

Jahresauswertung 2009 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 71
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.845
Datensatzversion: PNEU 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9403-L65507-P30365

Jahresauswertung 2009 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 71
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.845
Datensatzversion: PNEU 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9403-L65507-P30365

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
Alle Patienten			95,5%	>= 95%	1.1
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			95,6%	nicht definiert	1.1
Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			95,2%	nicht definiert	1.1
QI 2: Antimikrobielle Therapie					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			92,5%	>= 85,5%	1.6
QI 3: Frühmobilisation					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			93,6%	>= 82,1%	1.10
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			89,9%	>= 71,8%	1.10
QI 4: Verlaufskontrolle CRP/PCT					
			95,9%	>= 91,2%	1.14
QI 5: Überprüfung Diagnostik/Therapie					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			96,4%	>= 95%	1.16
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			96,9%	>= 95%	1.16

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien			91,4%	>= 95%	1.20
QI 7: Klinische Stabilitätskriterien			99,3%	>= 95%	1.23
QI 8: Krankenhaus-Letalität					
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			13,6%	<= 18,3%	1.26
Davon Patienten der:					
Risikoklasse 1 nach CRB-65			2,4%	<= 6,5%	1.27
Risikoklasse 2 nach CRB-65			13,8%	<= 18,5%	1.27
Risikoklasse 3 nach CRB-65			34,2%	<= 50,0%	1.27

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die 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 ≥ 30 /min (Respiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (Blood pressure)
- o Alter ≥ 65 Jahre (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 folgendes Datenfeld aufgenommen worden (Datenfeld 24):

"Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass im Einklang mit dem Willen des Patienten und ärztlicher Einschätzung wegen infauster Prognose der Grunderkrankung auf die antimikrobielle Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde?"

Dieses Datenfeld besagt bei Beantwortung mit "ja", dass bei diesem Patienten aufgrund der **infausten Prognose der Grunderkrankung** auf die antimikrobielle Therapie gänzlich verzichtet oder diese im Verlauf des stationären Aufenthaltes vorzeitig beendet 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 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 dokumentierter Therapieeinstellung (Datenfeld 24 = ja) ausgeschlossen:

- o Antimikrobielle Therapie,
- o Frühmobilisation,
- o Verlaufskontrolle CRP / PCT,
- o Überprüfung 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 dokumentierter Therapieeinstellung.

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:	2009/PNEU/68123
	Gruppe 2:	2009/PNEU/68895
	Gruppe 3:	2009/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 2009		
	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 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	10.362 / 10.845 95,5%	9.910 / 10.370 95,6%	452 / 475 95,2%
Vertrauensbereich	95,1% - 95,9%	95,1% - 96,0%	92,8% - 96,9%
Referenzbereich	>= 95%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	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	■	■	■

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich	8.770 / 9.377 93,5% 93,0% - 94,0%	8.418 / 8.999 93,5% 93,0% - 94,0%	352 / 378 93,1% 90,1% - 95,5%

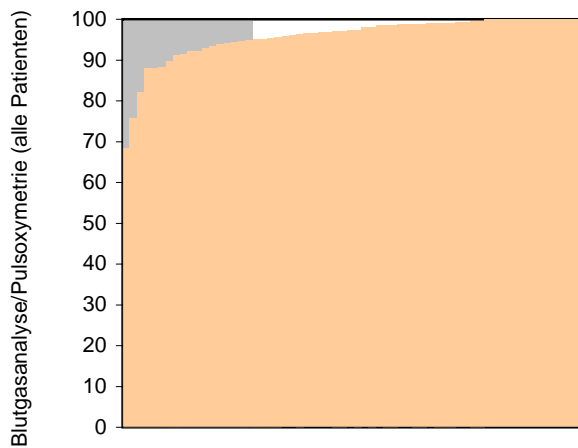
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2009/PNEU/68123]:

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

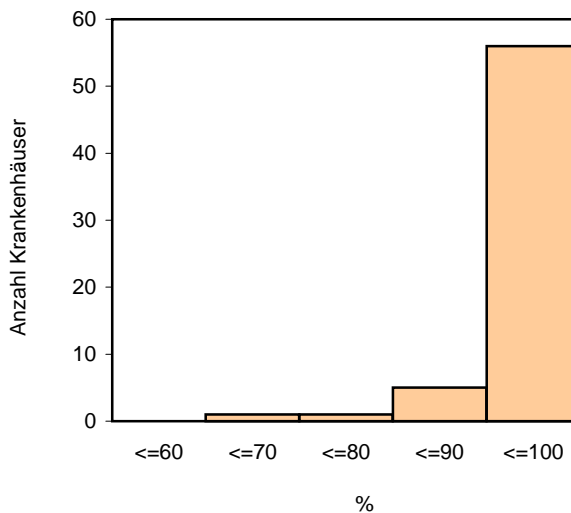
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 68,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,3%



Krankenhäuser

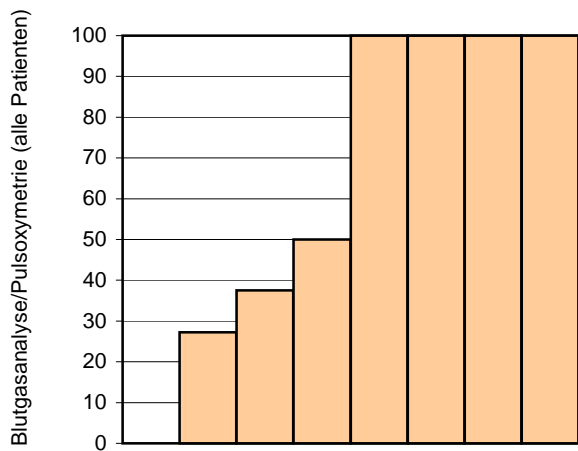


63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



Krankenhäuser

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

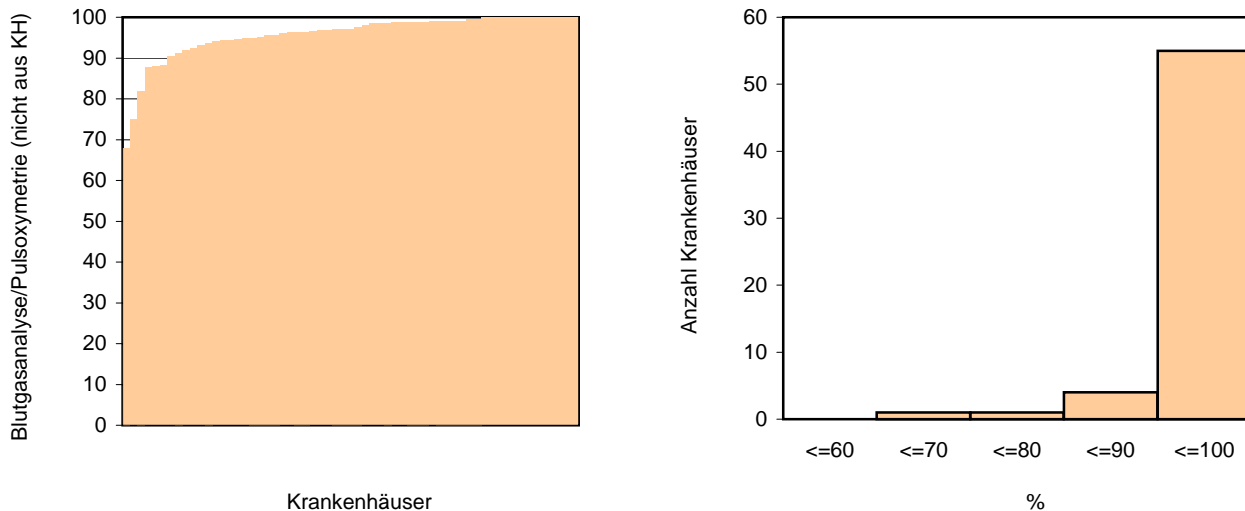
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2009/PNEU/68895]:

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: 68,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,2%

