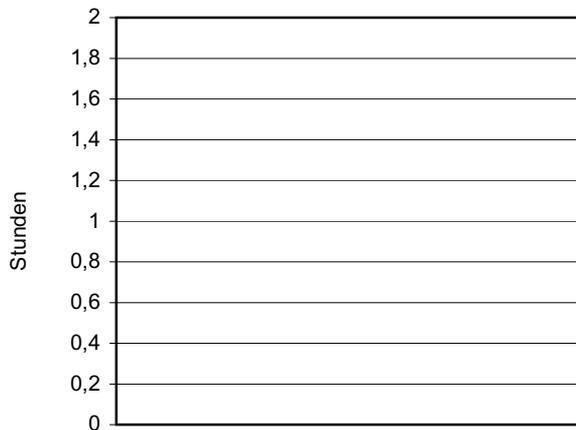
Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden) bei Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65

49 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

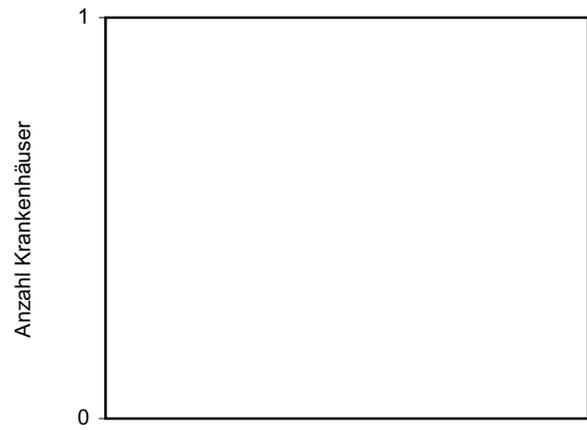
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser



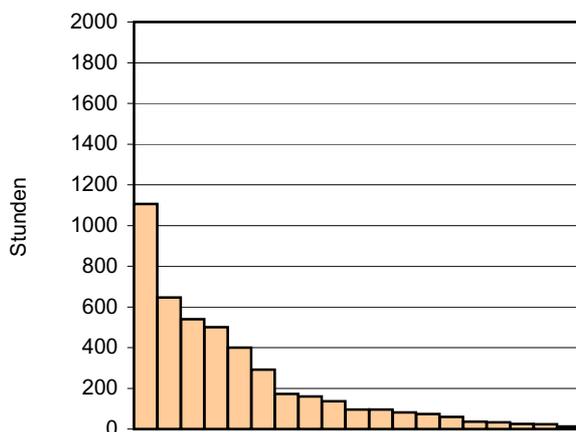
Stunden

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: 13,0 Stunden - 1.106,0 Stunden

Median der Krankenhausergebnisse: 96,0 Stunden



Krankenhäuser

19 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung 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/oder bei der Aufnahme invasiv maschinell beatmet wurden)

	Krankenhaus 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten ¹				
Dauer der maschinellen Beatmung				
Bis 24 Stunden				
24 bis 96 Stunden				
96 bis 144 Stunden				
Über 144 Stunden				

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl Patienten ¹	258	72	110	76
Dauer der maschinellen Beatmung				
Bis 24 Stunden	68 26,4%	37 51,4%	25 22,7%	6 7,9%
24 bis 96 Stunden	74 28,7%	21 29,2%	33 30,0%	20 26,3%
96 bis 144 Stunden	22 8,5%	5 6,9%	10 9,1%	7 9,2%
Über 144 Stunden	94 36,4%	9 12,5%	42 38,2%	43 56,6%

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Qualitätsindikator 7: PEEP bei maschineller Beatmung

