

Jahresauswertung 2008 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 70
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.377
Datensatzversion: PNEU 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7674-L57604-P26514

Jahresauswertung 2008 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 70
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.377
Datensatzversion: PNEU 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7674-L57604-P26514

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
Alle Patienten			93,5%	>= 95%	1.1
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			93,5%	nicht definiert	1.1
Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			93,1%	nicht definiert	1.1
QI 2: Antimikrobielle Therapie					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			91,5%	>= 83,3%	1.6
QI 3: Frühmobilisation					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			92,0%	>= 80,8%	1.10
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			86,5%	>= 65,7%	1.10
QI 4: Verlaufskontrolle CRP			91,2%	>= 83,6%	1.14
QI 5: Anpassung Diagnostik/Therapie					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			76,0%	>= 95%	1.16
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			87,1%	>= 95%	1.16

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien			83,4%	>= 95%	1.20
QI 7: Klinische Stabilitätskriterien			98,9%	>= 95%	1.23
QI 8: Krankenhaus-Letalität					
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			13,2%	<= 19,3%	1.26
Davon Patienten der:					
Risikoklasse 1 nach CRB-65			2,5%	<= 7,5%	1.27
Risikoklasse 2 nach CRB-65			13,2%	<= 19,4%	1.27
Risikoklasse 3 nach CRB-65			34,3%	<= 51,9%	1.27

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die BQS-Qualitätsindikatoren

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

erfolgt mit Hilfe des Risiko-Scores CRB-65. Die Daten für diesen Score werden bei der Aufnahme erfasst und ermöglichen eine Aussage über die Schwere der Pneumonie und zur Prognose.

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- o Pneumoniebedingte Desorientiertheit (Mental 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

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

1. Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit niedrig: ca. 1%)
2. Risikoklasse 2 = 1 - 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit mittel: ca. 8%)
3. Risikoklasse 3 = 3 - 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit hoch: ca. 31 - 34%)

Beatmete Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

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

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

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

Das Datenfeld kann nur dann mit „ja“ beantwortet werden, wenn **in der Patientenakte schriftlich dokumentiert** wurde, dass die Therapie im **Einvernehmen mit dem Willen des Patienten** oder der Angehörigen eingestellt wurde (vgl. Datensatz und Ausfüllhinweise).

Bei einigen BQS-Qualitätsindikatoren stehen diese Patienten nicht unmittelbar im Fokus der Qualitätssicherung und werden daher in diesen Fällen aus der Grundgesamtheit herausgenommen. Diese Patienten werden dennoch weiterhin beobachtet und gesondert ausgewertet, um mögliche Versorgungsprobleme frühzeitig erkennen zu können.

Bei folgenden Indikatoren werden Patienten mit Therapieeinstellung (Item 24 = ja) ausgeschlossen:

- o Antimikrobielle Therapie,
- o Frühmobilisation,
- o Verlaufskontrolle CRP,
- o Anpassung Diagnostik / Therapie,
- o Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien und
- o Klinische Stabilitätskriterien

Der Indikator Krankenhaus-Letalität wird in zwei Versionen dargestellt, zuerst bezogen auf alle Patienten (wie bis 2007) und anschließend ohne Patienten mit Therapieeinstellung.

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

Qualitätsindikator 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel:	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2008/PNEU/68123
	Gruppe 2:	2008/PNEU/68895
	Gruppe 3:	2008/PNEU/69908
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%	nicht definiert	nicht definiert

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	8.770 / 9.377 93,5%	8.418 / 8.999 93,5%	352 / 378 93,1%
Vertrauensbereich	93,0% - 94,0%	93,0% - 94,0%	90,1% - 95,5%
Referenzbereich	>= 95%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	9.020 / 10.024	8.576 / 9.545	444 / 479
	90,0%	89,8%	92,7%
Vertrauensbereich	89,4% - 90,6%	89,2% - 90,4%	90,0% - 94,9%

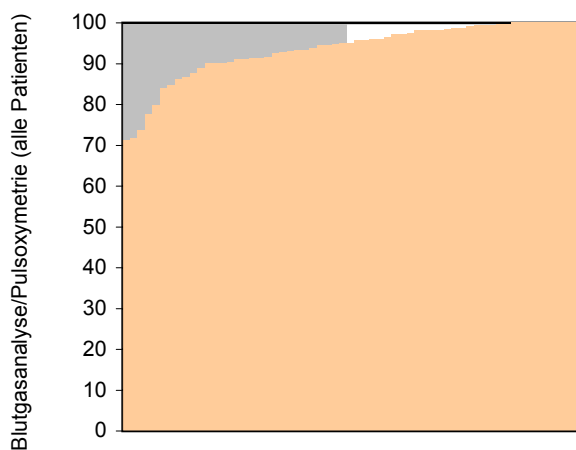
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68123]:

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

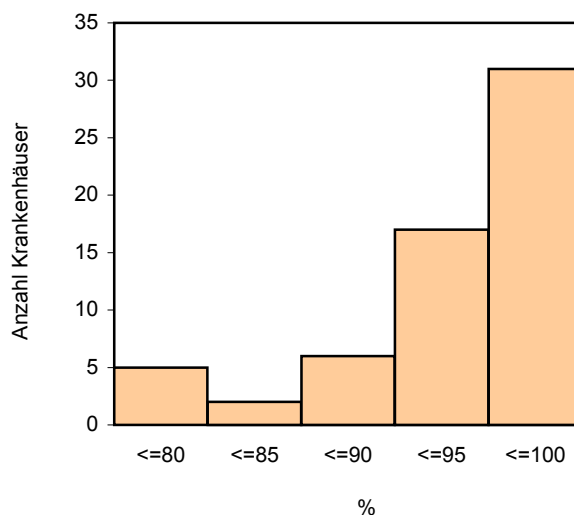
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 71,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,0%



Krankenhäuser

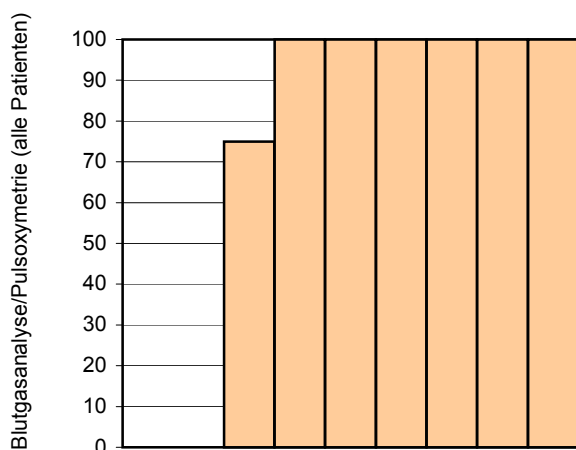


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

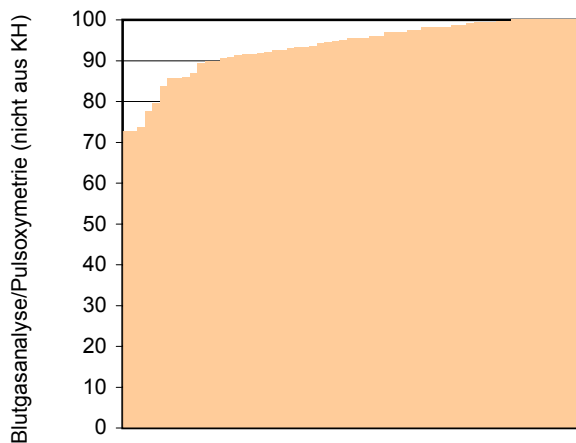
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68895]:

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

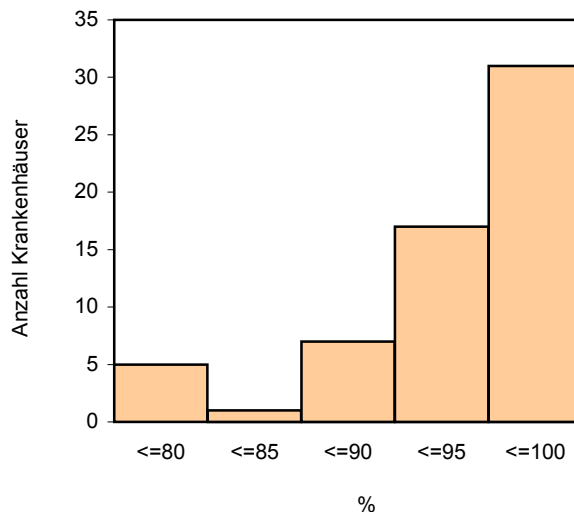
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 72,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,4%