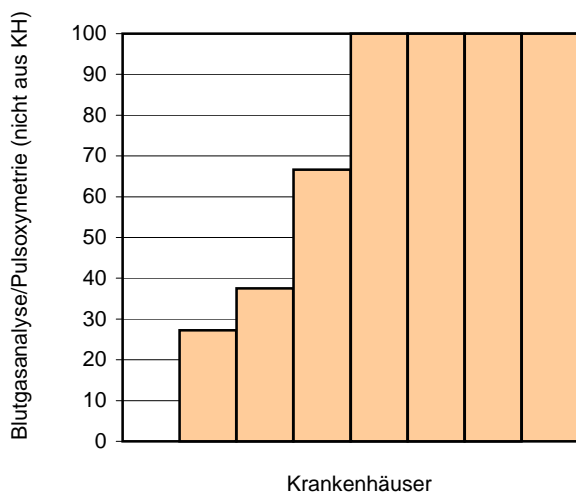


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 83,3%



8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

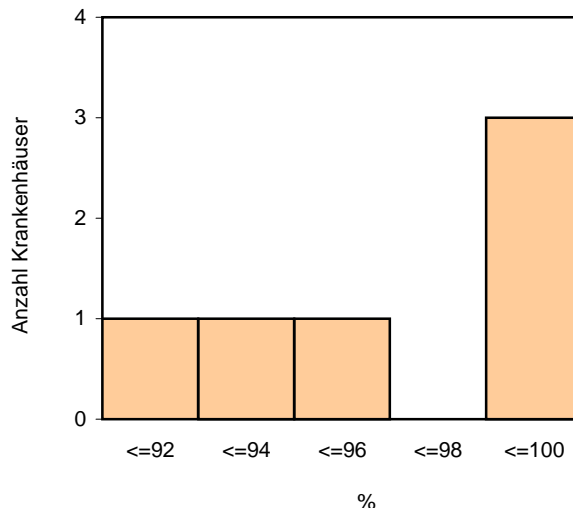
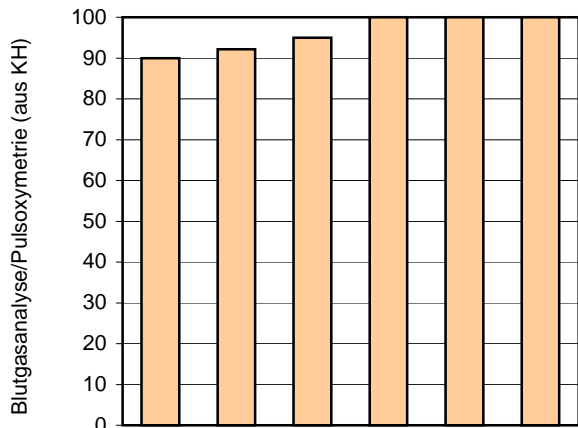
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2009/PNEU/69908]:

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: 90,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,5%

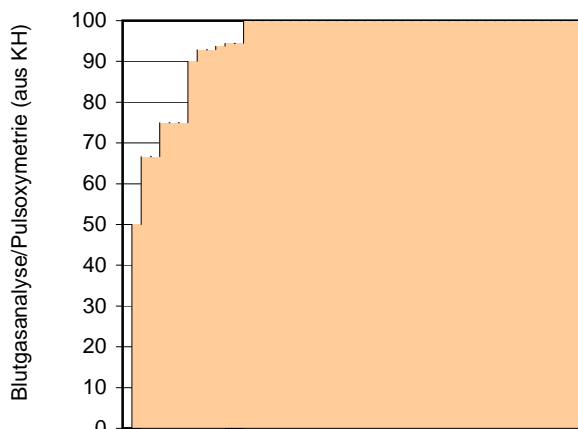


6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



49 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

16 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)	
	Gruppe 2:	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)	
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2009/PNEU/68897	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 85,5% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 85,5%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	9.424 / 10.205 92,3%	9.035 / 9.769 92,5%	389 / 436 89,2%
Vertrauensbereich		91,9% - 93,0%	
Referenzbereich		>= 85,5%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	142 / 10.205 1,4%	128 / 9.769 1,3%	14 / 436 3,2%

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

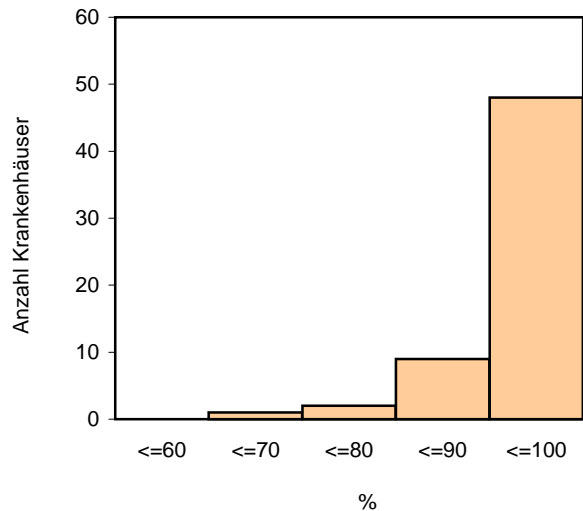
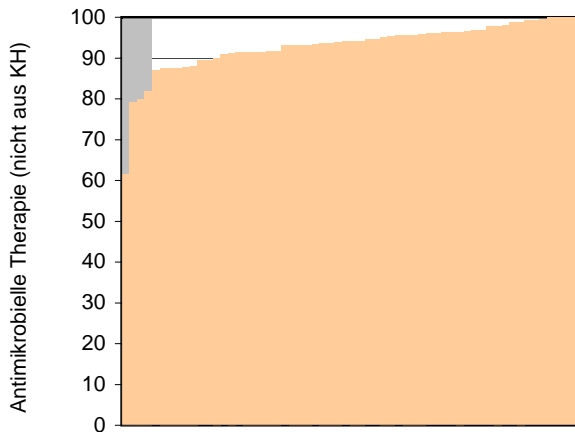
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2009/PNEU/68897]:

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: 61,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,2%

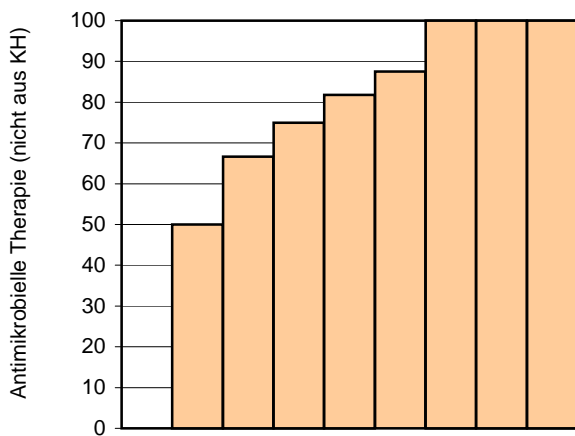


60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 81,8%



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 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 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.534 / 1.685 91,0%	7.089 / 7.668 92,4%	801 / 852 94,0%

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 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.491 / 1.633 91,3%	6.825 / 7.374 92,6%	719 / 762 94,4%

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)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			5.890 / 6.525	90,3%

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)

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: 2009/PNEU/69913
- Risikoklasse 2: 2009/PNEU/69915

Referenzbereich:

- Risikoklasse 1: >= 82,1% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Risikoklasse 2: >= 71,8% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	■	■	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 82,1%	>= 71,8%	

	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.354 / 1.446 93,6%	4.345 / 4.835 89,9%	191 / 244 78,3%
Vertrauensbereich	92,3% - 94,8%	89,0% - 90,7%	
Referenzbereich	>= 82,1%	>= 71,8%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