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

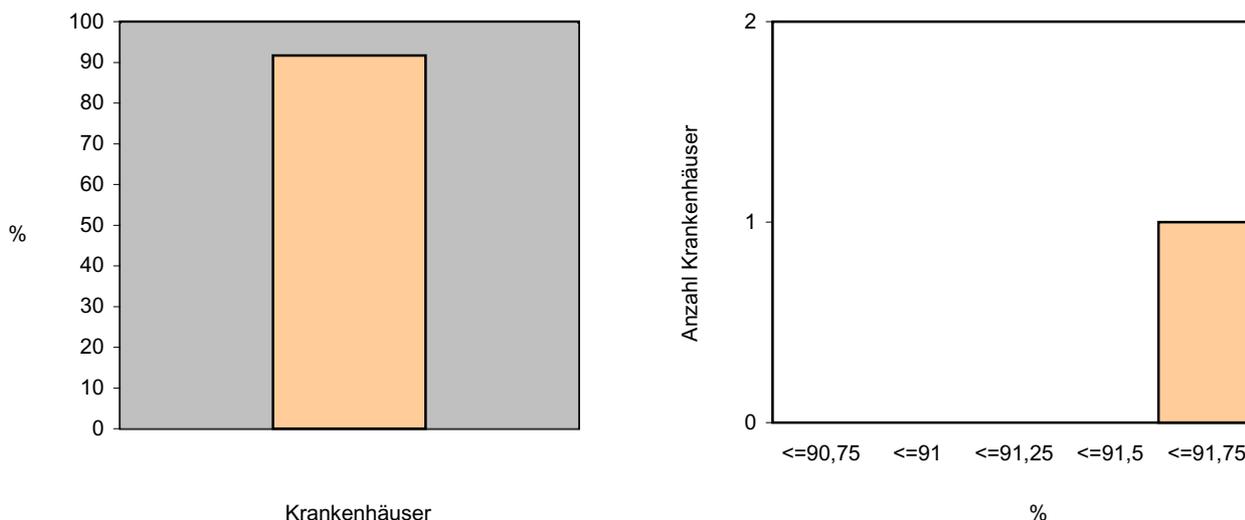
Grundgesamtheit: Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem PEEP >= 5 cmH ₂ O			203 / 223	91,0%
Vertrauensbereich				86,47% - 94,45%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

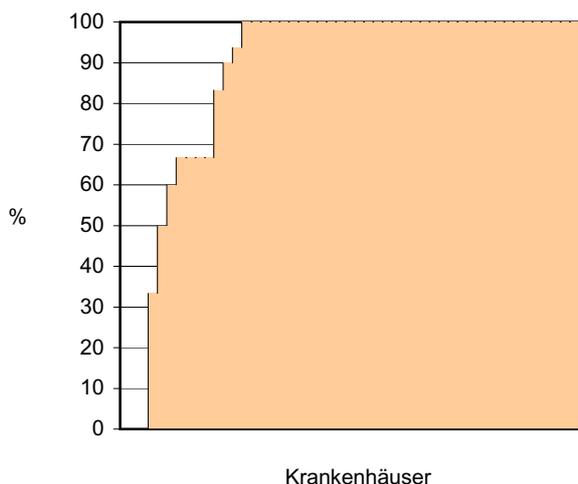
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7]:
Anteil von Patienten mit einem PEEP von mindestens 5 cmH₂O an Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung
 18 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 91,7% - 91,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 91,7%



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%



49 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung 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			3.458 / 6.326	54,7%
Vertrauensbereich				53,43% - 55,90%
Referenzbereich		= 100%		= 100%
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 8]:

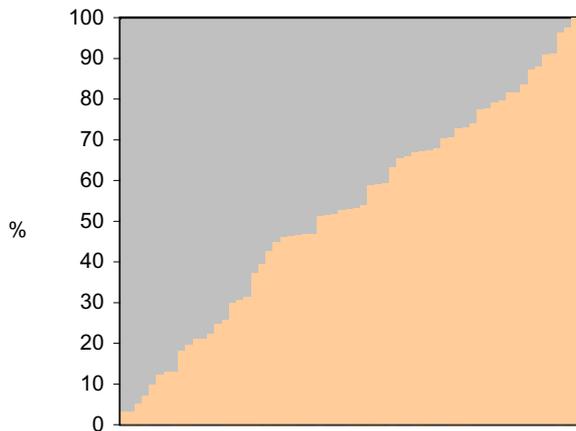
Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

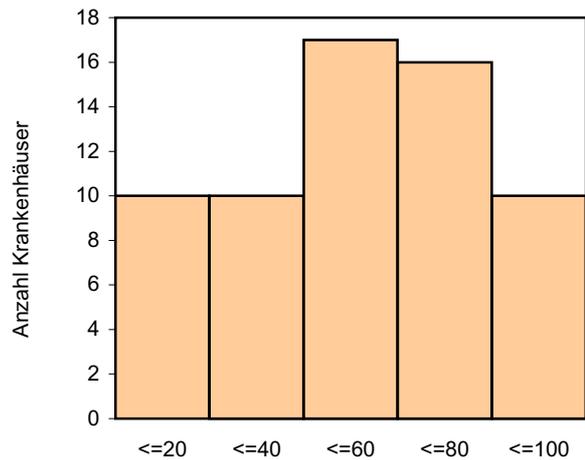
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 3,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 53,0%