Krankenhäuser

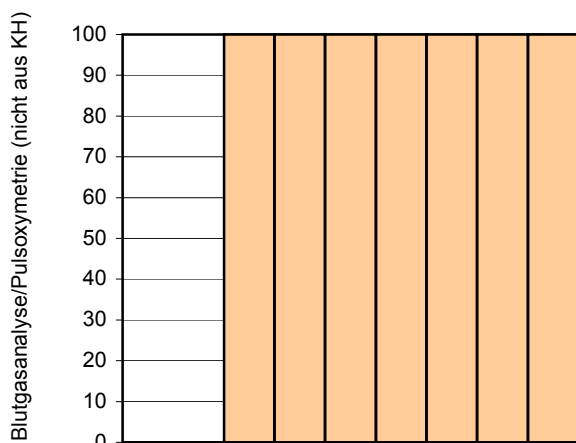


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

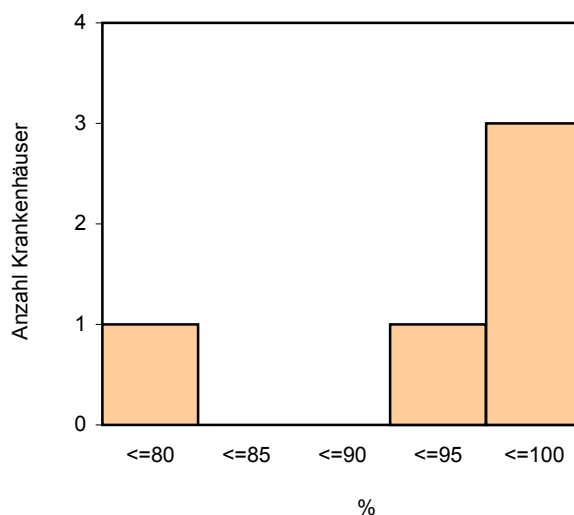
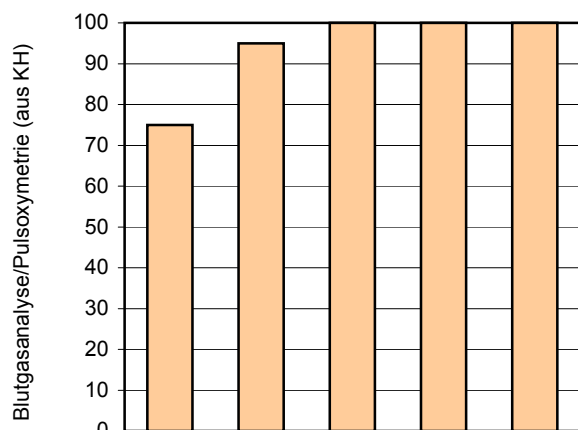
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69908]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

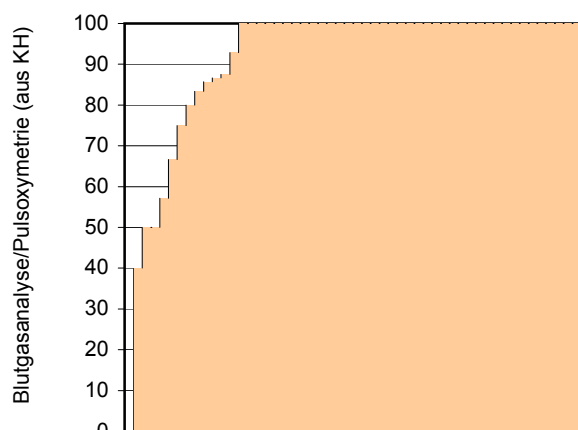


5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



52 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Antimikrobielle Therapie

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

Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 83,3%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

Gesamt 2008			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	8.158 / 8.933	7.853 / 8.579	305 / 354
	91,3%	91,5%	86,2%
Vertrauensbereich		90,9% - 92,1%	
Referenzbereich		>= 83,3%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	150 / 8.933	135 / 8.579	15 / 354
	1,7%	1,6%	4,2%

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

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	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 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	8.944 / 10.024 89,2%	8.535 / 9.545 89,4% 88,8% - 90,0%	409 / 479 85,4%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	260 / 10.024 2,6%	233 / 9.545 2,4%	27 / 479 5,6%

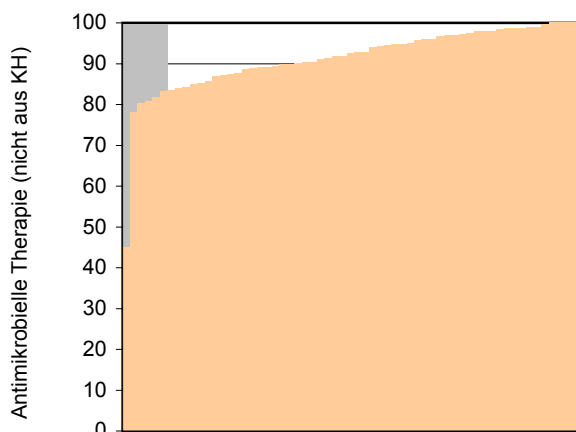
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68897]:

Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden und bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

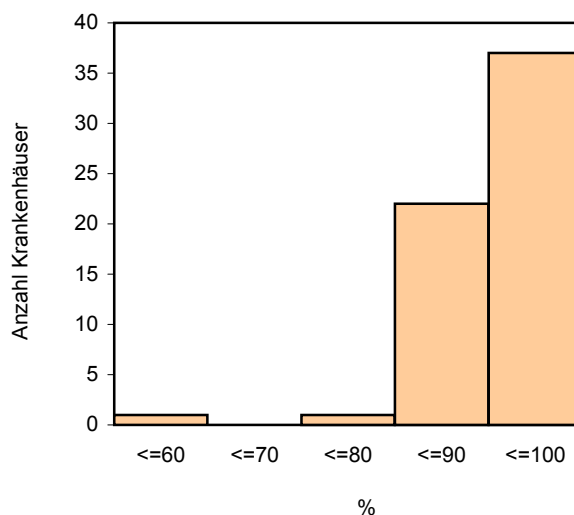
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 44,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 92,5%



Krankenhäuser

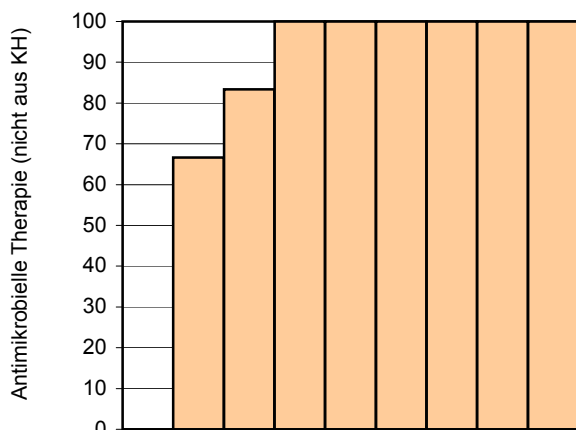


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:

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

	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Gesamt 2008			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.299 / 1.444 90,0%	6.187 / 6.771 91,4%	672 / 718 93,6%

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten, die **nicht** aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
(Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Grundgesamtheit:

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

	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Gesamt 2008			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.263 / 1.395 90,5%	5.974 / 6.530 91,5%	616 / 654 94,2%

Qualitätsindikator 3: Frühmobilisation

Qualitätsziel: Häufig eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchführen

Grundgesamtheit: Patienten, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind
(Ausschluss: Verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			4.985 / 5.691	87,6%

Risikoklassen nach CRB-65

Patienten, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind
(Ausschluss: Verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

Grundgesamtheit:

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

Kennzahl-ID:

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

Referenzbereich:

- Risikoklasse 1: ≥ 80,8% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Risikoklasse 2: ≥ 65,7% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	≥ 80,8%	≥ 65,7%	

	Gesamt 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.131 / 1.230	3.666 / 4.239	188 / 222
Vertrauensbereich	92,0%	86,5%	84,7%
Referenzbereich	90,3% - 93,4%	85,4% - 87,5%	
	≥ 80,8%	≥ 65,7%	

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2007		
	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 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.263 / 1.374 91,9% 90,4% - 93,3%	3.961 / 4.581 86,5% 85,4% - 87,4%	172 / 221 77,8%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2007 ab.