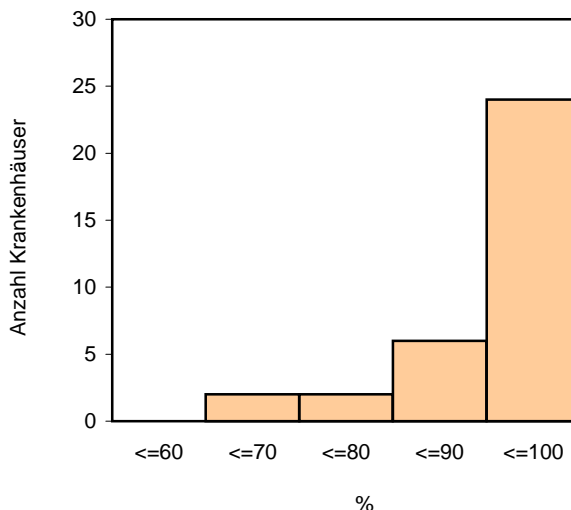
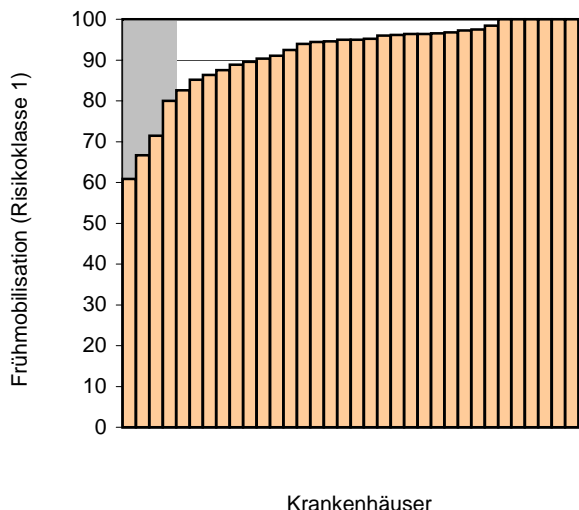
Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.131 / 1.230 92,0% 90,3% - 93,4%	3.666 / 4.239 86,5% 85,4% - 87,5%	188 / 222 84,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2009/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:

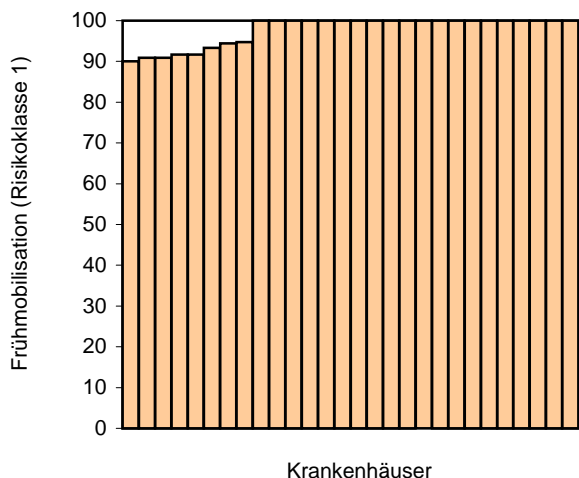
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 60,9% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 95,0%



34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

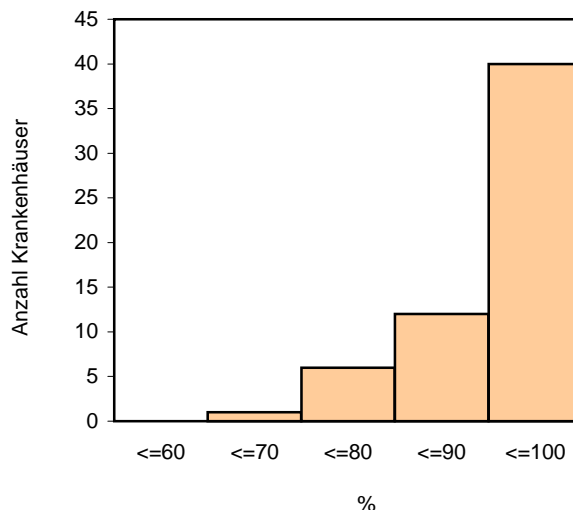
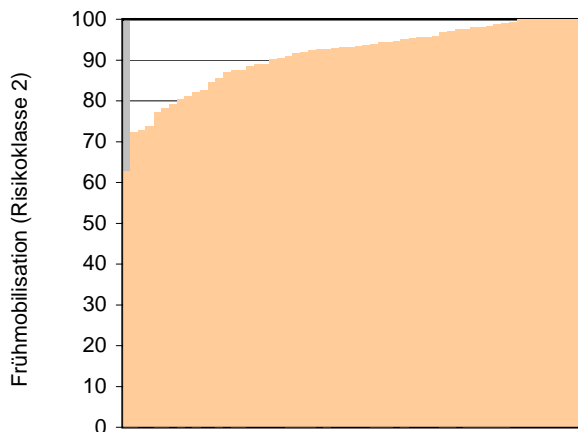
9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2009/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: 62,8% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 93,1%

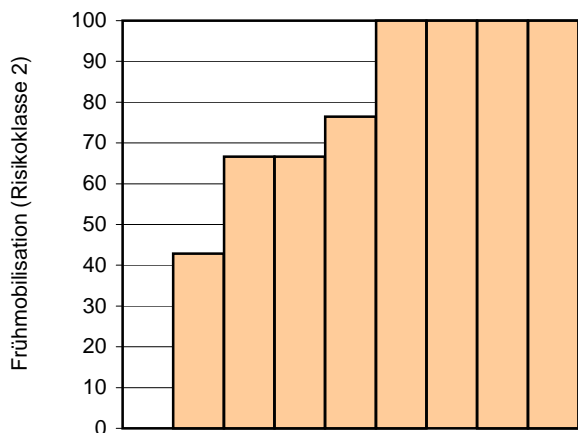


Krankenhäuser

59 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: 76,5%



Krankenhäuser

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Verlaufskontrolle CRP/PCT

Qualitätsziel: Häufig eine Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitonins im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmen

Grundgesamtheit: Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 5 Tagen (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Kennzahl-ID: 2009/PNEU/68130

Referenzbereich: >= 91,2% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			8.943 / 9.326	95,9%
Vertrauensbereich				95,5% - 96,3%
Referenzbereich		>= 91,2%		>= 91,2%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

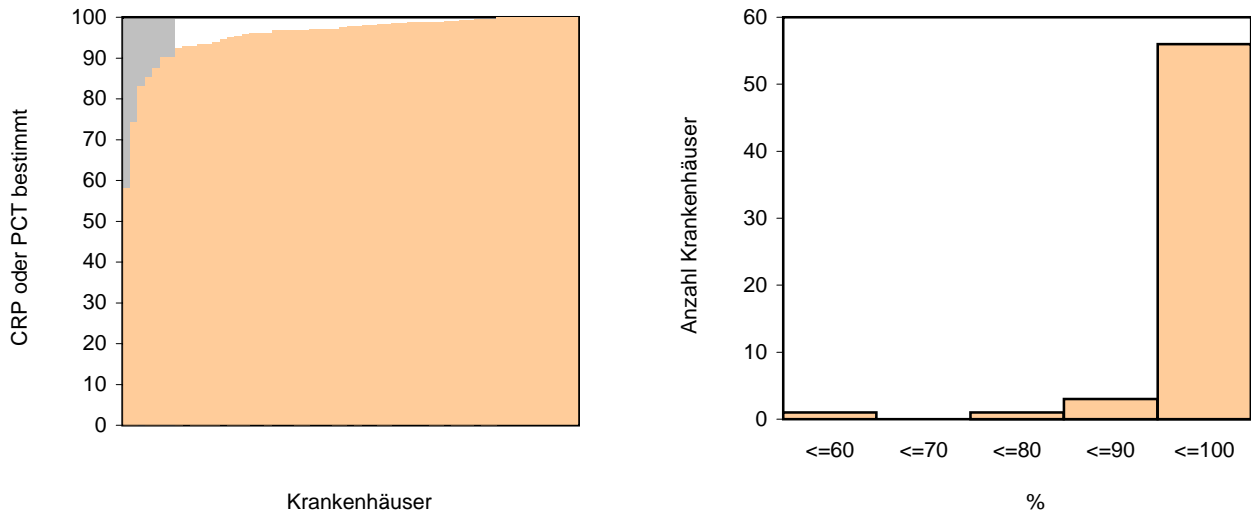
¹ Wegen Änderungen von Datenfeldern im Datensatz 2009 entfällt die Darstellung der Vorjahresergebnisse.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2009/PNEU/68130]:
 Anteil von Patienten, bei denen das CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage ihres Aufenthaltes bestimmt und keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 58,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,7%

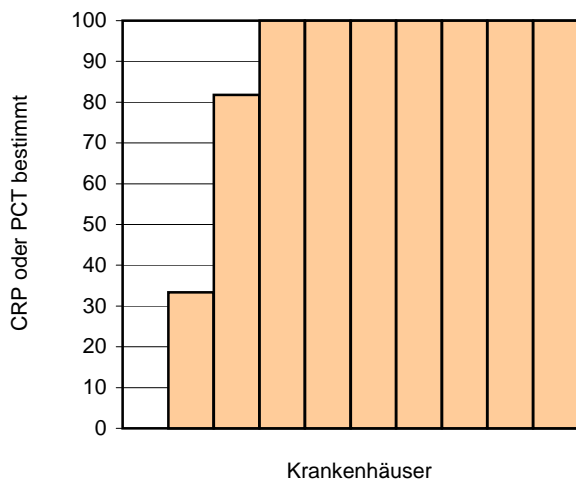


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Überprüfung Diagnostik/Therapie