Krankenhäuser



%

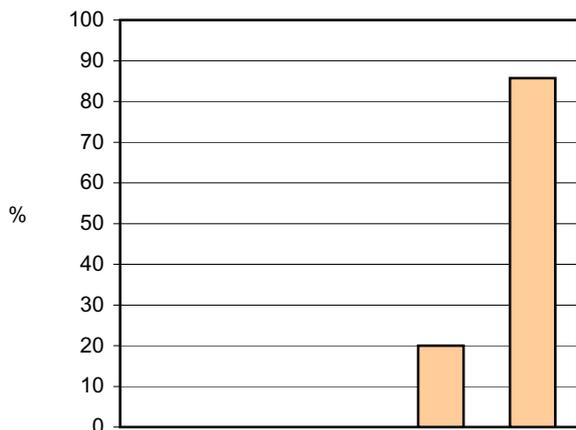
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 85,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung 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%

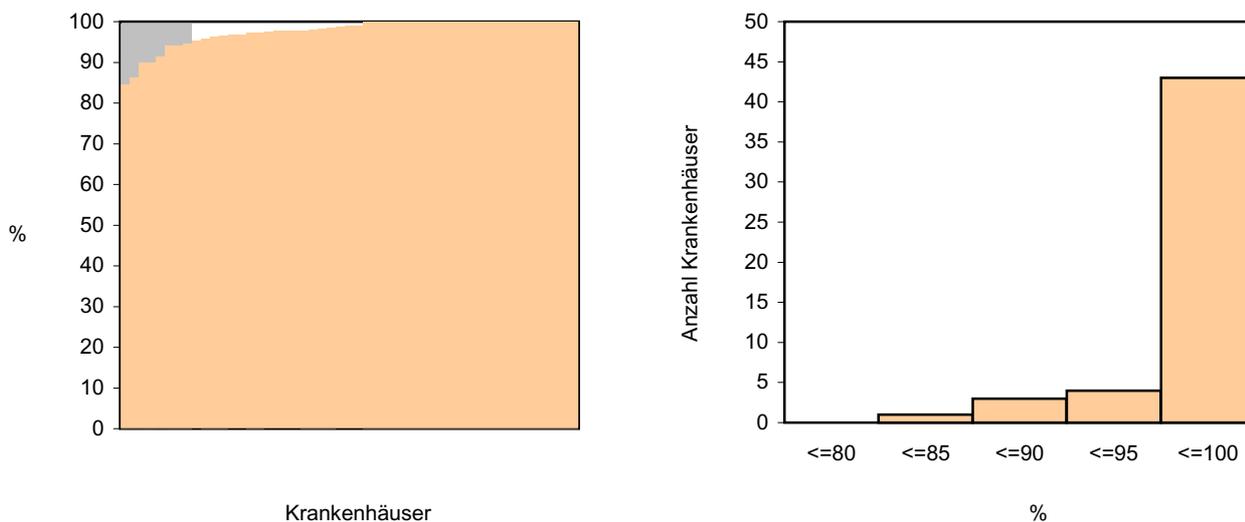
	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			3.390 / 3.458	98,0%
Vertrauensbereich				97,51% - 98,47%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Keine neu aufgetretene Desorientierung			3.414 / 3.458	98,7%
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%

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
 3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

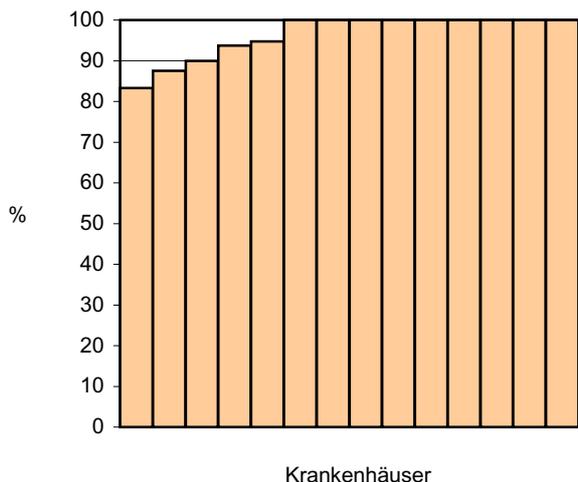
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 84,6% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 98,9%



51 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: 83,3% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung 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: <= 5,2% (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			110 / 5.937	1,9%
Vertrauensbereich				1,53% - 2,23%
Referenzbereich		<= 5,2%		<= 5,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10]:

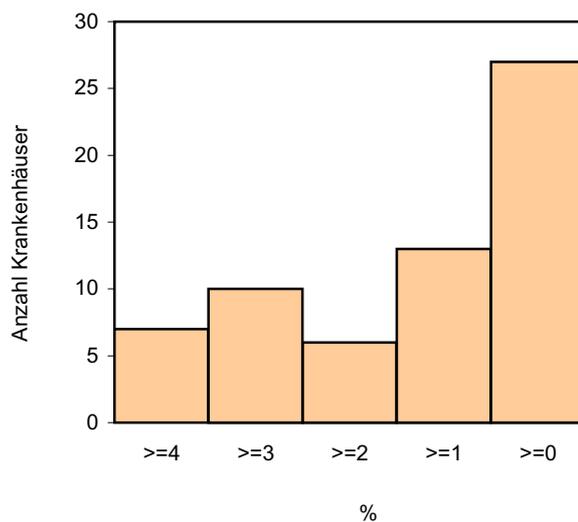
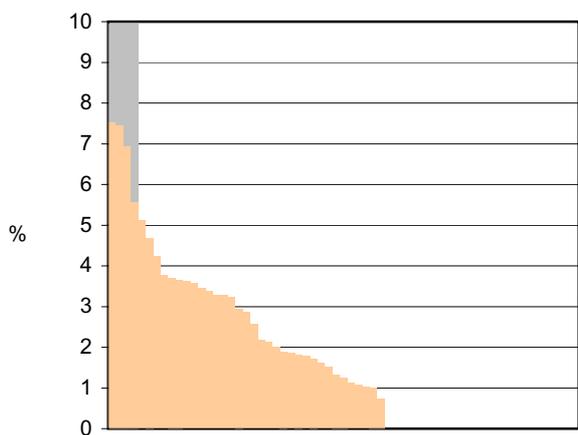
Anteil von Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden, an Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,3%



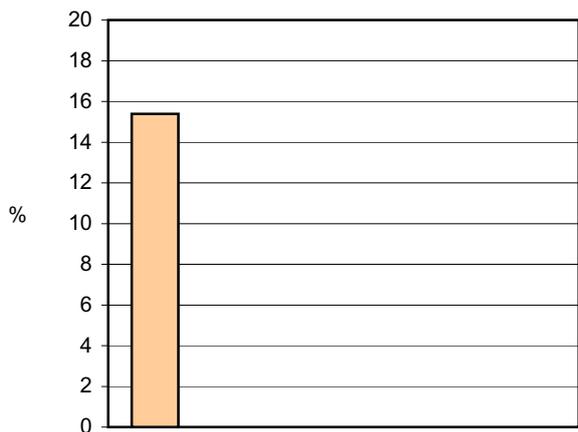
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 15,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 11: Krankenhaus-Letalität

Qualitätsziel: Niedrige Krankenhaus-Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Referenzbereich: <= 20,1% (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.367 / 8.664	15,8%
Vertrauensbereich			15,02% - 16,56%	
Referenzbereich		<= 20,1%		<= 20,1%

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)

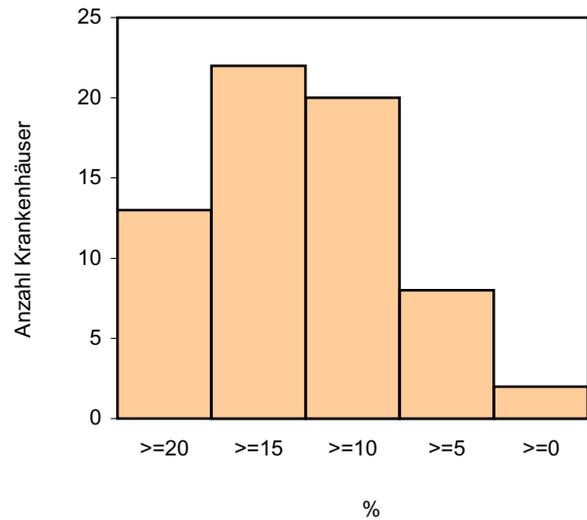
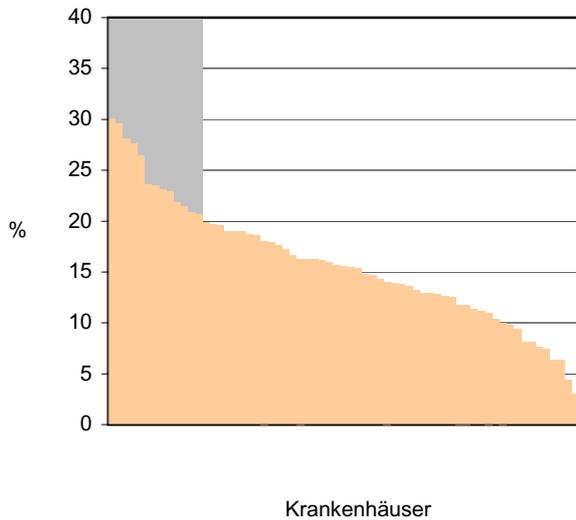
Referenzbereich:
 Risikoklasse 1: <= 5,0% (90%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 2: <= 18,9% (90%-Bundesperzentile)
 Risikoklasse 3: <= 48,1% (90%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 5,0%	<= 18,9%	<= 48,1%