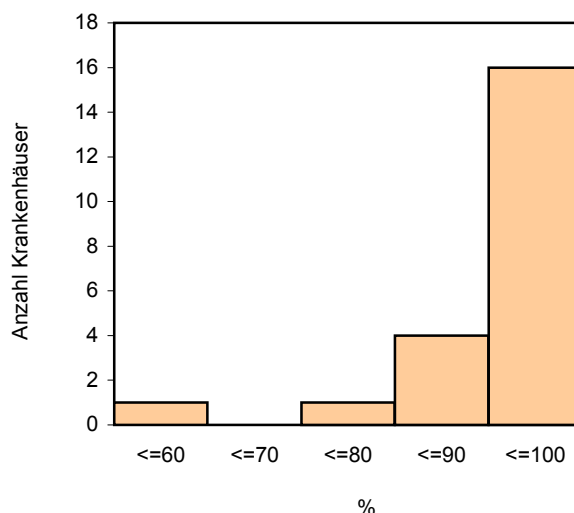
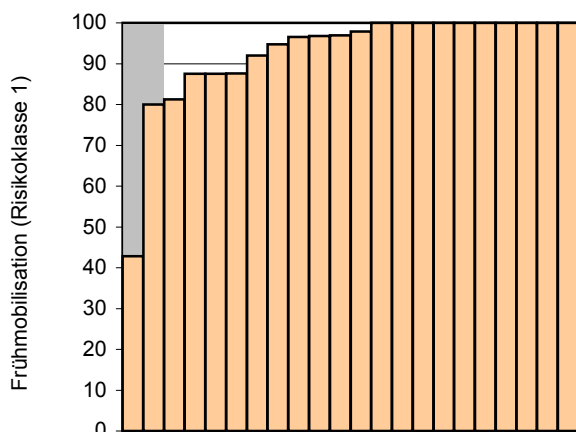
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69913]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 97,4%

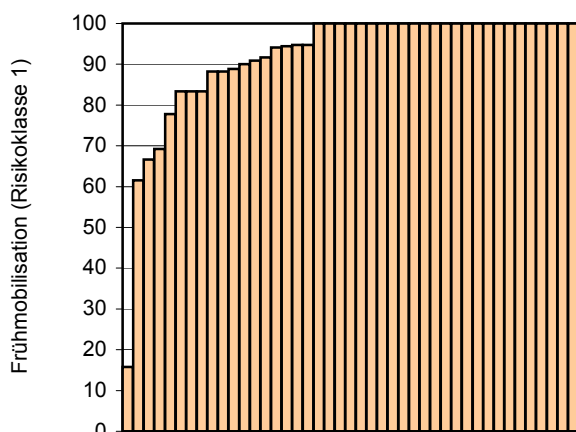


22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 15,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



43 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

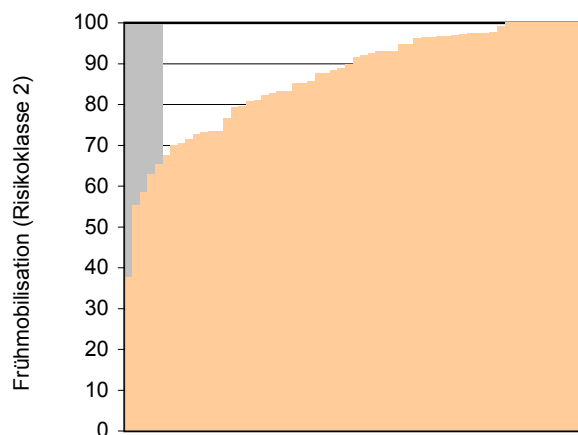
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69915]:

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

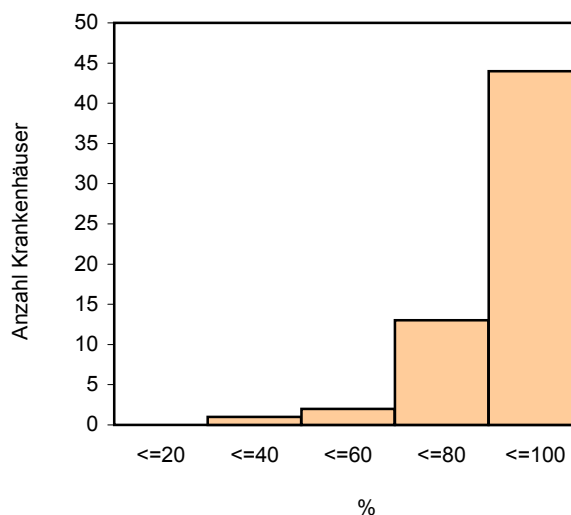
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 37,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,6%



Krankenhäuser

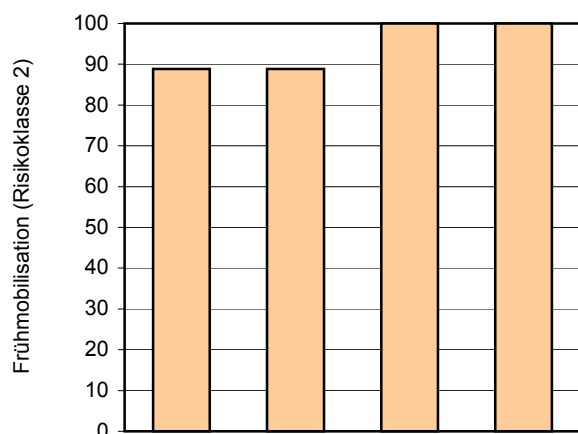


60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 88,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,4%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Verlaufskontrolle CRP

Qualitätsziel:	Häufig Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins im Serum am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme bestimmen
Grundgesamtheit:	Patienten, die am Tag 4 noch nicht entlassen oder verstorben sind (Verweildauer ≥ 4 Tage) (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) ¹
Kennzahl-ID:	2008/PNEU/68130
Referenzbereich:	$\geq 83,6\%$ (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt			7.444 / 8.164	91,2%
Vertrauensbereich				90,5% - 91,8%
Referenzbereich		$\geq 83,6\%$		$\geq 83,6\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt			8.060 / 9.152	88,1%
Vertrauensbereich				87,4% - 88,7%

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

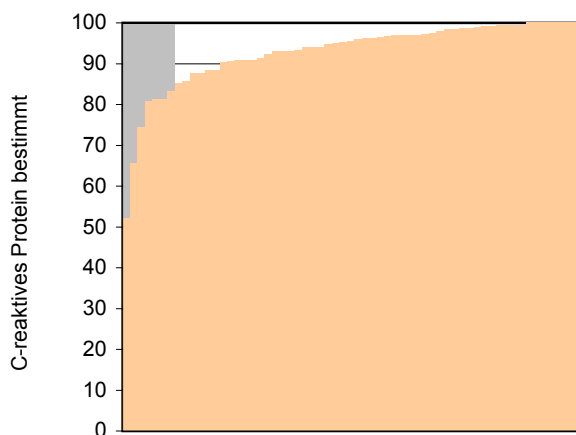
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68130]:

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

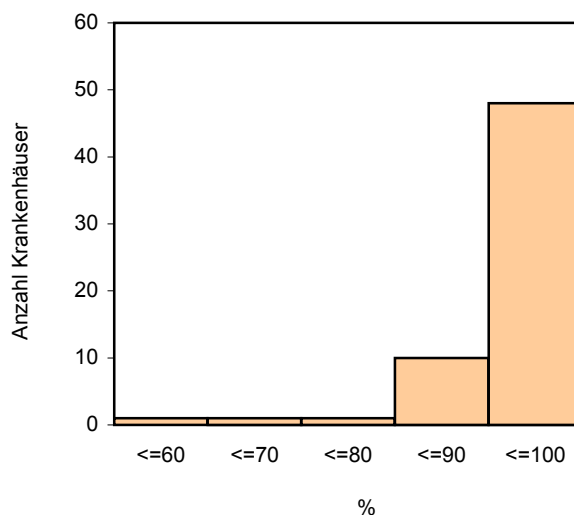
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 52,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,5%



Krankenhäuser

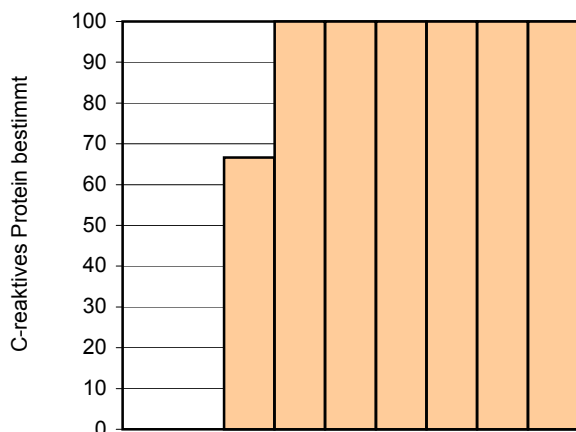


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Anpassung Diagnostik/Therapie