Qualitätsziel: Häufig eine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens, wenn der CRP- oder PCT-Wert innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes nicht abgefallen ist

Grundgesamtheit: Patienten ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.562 / 1.617	96,6%

Risikoklassen nach CRB-65

Patienten ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes (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:
 Risikoklasse 2: 2009/PNEU/69923
 Risikoklasse 3: 2009/PNEU/69925

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

	Krankenhaus 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	194 / 199 97,5%	1.213 / 1.258 96,4%	155 / 160 96,9%
Vertrauensbereich		95,2% - 97,4%	92,8% - 99,0%
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	- -	- - -	- - -

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	- -	- - -	- - -

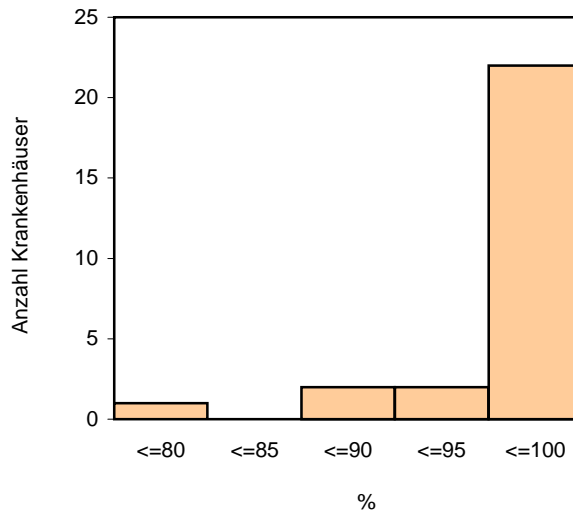
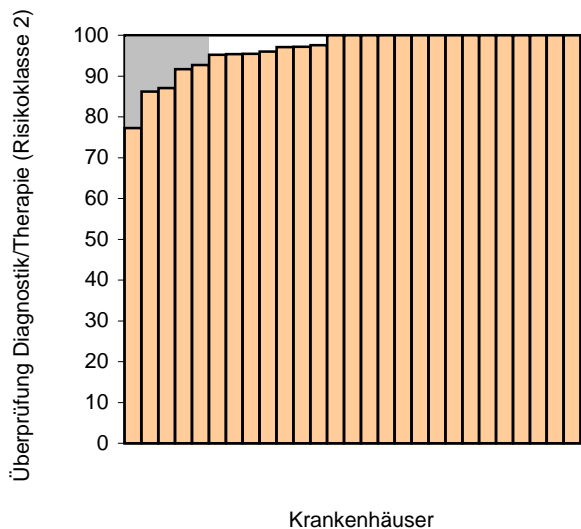
¹ Wegen Änderungen von Datenfeldern im Datensatz 2009 entfällt die Darstellung der Vorjahresergebnisse.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2009/PNEU/69923]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung 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: 77,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

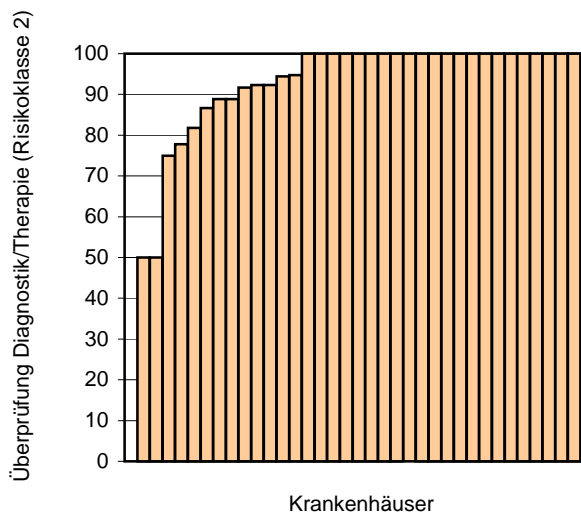


27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



36 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

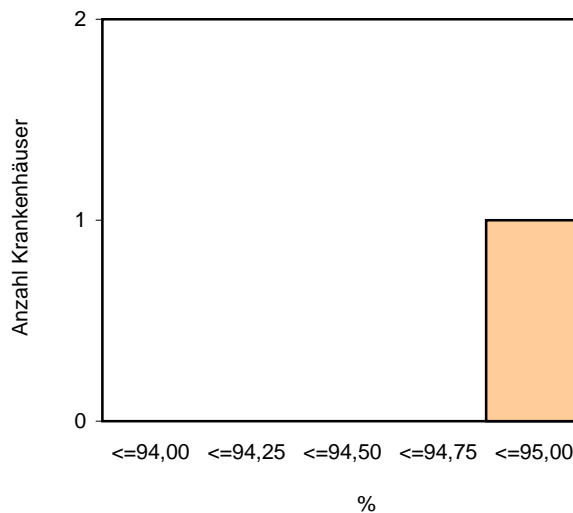
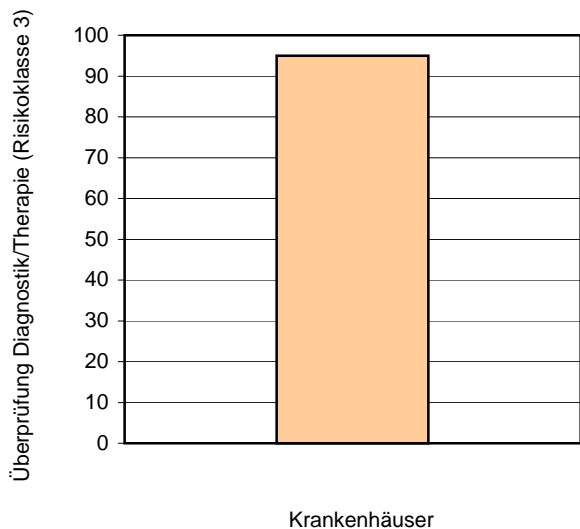
8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2009/PNEU/69925]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung 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: 95,0% - 95,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,0%

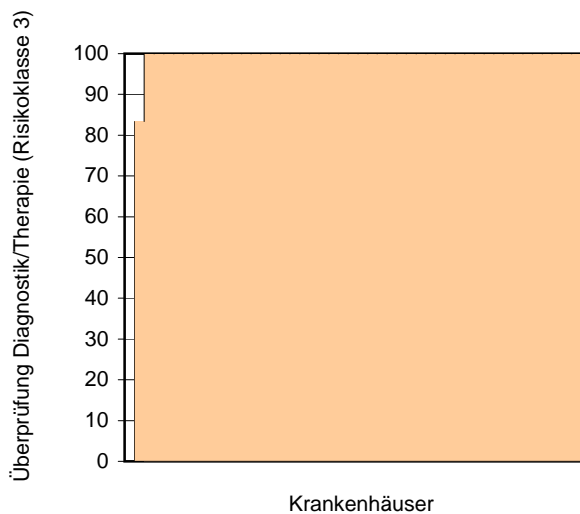


1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



47 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

23 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)