	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%
Referenzbereich	<= 5,0%	<= 18,9%	<= 48,1%

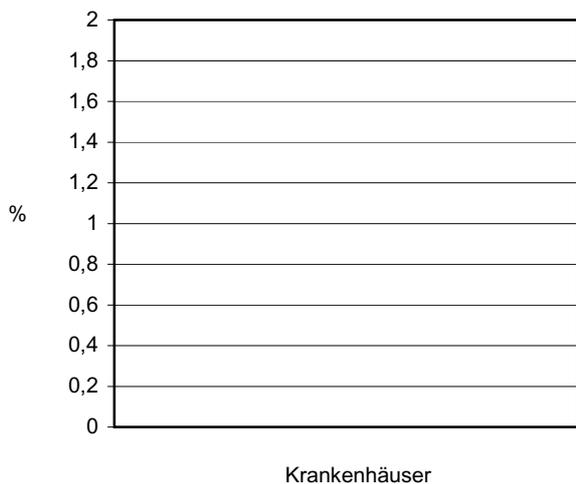
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 3,0% - 30,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 15,5%



65 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% - 0,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b]:

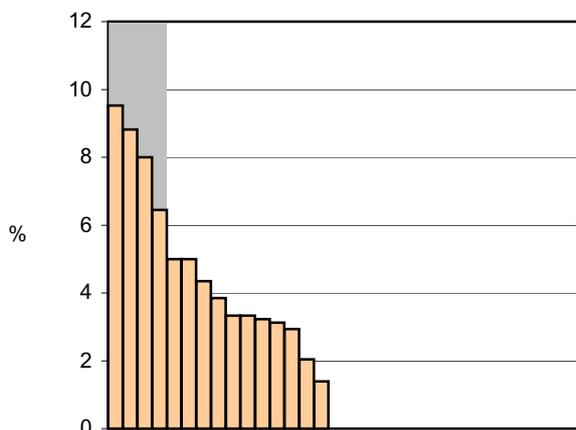
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

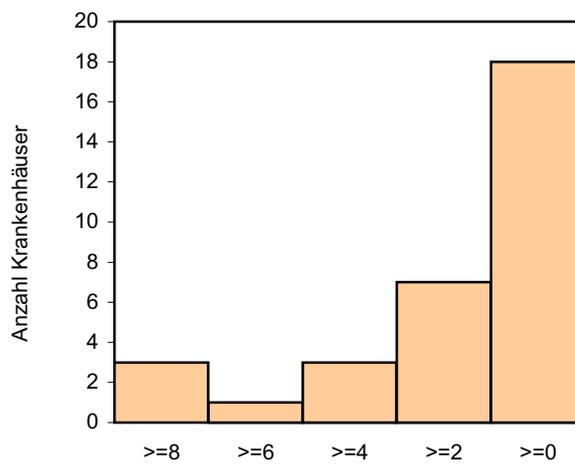
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

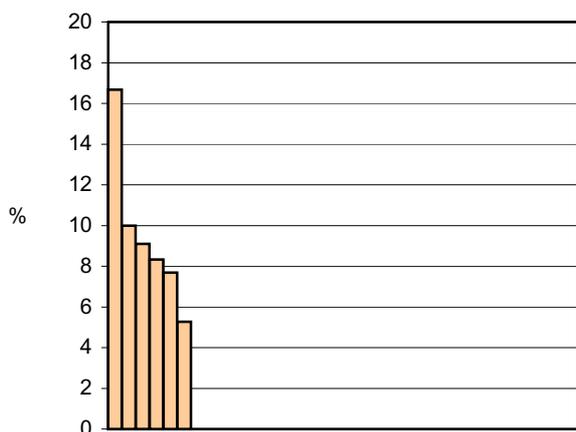
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

34 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11c]:

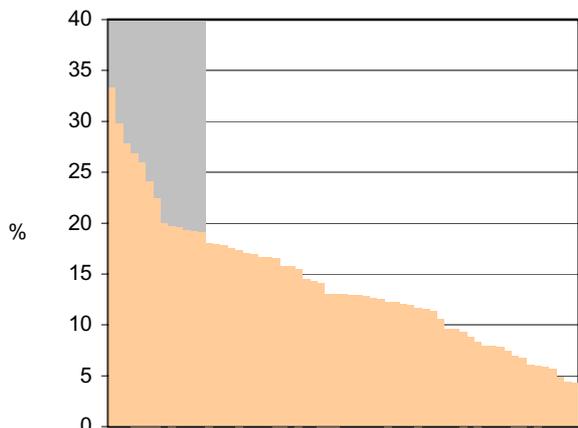
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

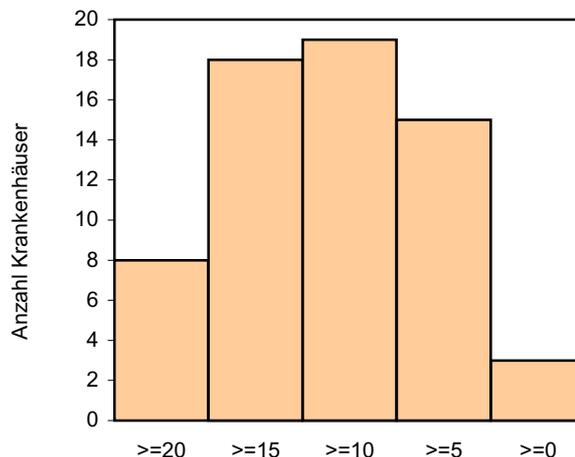
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 4,3% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 13,0%



Krankenhäuser



%

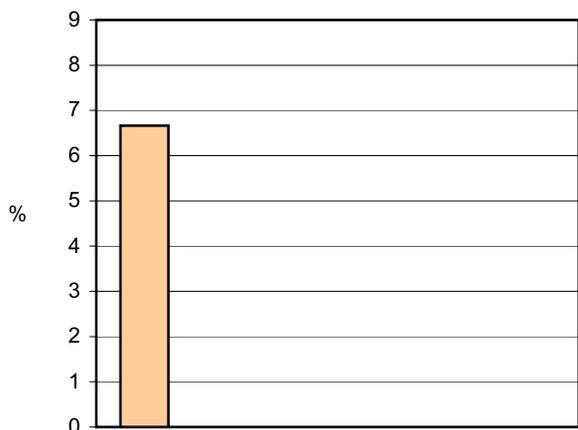
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 6,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11d]:

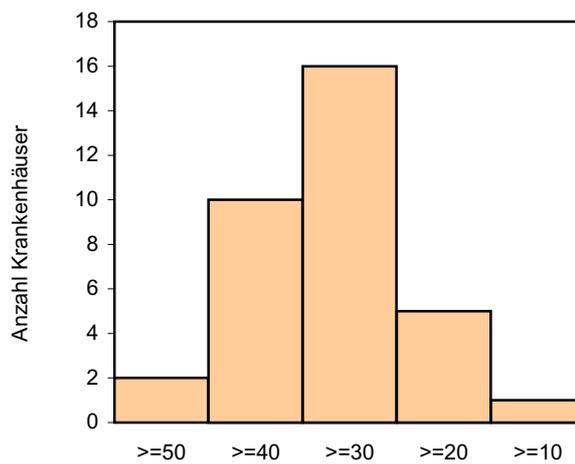
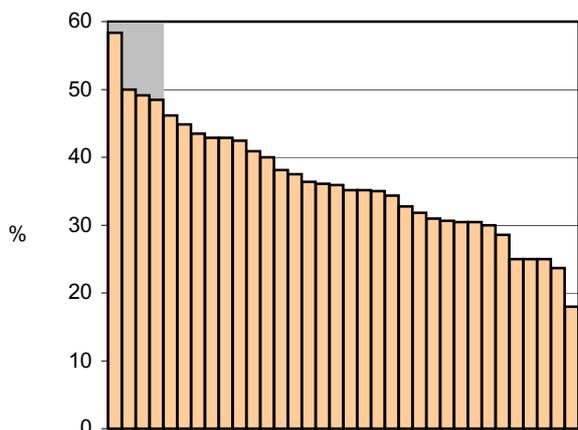
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 18,0% - 58,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 35,5%