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

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

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			926 / 1.200	77,2%

Risikoklassen nach CRB-65

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

Grundgesamtheit:

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

Kennzahl-ID:

Risikoklasse 2:	2008/PNEU/69923
Risikoklasse 3:	2008/PNEU/69925

Referenzbereich:

Risikoklasse 2:	$\geq 95\%$ (Zielbereich)
Risikoklasse 3:	$\geq 95\%$ (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		$\geq 95\%$	$\geq 95\%$

	Gesamt 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	111 / 142 78,2%	727 / 957 76,0%	88 / 101 87,1%
Vertrauensbereich		73,1% - 78,6%	78,9% - 93,0%
Referenzbereich		$\geq 95\%$	$\geq 95\%$

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

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	105 / 142 73,9%	782 / 1.078 72,5% 69,8% - 75,2%	118 / 157 75,2% 67,6% - 81,7%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2007 ab.

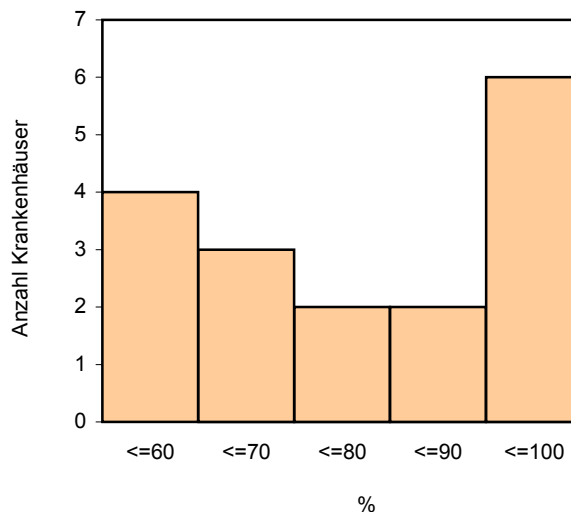
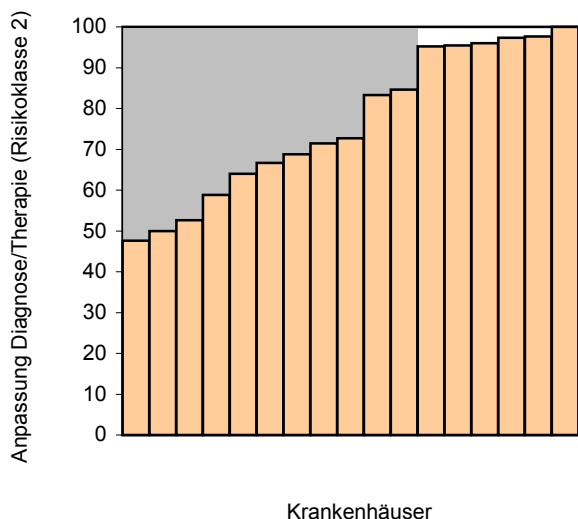
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69923]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 47,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 72,7%

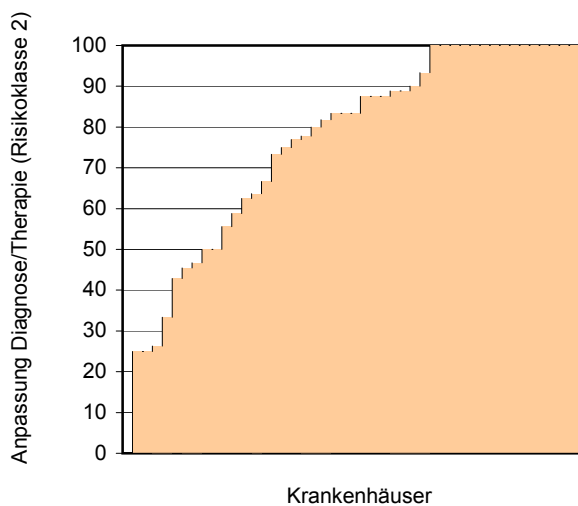


17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 83,3%



46 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

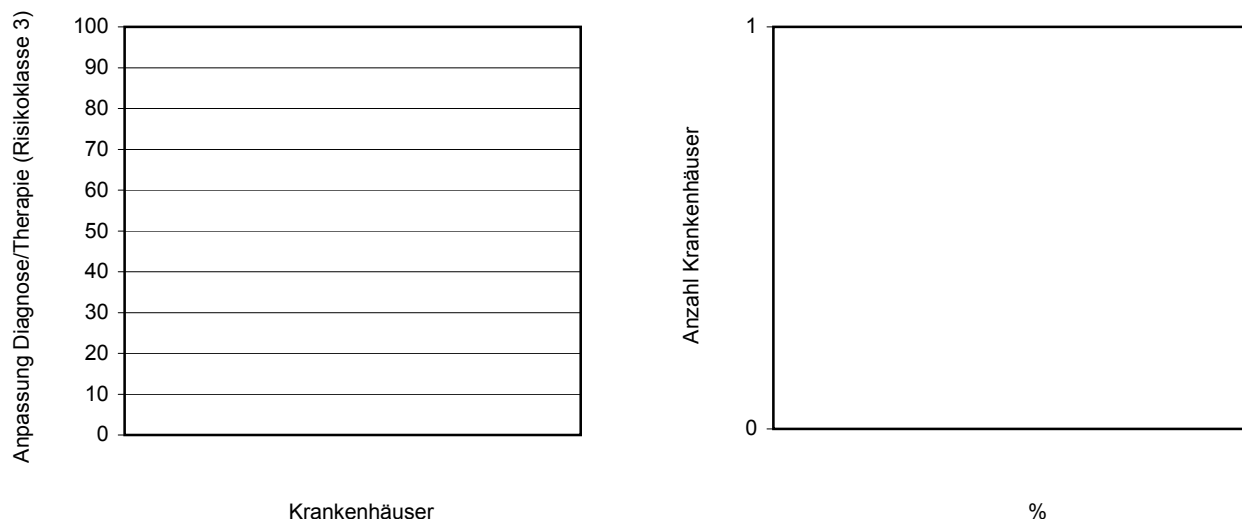
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69925]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt

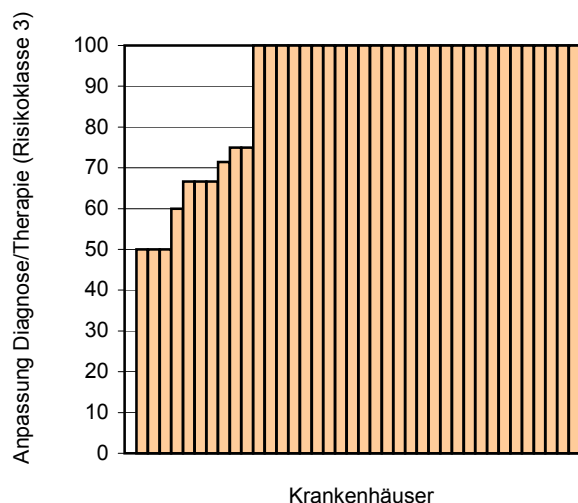


0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



39 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

31 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit dem Entlassungsgrund:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

Kennzahl-ID: 2008/PNEU/68914

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

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			5.057 / 6.063	83,4%
Vertrauensbereich				82,4% - 84,3%
Referenzbereich		$\geq 95\%$		$\geq 95\%$
Desorientierung			6.063 / 6.063	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.063 / 6.063	100,0%
Spontane Atemfrequenz			5.501 / 6.063	90,7%
Herzfrequenz			5.978 / 6.063	98,6%
Temperatur			5.984 / 6.063	98,7%
Sauerstoffsättigung			5.265 / 6.063	86,8%
Blutdruck systolisch			5.950 / 6.063	98,1%

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

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			5.288 / 7.098	74,5%
Vertrauensbereich				73,5% - 75,5%
Desorientierung			7.098 / 7.098	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.098 / 7.098	100,0%
Spontane Atemfrequenz			6.043 / 7.098	85,1%
Herzfrequenz			6.938 / 7.098	97,7%
Temperatur			6.829 / 7.098	96,2%
Sauerstoffsättigung			5.531 / 7.098	77,9%
Blutdruck systolisch			6.867 / 7.098	96,7%