Kennzahl-ID: 2009/PNEU/68914

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

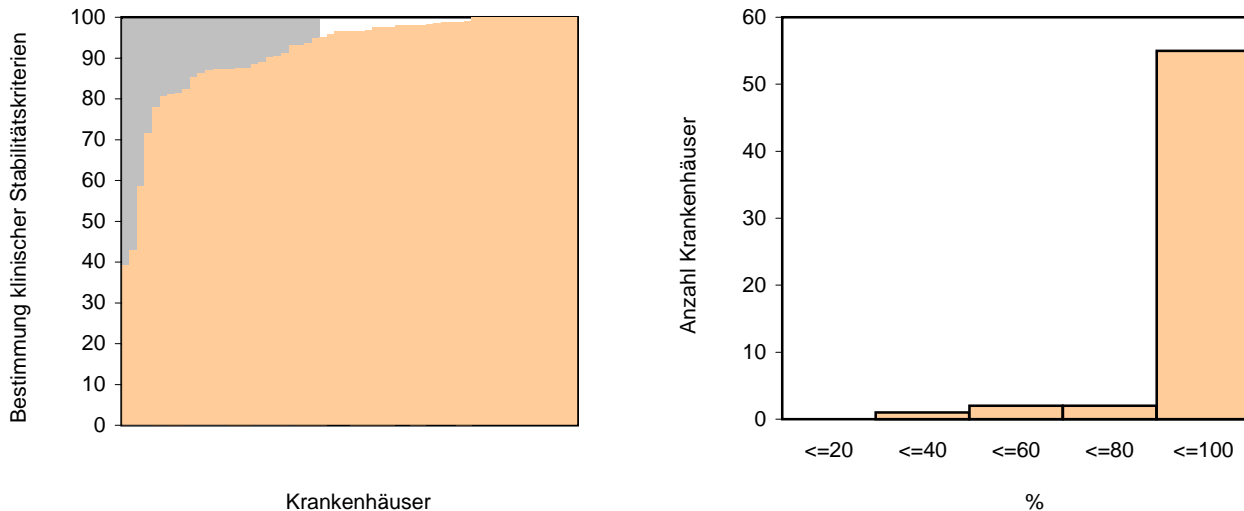
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			6.235 / 6.820	91,4%
Vertrauensbereich				90,7% - 92,1%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Desorientierung			6.820 / 6.820	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.820 / 6.820	100,0%
Spontane Atemfrequenz			6.515 / 6.820	95,5%
Herzfrequenz			6.727 / 6.820	98,6%
Temperatur			6.787 / 6.820	99,5%
Sauerstoffsättigung			6.412 / 6.820	94,0%
Blutdruck systolisch			6.735 / 6.820	98,8%

Vorjahresdaten	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%
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%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2009/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:

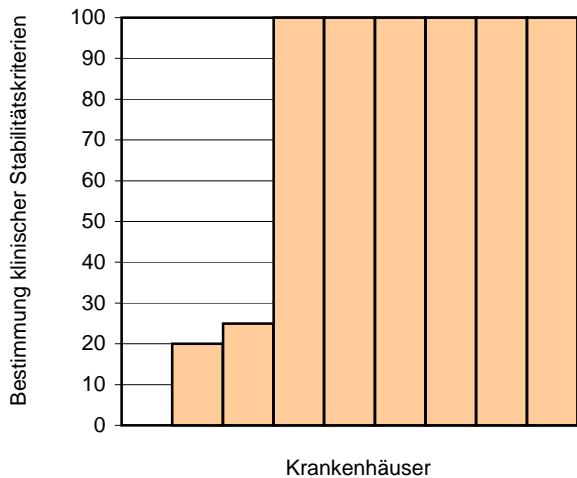
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 39,2% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 96,6%



60 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%



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 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)

Kennzahl-ID: 2009/PNEU/68138

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			6.194 / 6.235	99,3%
Vertrauensbereich				99,1% - 99,5%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			6.199 / 6.235	99,4%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.075 / 6.235	97,4%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			6.180 / 6.235	99,1%
Herzfrequenz maximal 100/min			6.194 / 6.235	99,3%
Temperatur maximal 37,2°C			6.190 / 6.235	99,3%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			6.046 / 6.235	97,0%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			6.181 / 6.235	99,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			5.003 / 5.057	98,9% 98,6% - 99,2%
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%

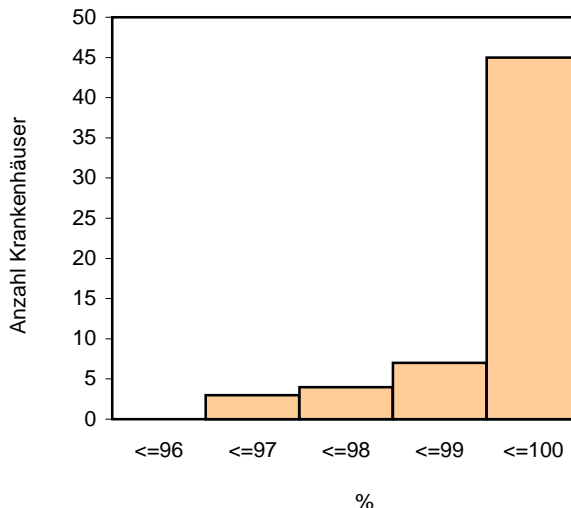
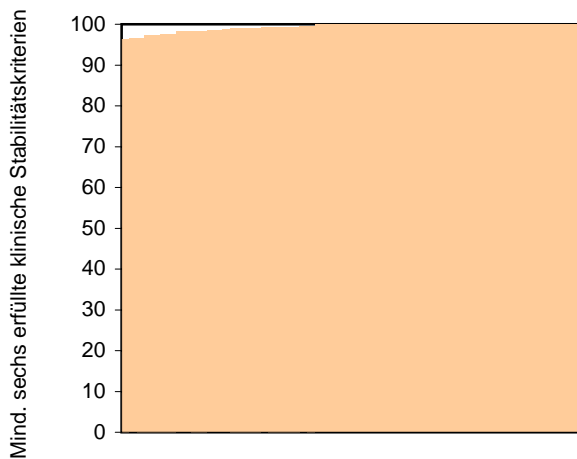
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2009/PNEU/68138]:

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: 96,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

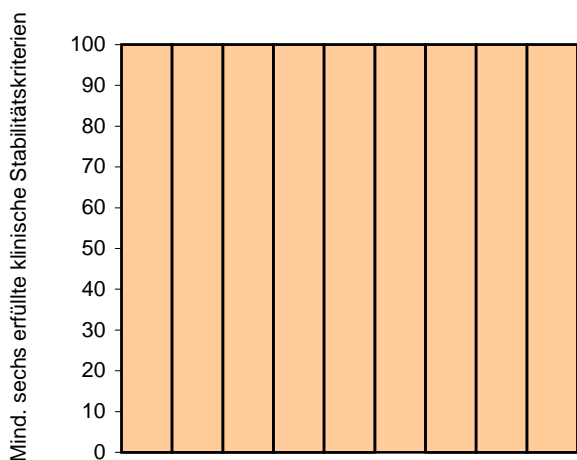


59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 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:	2009/PNEU/68149	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	<= 18,3% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.634 / 10.845	15,1%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.386 / 10.205	13,6%
Vertrauensbereich				12,9% - 14,3%
Referenzbereich		<= 18,3%		<= 18,3%

Vorjahresdaten	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%

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: 2009/PNEU/69948
 Risikoklasse 2: 2009/PNEU/69950
 Risikoklasse 3: 2009/PNEU/69952

Referenzbereich:
 Gruppe 2:
 Risikoklasse 1: <= 6,5% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 2: <= 18,5% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 3: <= 50,0% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 6,5%	<= 18,5%	<= 50,0%

	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	53 / 1.773 3,0%	1.227 / 8.125 15,1%	354 / 947 37,4%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	40 / 1.685 2,4%	1.055 / 7.668 13,8%	291 / 852 34,2%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,7% - 3,2% <= 6,5%	13,0% - 14,5% <= 18,5%	31,0% - 37,5% <= 50,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