Krankenhäuser

%

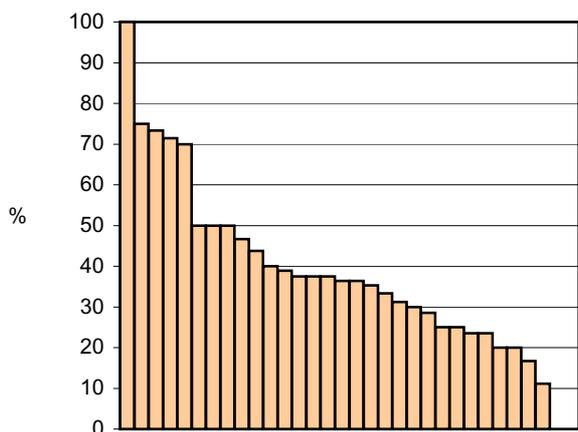
34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 36,4%



Krankenhäuser

32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoklassen nach CURB

	Krankenhaus 2005		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
	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: Stratifizierung nach Altersklassen

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.367	
< 20 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 2005 Ambulant erworbene Pneumonie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 68
Auswertungsversion: 24. Mai 2006
Datensatzversion: PNEU 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 31. Mai 2006
Nr. Gesamt-3031
2005 - D4062-L29911-P17230

Basisdaten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze				
1. Quartal			2.533	29,2
2. Quartal			2.310	26,7
3. Quartal			1.763	20,3
4. Quartal			2.058	23,8
Gesamt			8.664	

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

Behandlungszeit

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
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	I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				J18.0	3.203	37,0
2				J18.9	1.853	21,4
3				I10.00	1.090	12,6
4				J18.8	1.011	11,7
5				E11.90	856	9,9
6				R32	833	9,6
7				R15	797	9,2
8				I48.11	632	7,3

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

Patienten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.664 / 8.664	
< 20 Jahre			47 / 8.664	0,5
20 - 29 Jahre			228 / 8.664	2,6
30 - 39 Jahre			299 / 8.664	3,5
40 - 49 Jahre			446 / 8.664	5,1
50 - 59 Jahre			684 / 8.664	7,9
60 - 69 Jahre			1.422 / 8.664	16,4
70 - 79 Jahre			2.329 / 8.664	26,9
80 - 89 Jahre			2.299 / 8.664	26,5
>= 90 Jahre			910 / 8.664	10,5
Alter (Jahre)				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.664	
Median				75,0
Geschlecht				
männlich			4.882	56,3
weiblich			3.782	43,7

Aufnahme

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			1.942	22,4
Aufnahme aus anderem Krankenhaus			358	4,1
Chronische Bettlägerigkeit			2.483	28,7
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung			160	1,8
wenn nein				
Desorientierung (bei Aufnahme)			2.874	33,8
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)				
Anzahl gültiger Angaben			8.504	
Median				22,0
Mittelwert				22,9
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)				
Anzahl gültiger Angaben			8.504	
Median				130,0
Mittelwert				131,8
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)				
Anzahl gültiger Angaben			8.504	
Median				77,0
Mittelwert				75,2
Harnstoff im Serum (bei Aufnahme)				
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mmol/L			4.138	
Median				7,2
Mittelwert				9,3
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mg/dL			71	
Median				30,0
Mittelwert				42,7
Harnstoff im Serum nicht bestimmt			4.295	50,5

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Harnstoff-Stickstoff im Serum (bei Aufnahme)				
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mmol/L			120	
Median				5,4
Mittelwert				7,4
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben in mg/dL			1	
Median				13,0
Mittelwert				13,0
Harnstoff-Stickstoff im Serum nicht bestimmt			8.383	98,6
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			1.033	11,9
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			6.575	75,9
4 bis unter 8 Stunden			282	3,3
8 Stunden und später			774	8,9
Initiale antimikrobielle Therapie				
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			377	4,4
4 bis unter 8 Stunden			6.551	75,6
8 Stunden und später			661	7,6
			1.075	12,4