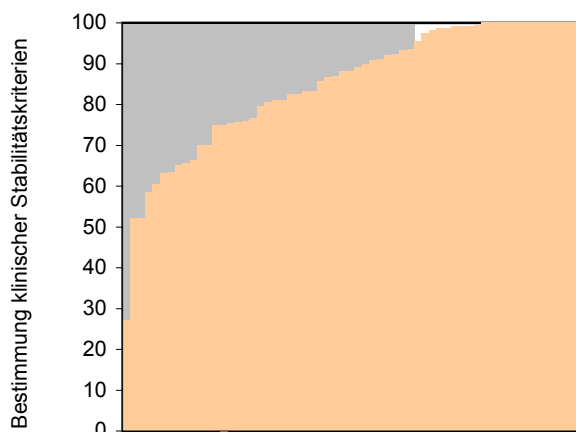
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68914]:

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

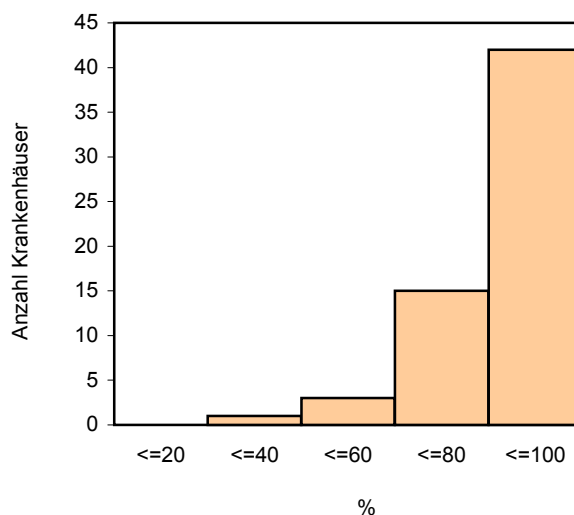
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 27,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 88,1%



Krankenhäuser

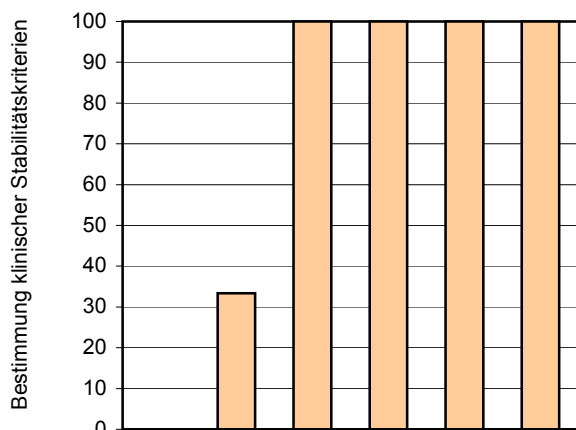


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Klinische Stabilitätskriterien

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

Grundgesamtheit: Patienten mit dem Entlassungsgrund:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien
 (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)¹

Kennzahl-ID: 2008/PNEU/68138

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			5.003 / 5.057	98,9%
Vertrauensbereich				98,6% - 99,2%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			5.033 / 5.057	99,5%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.944 / 5.057	97,8%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			5.003 / 5.057	98,9%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.999 / 5.057	98,9%
Temperatur maximal 37,2°C			5.011 / 5.057	99,1%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.871 / 5.057	96,3%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.899 / 5.057	96,9%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			5.215 / 5.288	98,6% 98,3% - 98,9%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			5.234 / 5.288	99,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.124 / 5.288	96,9%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			5.227 / 5.288	98,8%
Herzfrequenz maximal 100/min			5.256 / 5.288	99,4%
Temperatur maximal 37,2°C			5.224 / 5.288	98,8%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			5.046 / 5.288	95,4%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			5.194 / 5.288	98,2%

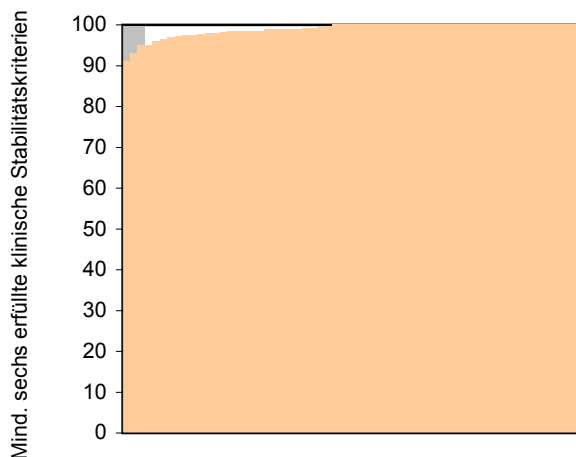
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68138]:

Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

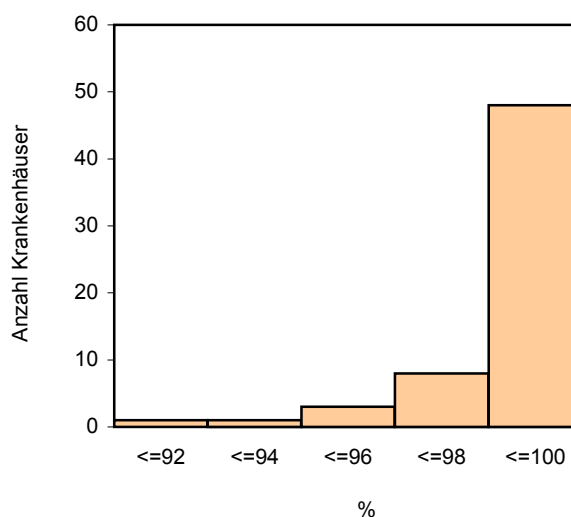
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 91,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

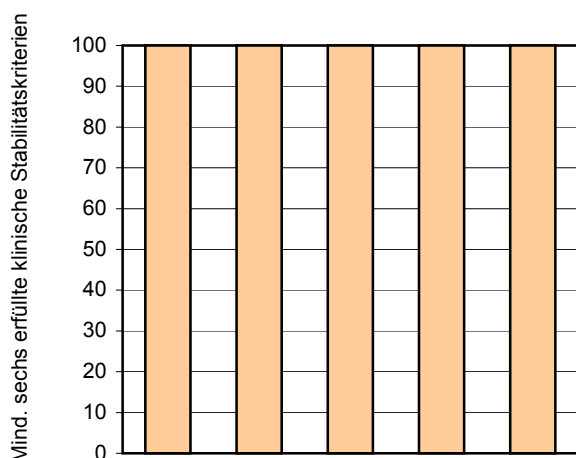


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Krankenhaus-Letalität

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

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.347 / 9.377	14,4%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.175 / 8.933	13,2%
Vertrauensbereich				12,5% - 13,9%
Referenzbereich		<= 19,3%		<= 19,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.486 / 10.024	14,8%
Gruppe 2 ¹ Verstorbene Patienten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

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

Risikoklassen nach CRB-65

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

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

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

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

Krankenhaus 2008			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 7,5%	<= 19,4%	<= 51,9%

Gesamt 2008			
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	42 / 1.505 2,8%	1.019 / 7.097 14,4%	286 / 775 36,9%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	36 / 1.444 2,5%	893 / 6.771 13,2%	246 / 718 34,3%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,8% - 3,4% <= 7,5%	12,4% - 14,0% <= 19,4%	30,8% - 37,9% <= 51,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 ¹ Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 ² Verstorbene Patienten	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 ¹ Verstorbene Patienten	44 / 1.578 2,8%	1.114 / 7.562 14,7%	328 / 884 37,1%
Gruppe 2 ² Verstorbene Patienten	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2007 ab.