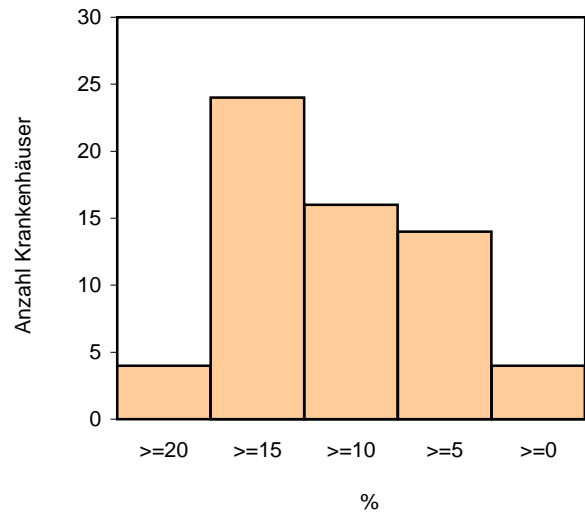
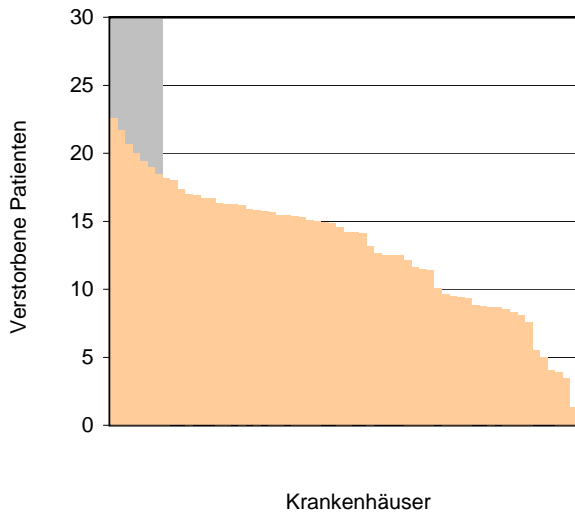
Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	42 / 1.505 2,8%	1.019 / 7.097 14,4%	286 / 775 36,9%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	36 / 1.444 2,5%	893 / 6.771 13,2%	246 / 718 34,3%
Vertrauensbereich	1,8% - 3,4%	12,4% - 14,0%	30,8% - 37,9%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2009/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: 1,3% - 22,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 14,4%

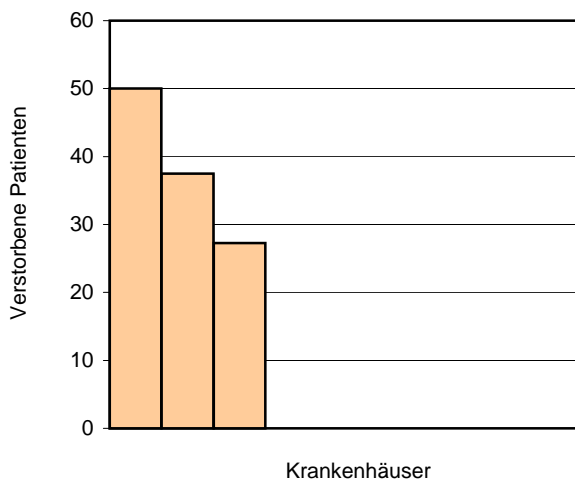


62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

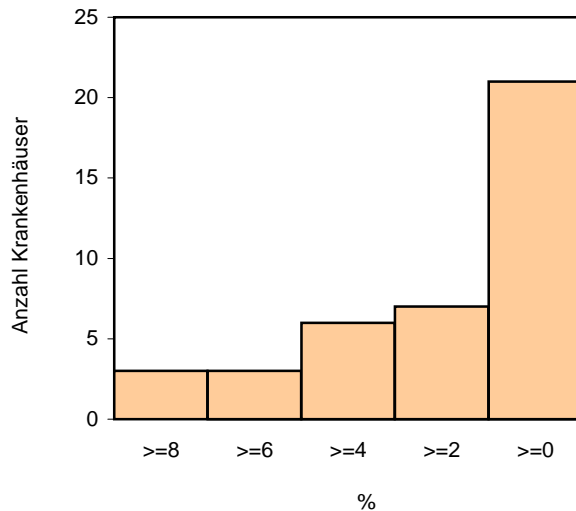
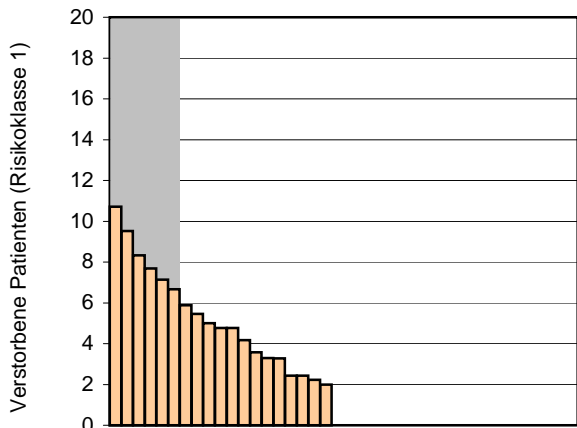
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2009/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% - 10,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

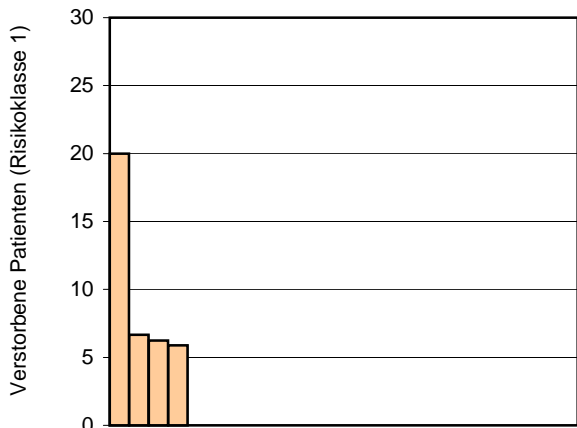


40 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 20,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



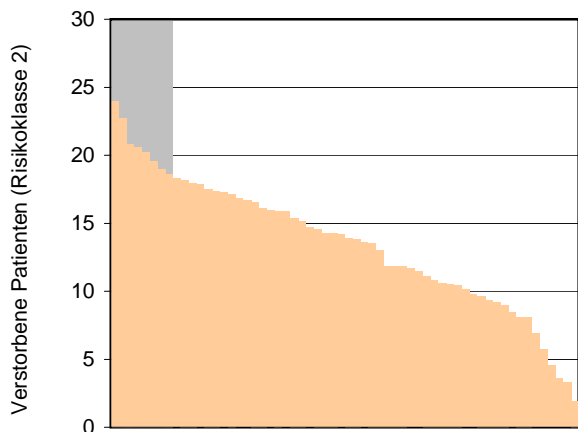
24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2009/PNEU/69950]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

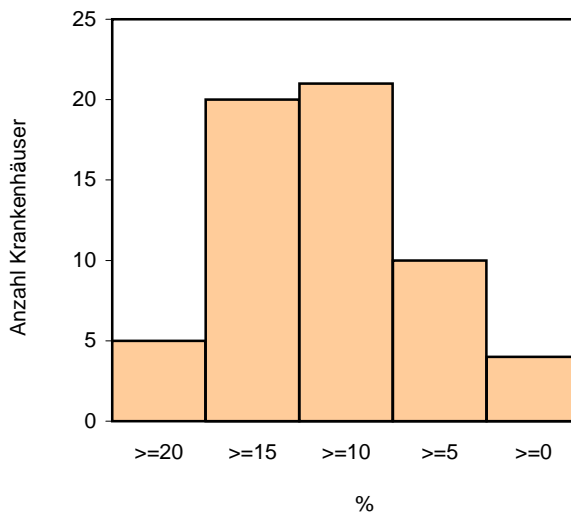
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,9% - 24,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 14,1%