Verlauf

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

Entlassung

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

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Wenn Entlassungsgrund 1, 2, 3, 13 oder 14	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Desorientierung			1.141	13,2
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.866	67,7
Spontane Atemfrequenz				
maximal 24/min (0 - 24/min)			5.048	58,3
über 24/min (25/min oder mehr)			64	0,7
nicht bestimmt			1.214	14,0
Herzfrequenz				
maximal 100/min (0 - 100/min)			6.140	70,9
über 100/min (101/min oder mehr)			68	0,8
nicht bestimmt			118	1,4
Temperatur				
maximal 37,2° C (0 - 37,2° C)			6.173	71,2
über 37,2° C (37,3° C oder mehr)			67	0,8
nicht bestimmt			86	1,0
Sauerstoffsättigung				
unter 90% (0 - 89%)			248	2,9
mindestens 90% (90 - 100%)			3.558	41,1
nicht bestimmt			2.520	29,1
Blutdruck systolisch				
unter 90 mmHg (0 - 89 mmHg)			100	1,2
mindestens 90 mmHg (90 - 350 mmHg)			5.916	68,3
nicht bestimmt			310	3,6

Letalität

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten				
Alle Patienten			1.367 / 8.664	15,8
Patienten mit:				
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			582 / 1.942	30,0
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			62 / 160	38,8
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			63 / 358	17,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.304 / 8.306	15,7
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			8 / 32	25,0
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			722 / 6.364	11,3
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			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 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 Landesdatenpools 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 Jahresauswertung 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.

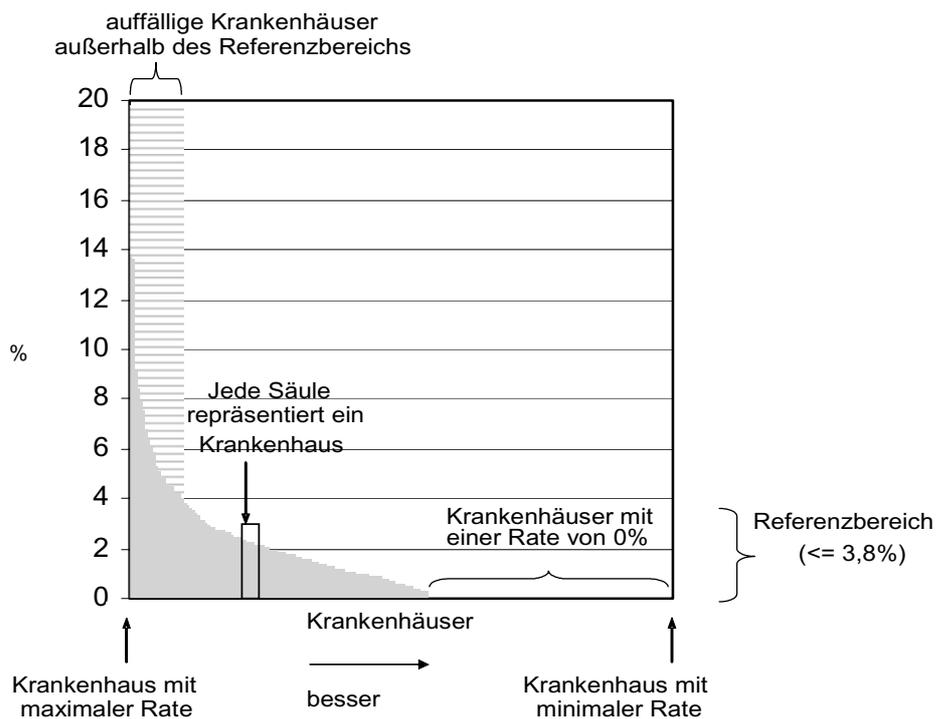
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 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.

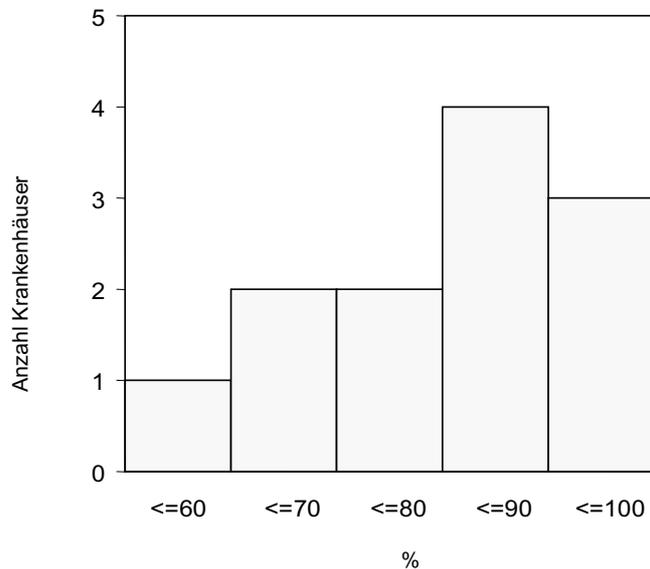
Beispiel:

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	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 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 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.