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

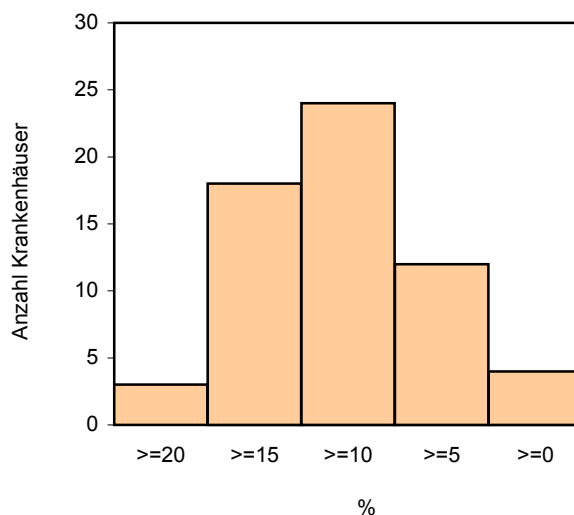
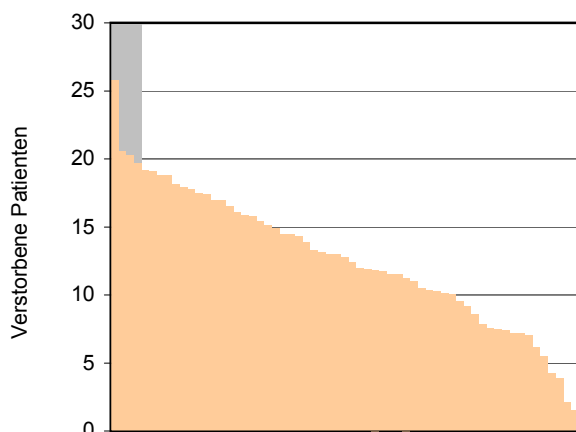
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2008/PNEU/68149]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,5% - 25,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 12,8%

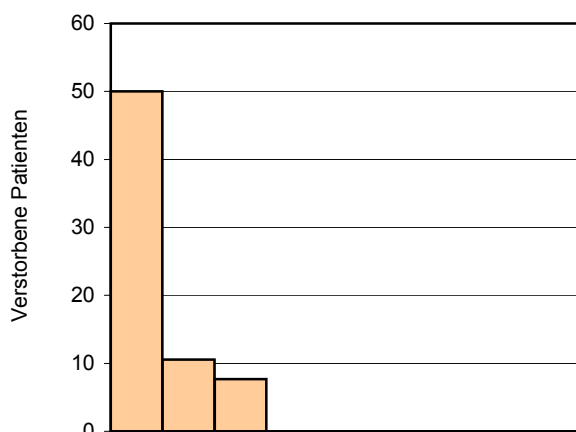


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

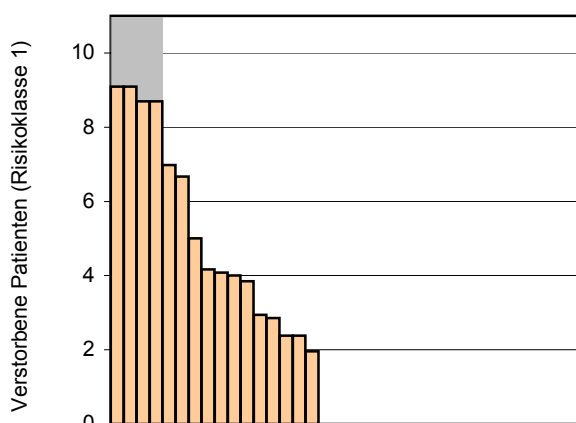
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69948]:

Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

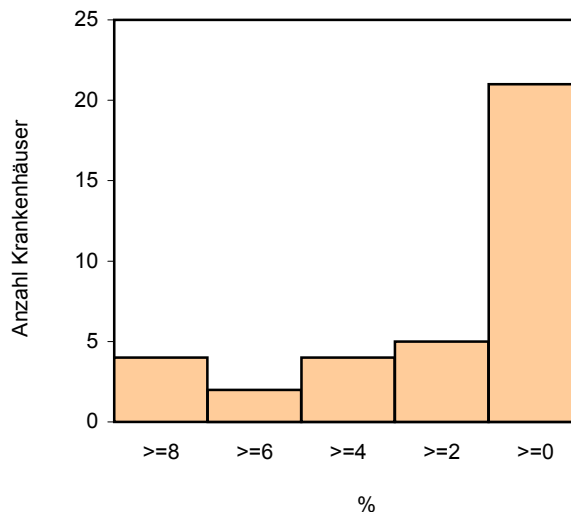
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

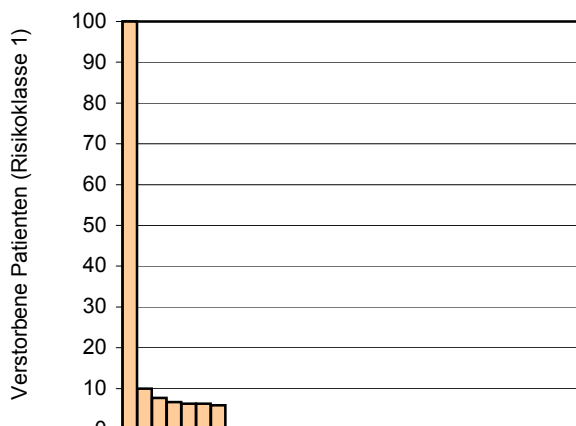


36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

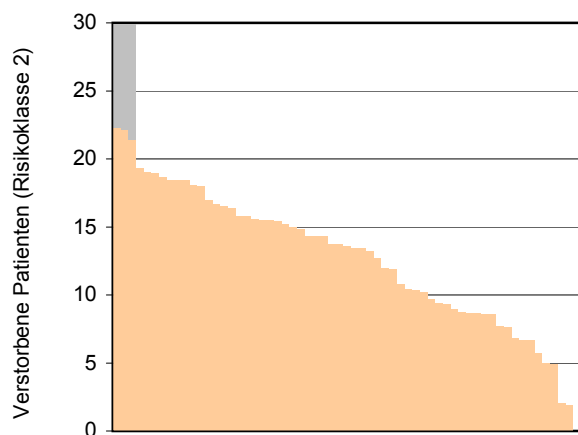
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69950]:

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

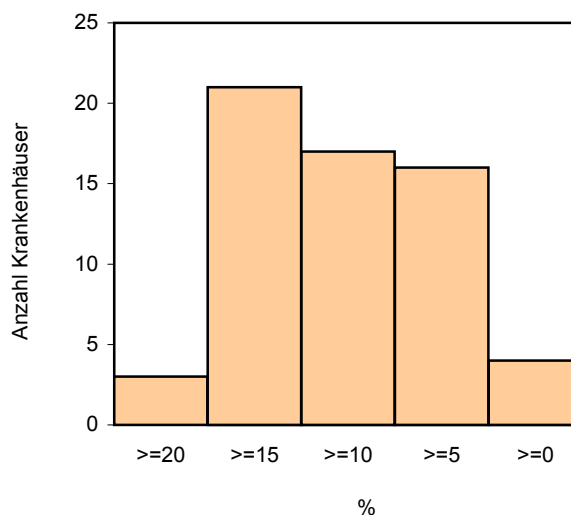
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 22,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 13,6%



Krankenhäuser

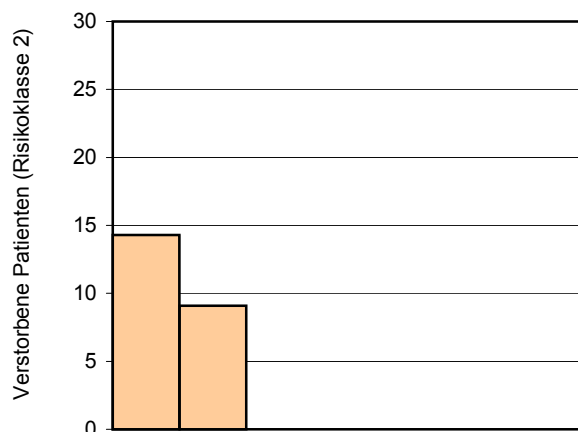


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 14,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

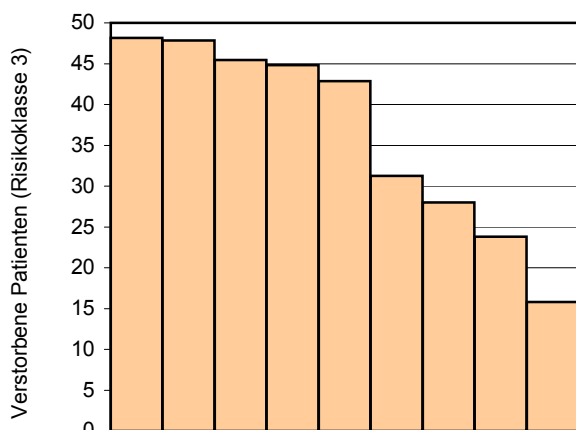
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2008/PNEU/69952]:

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

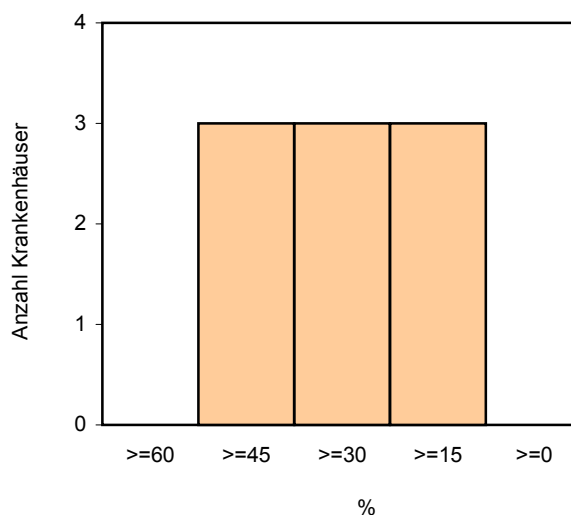
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 15,8% - 48,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 42,9%



Krankenhäuser

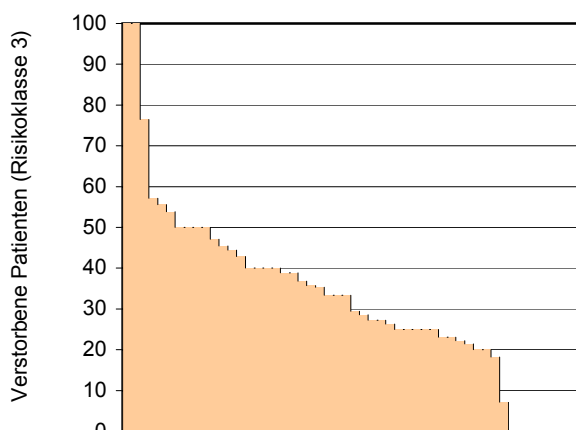


9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 31,4%



Krankenhäuser

52 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			9.377	
18 - 19 Jahre			0 / 19	0,0%
20 - 29 Jahre			2 / 201	1,0%
30 - 39 Jahre			4 / 251	1,6%
40 - 49 Jahre			17 / 477	3,6%
50 - 59 Jahre			44 / 763	5,8%
60 - 69 Jahre			151 / 1.343	11,2%
70 - 79 Jahre			336 / 2.573	13,1%
80 - 89 Jahre			586 / 2.930	20,0%
>= 90 Jahre			207 / 820	25,2%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.024	
18 - 19 Jahre			0 / 40	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 206	1,5%
30 - 39 Jahre			4 / 276	1,4%
40 - 49 Jahre			25 / 476	5,3%
50 - 59 Jahre			58 / 825	7,0%
60 - 69 Jahre			135 / 1.437	9,4%
70 - 79 Jahre			378 / 2.705	14,0%
80 - 89 Jahre			630 / 3.160	19,9%
>= 90 Jahre			253 / 899	28,1%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			8.933	
18 - 19 Jahre			0 / 17	0,0%
20 - 29 Jahre			2 / 192	1,0%
30 - 39 Jahre			4 / 246	1,6%
40 - 49 Jahre			12 / 449	2,7%
50 - 59 Jahre			40 / 734	5,4%
60 - 69 Jahre			131 / 1.281	10,2%
70 - 79 Jahre			294 / 2.458	12,0%
80 - 89 Jahre			512 / 2.781	18,4%
>= 90 Jahre			180 / 775	23,2%

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.347 / 9.377	
18 - 19 Jahre			0 / 1.347	0,0%
20 - 29 Jahre			2 / 1.347	0,1%
30 - 39 Jahre			4 / 1.347	0,3%
40 - 49 Jahre			17 / 1.347	1,3%
50 - 59 Jahre			44 / 1.347	3,3%
60 - 69 Jahre			151 / 1.347	11,2%
70 - 79 Jahre			336 / 1.347	24,9%
80 - 89 Jahre			586 / 1.347	43,5%
>= 90 Jahre			207 / 1.347	15,4%

Vorjahresdaten Gruppe 1	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.486 / 10.024	
18 - 19 Jahre			0 / 1.486	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 1.486	0,2%
30 - 39 Jahre			4 / 1.486	0,3%
40 - 49 Jahre			25 / 1.486	1,7%
50 - 59 Jahre			58 / 1.486	3,9%
60 - 69 Jahre			135 / 1.486	9,1%
70 - 79 Jahre			378 / 1.486	25,4%
80 - 89 Jahre			630 / 1.486	42,4%
>= 90 Jahre			253 / 1.486	17,0%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.175 / 8.933	
18 - 19 Jahre			0 / 1.175	0,0%
20 - 29 Jahre			2 / 1.175	0,2%
30 - 39 Jahre			4 / 1.175	0,3%
40 - 49 Jahre			12 / 1.175	1,0%
50 - 59 Jahre			40 / 1.175	3,4%
60 - 69 Jahre			131 / 1.175	11,1%
70 - 79 Jahre			294 / 1.175	25,0%
80 - 89 Jahre			512 / 1.175	43,6%
>= 90 Jahre			180 / 1.175	15,3%

Jahresauswertung 2008 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 70
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.377
Datensatzversion: PNEU 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7674-L57604-P26514

Basisdaten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.932	31,3	2.915	29,1
2. Quartal			2.412	25,7	2.470	24,6
3. Quartal			1.895	20,2	2.063	20,6
4. Quartal			2.138	22,8	2.576	25,7
Gesamt			9.377		10.024	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9.377		10.024	
Median				10,0		10,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2008

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	R15	Stuhlinkontinenz
7	E86	Volumenmangel
8	J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	3.046	32,5	J18.0	3.388	33,8
2				J18.9	2.135	22,8	J18.9	2.028	20,2
3				I10.00	1.475	15,7	I10.00	1.454	14,5
4				J18.8	1.138	12,1	R32	1.311	13,1
5				E11.90	987	10,5	J18.8	1.211	12,1
6				R15	925	9,9	R15	1.135	11,3
7				E86	853	9,1	E11.90	1.056	10,5
8				J96.0	825	8,8	J96.0	812	8,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2007 und ICD-10-GM 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.377 / 9.377		10.024 / 10.024	
18 - 19 Jahre			19 / 9.377	0,2	40 / 10.024	0,4
20 - 29 Jahre			201 / 9.377	2,1	206 / 10.024	2,1
30 - 39 Jahre			251 / 9.377	2,7	276 / 10.024	2,8
40 - 49 Jahre			477 / 9.377	5,1	476 / 10.024	4,7
50 - 59 Jahre			763 / 9.377	8,1	825 / 10.024	8,2
60 - 69 Jahre			1.343 / 9.377	14,3	1.437 / 10.024	14,3
70 - 79 Jahre			2.573 / 9.377	27,4	2.705 / 10.024	27,0
80 - 89 Jahre			2.930 / 9.377	31,2	3.160 / 10.024	31,5
>= 90 Jahre			820 / 9.377	8,7	899 / 10.024	9,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.377		10.024	
Median				76,0		77,0
Geschlecht						
männlich			5.254	56,0	5.654	56,4
weiblich			4.123	44,0	4.370	43,6

Aufnahme

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.149	22,9	2.419	24,1
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			378	4,0	479	4,8
Chronische Bettlägerigkeit			2.627	28,0	2.913	29,1
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung			175	1,9	214	2,1
wenn nein						
Desorientierung (bei Aufnahme)						
pneumoniebedingt			767	8,3	887	9,0
nicht pneumoniebedingt			2.677	29,1	2.846	29,0
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			9.202		9.810	
Median				22,0		23,0
Mittelwert				22,9		23,3
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			9.202		9.810	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				130,6		131,5
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			9.202		9.810	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				74,4		74,7

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			277	3,0	522	5,2
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			8.590	91,6	8.706	86,9
4 bis unter 8 Stunden			180	1,9	314	3,1
8 Stunden und später			330	3,5	482	4,8
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			177	1,9	260	2,6
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			8.079	86,2	8.265	82,5
4 bis unter 8 Stunden			471	5,0	679	6,8
8 Stunden und später			650	6,9	820	8,2