Krankenhäuser

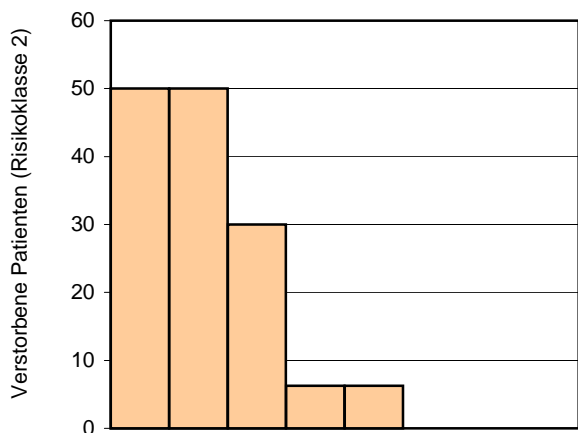


60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 6,3%



Krankenhäuser

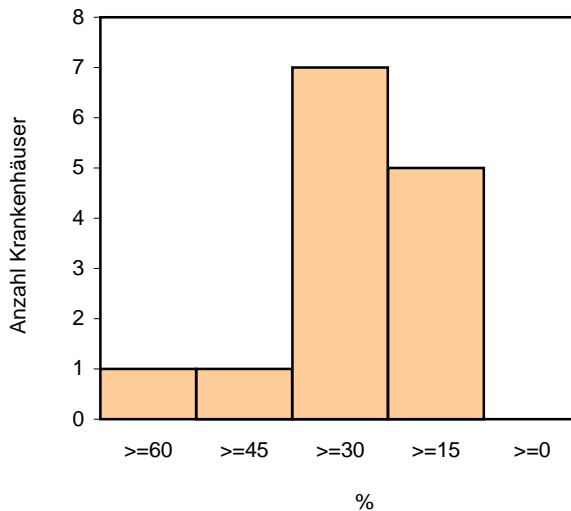
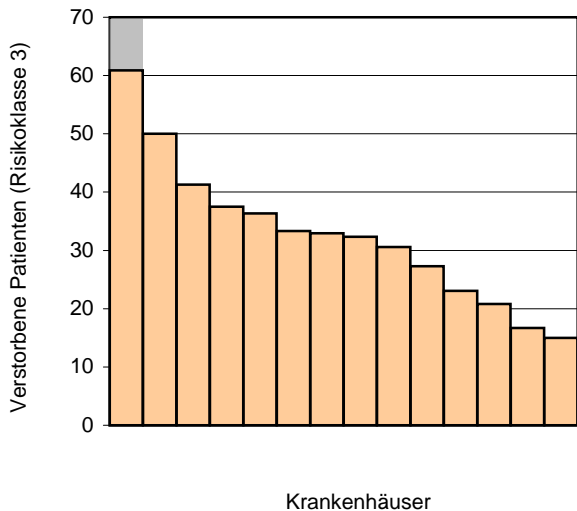
8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2009/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:

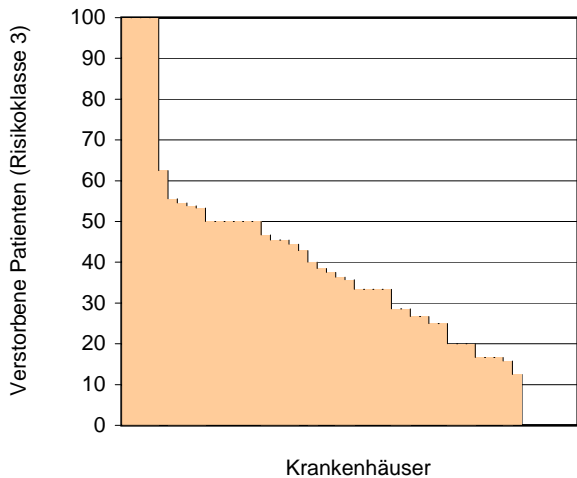
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 15,0% - 60,9%
 Median der Krankenhausergebnisse: 32,6%



14 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: 35,7%



49 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.845	
18 - 19 Jahre			0 / 36	0,0%
20 - 29 Jahre			6 / 257	2,3%
30 - 39 Jahre			4 / 274	1,5%
40 - 49 Jahre			27 / 492	5,5%
50 - 59 Jahre			68 / 991	6,9%
60 - 69 Jahre			137 / 1.405	9,8%
70 - 79 Jahre			399 / 2.879	13,9%
80 - 89 Jahre			707 / 3.580	19,7%
>= 90 Jahre			286 / 931	30,7%

Vorjahresdaten 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%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.205	
18 - 19 Jahre			0 / 36	0,0%
20 - 29 Jahre			6 / 248	2,4%
30 - 39 Jahre			4 / 260	1,5%
40 - 49 Jahre			22 / 467	4,7%
50 - 59 Jahre			56 / 935	6,0%
60 - 69 Jahre			118 / 1.329	8,9%
70 - 79 Jahre			331 / 2.710	12,2%
80 - 89 Jahre			607 / 3.359	18,1%
>= 90 Jahre			242 / 861	28,1%

Vorjahresdaten 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 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.634 / 10.845	
18 - 19 Jahre			0 / 1.634	0,0%
20 - 29 Jahre			6 / 1.634	0,4%
30 - 39 Jahre			4 / 1.634	0,2%
40 - 49 Jahre			27 / 1.634	1,7%
50 - 59 Jahre			68 / 1.634	4,2%
60 - 69 Jahre			137 / 1.634	8,4%
70 - 79 Jahre			399 / 1.634	24,4%
80 - 89 Jahre			707 / 1.634	43,3%
>= 90 Jahre			286 / 1.634	17,5%

Vorjahresdaten 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%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.386 / 10.205	
18 - 19 Jahre			0 / 1.386	0,0%
20 - 29 Jahre			6 / 1.386	0,4%
30 - 39 Jahre			4 / 1.386	0,3%
40 - 49 Jahre			22 / 1.386	1,6%
50 - 59 Jahre			56 / 1.386	4,0%
60 - 69 Jahre			118 / 1.386	8,5%
70 - 79 Jahre			331 / 1.386	23,9%
80 - 89 Jahre			607 / 1.386	43,8%
>= 90 Jahre			242 / 1.386	17,5%

Vorjahresdaten 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 2009 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 71
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.845
Datensatzversion: PNEU 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9403-L65507-P30365

Basisdaten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.567	32,9	2.932	31,3
2. Quartal			2.485	22,9	2.412	25,7
3. Quartal			2.147	19,8	1.895	20,2
4. Quartal			2.646	24,4	2.138	22,8
Gesamt			10.845		9.377	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			10.845		9.377	
Median				9,0		10,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2009¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2009

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	J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	R15	Stuhlinkontinenz
8	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2009

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2009			Gesamt 2009			Gesamt 2008		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	3.565	32,9	J18.0	3.046	32,5
2				J18.9	2.477	22,8	J18.9	2.135	22,8
3				I10.00	1.667	15,4	I10.00	1.475	15,7
4				J18.8	1.384	12,8	J18.8	1.138	12,1
5				J96.0	1.291	11,9	E11.90	987	10,5
6				E11.90	1.112	10,3	R15	925	9,9
7				R15	1.037	9,6	E86	853	9,1
8				R32	981	9,0	J96.0	825	8,8

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2008 und ICD-10-GM 2009 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 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			10.845 / 10.845		9.377 / 9.377	
18 - 19 Jahre			36 / 10.845	0,3	19 / 9.377	0,2
20 - 29 Jahre			257 / 10.845	2,4	201 / 9.377	2,1
30 - 39 Jahre			274 / 10.845	2,5	251 / 9.377	2,7
40 - 49 Jahre			492 / 10.845	4,5	477 / 9.377	5,1
50 - 59 Jahre			991 / 10.845	9,1	763 / 9.377	8,1
60 - 69 Jahre			1.405 / 10.845	13,0	1.343 / 9.377	14,3
70 - 79 Jahre			2.879 / 10.845	26,5	2.573 / 9.377	27,4
80 - 89 Jahre			3.580 / 10.845	33,0	2.930 / 9.377	31,2
>= 90 Jahre			931 / 10.845	8,6	820 / 9.377	8,7
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			10.845		9.377	
Median				77,0		76,0
Geschlecht						
männlich			6.128	56,5	5.254	56,0
weiblich			4.717	43,5	4.123	44,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.574	23,7	2.149	22,9
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			475	4,4	378	4,0
Chronische Bettlägerigkeit			2.957	27,3	2.627	28,0
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung wenn nein			226	2,1	175	1,9
Desorientierung (bei Aufnahme)						
pneumoniebedingt			816	7,7	767	8,3
nicht pneumoniebedingt			3.097	29,2	2.677	29,1
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			10.619		9.202	
Median				22,0		22,0
Mittelwert				23,0		22,9
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			10.619		9.202	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				131,1		130,6
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			10.619		9.202	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				74,0		74,4

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			216	2,0	277	3,0
4 bis unter 8 Stunden			10.141	93,5	8.590	91,6
8 Stunden und später			221	2,0	180	1,9
			267	2,5	330	3,5
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			170	1,6	177	1,9
4 bis unter 8 Stunden			9.344	86,2	8.079	86,2
8 Stunden und später			662	6,1	471	5,0
			669	6,2	650	6,9

Verlauf

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation			1.361	12,5	1.377	14,7
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			8.375	77,2	6.947	74,1
nach 24 Stunden und später			1.109	10,2	1.053	11,2
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes¹			9.880	91,1	-	-
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes ¹			8.027	81,2	-	-
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diag- nostischen oder thera- peutischen Vorgehens ¹			1.762	95,1	-	-
Maschinelle Beatmung						
nein			10.151	93,6	8.840	94,3
ja, ausschließlich nicht-invasiv			220	2,0	157	1,7
ja, ausschließlich invasiv			270	2,5	232	2,5
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			204	1,9	148	1,6
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			694		537	
Median				123,0		106,0
Mittelwert				240,7		211,5
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden			75	0,7	43	0,5
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				244,0		138,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			648	93,4	496	92,4

¹ Wegen Änderungen von Datenfeldern im Datensatz 2009 entfällt die Darstellung der Vorjahresergebnisse.

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	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?			640 / 10.845	5,9	444 / 9.377	4,7

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6.951	64,1	6.142	65,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			147	1,4	121	1,3
03: aus sonstigen Gründen			10	0,1	8	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			92	0,8	87	0,9
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			340	3,1	303	3,2
07: Tod			1.634	15,1	1.347	14,4
08: Verlegung nach § 14			7	0,1	12	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			174	1,6	125	1,3
10: in Pflegeeinrichtung			1.423	13,1	1.194	12,7
11: in Hospiz			16	0,1	7	0,1
12: interne Verlegung			5	0,0	2	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			9	0,1	6	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,0	4	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			17	0,2	16	0,2
18: Rückverlegung			8	0,1	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			5	0,0	1	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	2	0,0
21: Wiederaufnahme			2	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 01 | Behandlung regulär beendet | 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 | Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den 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 oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |
| 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | | |

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 2009 Anzahl	Gesamt 2009 Anzahl	Gesamt 2008 Anzahl
Patienten, die maschinell beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		408 103,0	319 96,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		139 229,0	88 149,0
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		165 39,0	120 48,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		104 167,0	111 150,0
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		16 231,5	17 144,0
Risikoklasse 2 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		70 156,0	75 166,0
Risikoklasse 3 (CRB-65) Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		18 368,5	19 107,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Stratifizierte Beatmungsdauer

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

Dauer der maschinellen Beatmung ¹ (Median in Stunden)	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		94		72	
Median			8,0		8,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		102		90	
Median			55,5		51,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		39		36	
Median			115,0		116,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		173		121	
Median			311,0		371,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		10		13	
Median			8,0		15,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		29		22	
Median			62,0		53,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		8		8	
Median			124,5		115,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		92		45	
Median			341,0		426,0

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 2009 Anzahl	Gesamt 2009 Anzahl	Gesamt 2008 Anzahl
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden			
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		67 9,0	38 8,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		54 49,0	46 48,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		22 111,0	16 115,5
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		22 203,0	20 216,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			
<= 24 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		17 3,0	21 8,0
25 - 96 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		19 56,0	22 51,0
97 - 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		9 115,0	12 118,5
> 144 Stunden Anzahl Patienten mit gültigen Angaben Median		59 337,0	56 445,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			270	2,5	232	2,5
davon Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			268	99,3	217	93,5

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			7.362	79,9	6.459	80,4
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			240	3,3	186	2,9

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <= 7	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten¹			9.211	84,9	-	-
Desorientierung¹						
pneumoniebedingt			69	0,7	-	-
nicht pneumoniebedingt			1.897	20,6	-	-
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme¹			8.188	88,9	-	-
Spontane Atemfrequenz¹						
maximal 24/min			7.982	86,7	-	-
über 24/min			94	1,0	-	-
nicht bestimmt			436	4,7	-	-
Herzfrequenz¹						
maximal 100/min			8.308	90,2	-	-
über 100/min			74	0,8	-	-
nicht bestimmt			134	1,5	-	-
Temperatur¹						
maximal 37,2° C			8.362	90,8	-	-
über 37,2° C			104	1,1	-	-
nicht bestimmt			50	0,5	-	-
Sauerstoffsättigung¹						
unter 90%			269	2,9	-	-
mindestens 90%			7.693	83,5	-	-
nicht bestimmt			555	6,0	-	-
Blutdruck systolisch¹						
unter 90 mmHg			100	1,1	-	-
mindestens 90 mmHg			8.291	90,0	-	-
nicht bestimmt			117	1,3	-	-

¹ Die Vorjahresergebnisse sind wegen Änderung des Filters im Datensatz und Erfassung einer anderen Grundgesamtheit nicht vergleichbar und werden daher nicht dargestellt.

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.634 / 10.845	15,1	1.347 / 9.377	14,4
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			725 / 2.574	28,2	578 / 2.149	26,9
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			84 / 226	37,2	58 / 175	33,1
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			97 / 475	20,4	63 / 378	16,7
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.537 / 10.370	14,8	1.284 / 8.999	14,3
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			24 / 75	32,0	15 / 43	34,9
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			812 / 7.796	10,4	706 / 6.850	10,3
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			258 / 694	37,2	207 / 537	38,5

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.386 / 10.205	13,6	1.175 / 8.933	13,2
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			621 / 2.382	26,1	507 / 2.031	25,0
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			61 / 193	31,6	48 / 152	31,6
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			72 / 436	16,5	55 / 354	15,5
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.314 / 9.769	13,5	1.120 / 8.579	13,1
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			18 / 64	28,1	12 / 38	31,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			693 / 7.387	9,4	613 / 6.548	9,4
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			201 / 612	32,8	182 / 475	38,3

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 Bundesdatenpools 2009.

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 2009 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2008 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 des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2009. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2008 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2009 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.

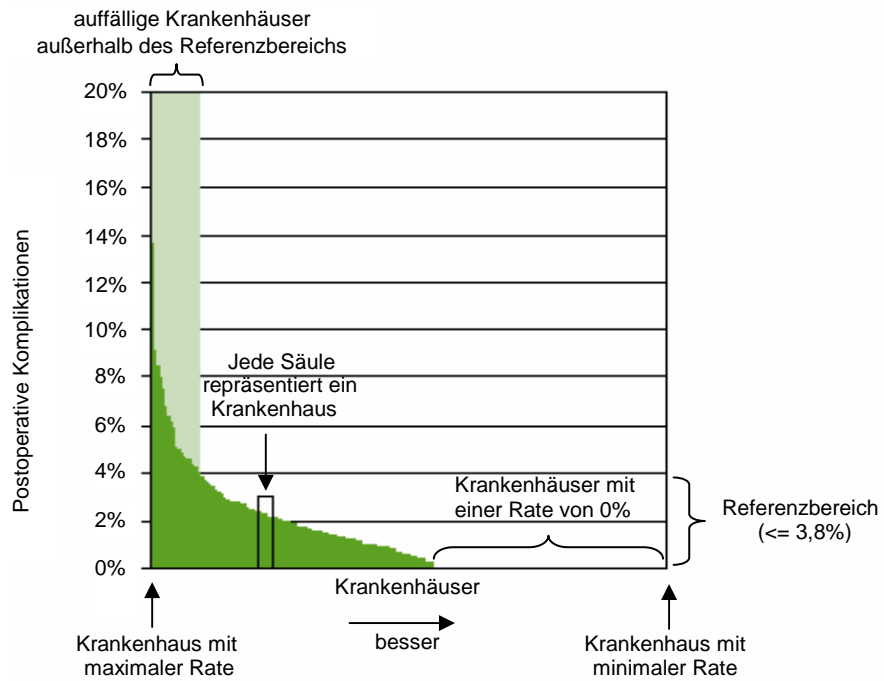
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

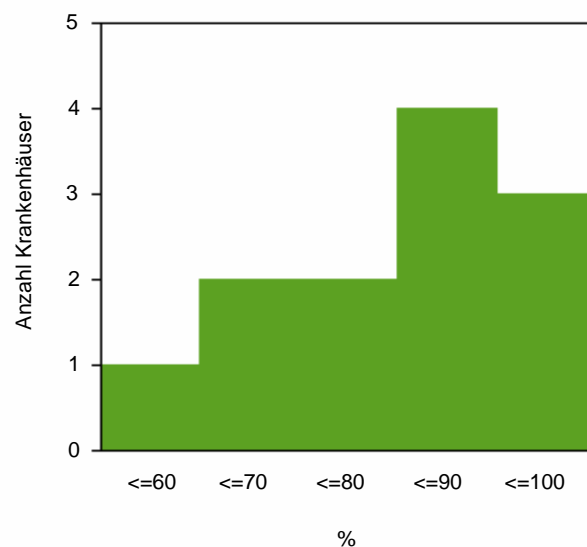
Beispiel:

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 2009/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2009.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.