Verlauf

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation			1.377	14,7	1.561	15,6
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			6.947	74,1	7.294	72,8
nach 24 Stunden und später			1.053	11,2	1.169	11,7
Verlaufskontrolle C-reaktives Protein im Serum am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme						
wenn ja			8.040	85,7	8.306	82,9
Abfall des C-reaktiven Proteins am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme			6.693	83,2	6.849	82,5
wenn kein Abfall des C-reaktiven Proteins i. S.: Änderung des diagnostischen und/oder therapeutischen Vorgehens			1.031	76,5	1.055	72,4
Maschinelle Beatmung						
nein			8.840	94,3	9.452	94,3
ja, ausschließlich nicht-invasiv			157	1,7	155	1,5
ja, ausschließlich invasiv			232	2,5	241	2,4
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			148	1,6	176	1,8
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			537		572	
Median				106,0		112,0
Mittelwert				211,5		229,3
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			43	0,5	60	0,6
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				138,0		112,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			496	92,4	526	92,0

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wurde schriftlich in der Patientenakte dokumentiert, dass im Einvernehmen mit dem Patienten oder der bevollmächtigten bzw. betreuenden Person auf die antimikrobielle Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde? ¹			444 / 9.377	4,7	-	-

¹ Datenfeld wird erst seit 01.01.2008 erhoben

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6.142	65,5	6.933	69,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			121	1,3	136	1,4
03: aus sonstigen Gründen			8	0,1	17	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			87	0,9	92	0,9
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			303	3,2	341	3,4
07: Tod			1.347	14,4	1.486	14,8
08: Verlegung nach § 14			12	0,1	9	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			125	1,3	141	1,4
10: in Pflegeeinrichtung			1.194	12,7	825	8,2
11: in Hospiz			7	0,1	4	0,0
12: interne Verlegung			2	0,0	6	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			6	0,1	11	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			16	0,2	8	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	1	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			1	0,0	6	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			2	0,0	5	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,0
22: Fallabschluss ²			0	0,0	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen

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

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat 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
- 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
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung

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 2008 Anzahl	Gesamt 2008 Anzahl	Gesamt 2007 Anzahl
Patienten, die maschinell beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		319 96,0	346 111,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		88 149,0	111 214,0
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		120 48,0	121 45,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		111 150,0	114 149,0
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		17 144,0	14 204,5
Risikoklasse 2 (CRB-65)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		75 166,0	78 169,0
Risikoklasse 3 (CRB-65)² Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		19 107,0	22 67,5

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

² Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2008 errechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2007 ab.

Stratifizierte Beatmungsdauer

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2008 Anzahl	Gesamt 2008 Anzahl	Gesamt 2007 Anzahl
Patienten, die maschinell beatmet wurden			
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		72 8,0	79 8,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		90 51,0	79 52,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		36 116,5	38 114,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		121 371,0	150 345,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden			
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		13 15,0	9 12,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		22 53,0	18 50,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		8 115,5	18 114,0
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		45 426,0	66 356,0

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 2008 Anzahl	Gesamt 2008 Anzahl	Gesamt 2007 Anzahl
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden			
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		38 8,0	49 10,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		46 48,0	35 55,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		16 115,5	12 107,5
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		20 216,0	25 210,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		21 8,0	21 3,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		22 51,0	26 52,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		12 118,5	8 124,5
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		56 445,0	59 381,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			232	2,5	241	2,4
davon Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			217	93,5	237	98,3

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflege- einrichtung erfolgte			6.459	80,4	6.732	78,8
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			186	2,9	182	2,7

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Wenn Entlassungsgrund 1, 2, 3, 13 oder 14 (Patient regulär entlassen)	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			6.277		7.098	
Desorientierung						
pneumoniebedingt			28	0,4	71	1,0
nicht pneumoniebedingt			1.017	16,2	1.414	19,9
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.124	97,6	6.879	96,9
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min (0 - 24/min)			5.600	89,2	5.970	84,1
über 24/min (25/min oder mehr)			66	1,1	73	1,0
nicht bestimmt			611	9,7	1.055	14,9
Herzfrequenz						
maximal 100/min (0 - 100/min)			6.071	96,7	6.871	96,8
über 100/min (101/min oder mehr)			77	1,2	67	0,9
nicht bestimmt			129	2,1	160	2,3
Temperatur						
maximal 37,2° C (0 - 37,2° C)			6.104	97,2	6.738	94,9
über 37,2° C (37,3° C oder mehr)			62	1,0	91	1,3
nicht bestimmt			111	1,8	269	3,8
Sauerstoffsättigung						
unter 90% (0 - 89%)			218	3,5	258	3,6
mindestens 90% (90 - 100%)			5.198	82,8	5.273	74,3
nicht bestimmt			861	13,7	1.567	22,1
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg (0 - 89 mmHg)			184	2,9	117	1,6
mindestens 90 mmHg (90 - 350 mmHg)			5.937	94,6	6.750	95,1
nicht bestimmt			156	2,5	231	3,3

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.347 / 9.377	14,4	1.486 / 10.024	14,8
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			578 / 2.149	26,9	613 / 2.419	25,3
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			58 / 175	33,1	68 / 214	31,8
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			63 / 378	16,7	89 / 479	18,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.284 / 8.999	14,3	1.397 / 9.545	14,6
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			15 / 43	34,9	14 / 60	23,3
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			706 / 6.850	10,3	784 / 7.126	11,0
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			207 / 537	38,5	205 / 572	35,8

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung ¹	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.175 / 8.933	13,2	-	-
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			507 / 2.031	25,0	-	-
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			48 / 152	31,6	-	-
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			55 / 354	15,5	-	-
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.120 / 8.579	13,1	-	-
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			12 / 38	31,6	-	-
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			613 / 6.548	9,4	-	-
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			182 / 475	38,3	-	-

¹ Datenfeld wird erst seit 01.01.2008 erhoben

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2007.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

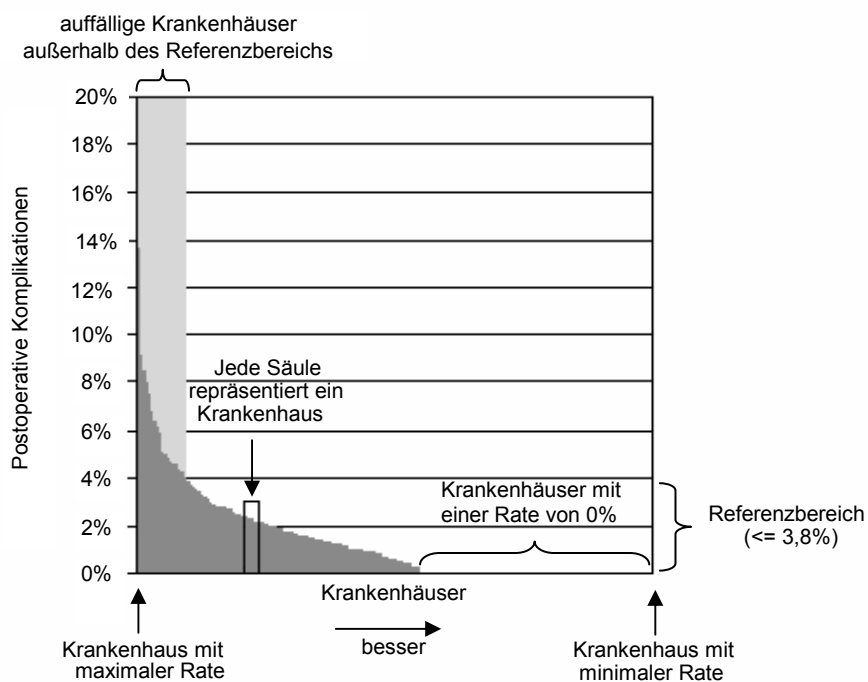
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

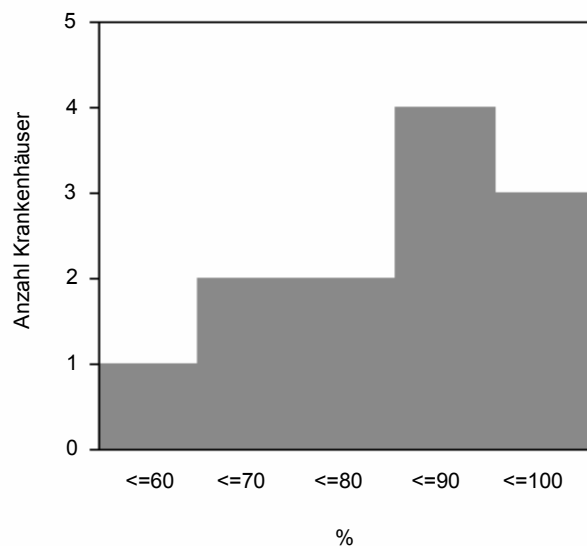
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

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

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

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.