

Jahresauswertung 2007 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 65
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.024
Datensatzversion: PNEU 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6199-L48198-P22615

Jahresauswertung 2007 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 65
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.024
Datensatzversion: PNEU 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6199-L48198-P22615

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
Alle Patienten			90,0%	>= 95%	1.1
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			89,8%	nicht definiert	1.1
Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			92,7%	nicht definiert	1.1
QI 2: Antimikrobielle Therapie					
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			89,4%	>= 80,5%	1.6
QI 3: Frühmobilisation					
Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			91,9%	>= 76,7%	1.10
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			86,5%	>= 62,4%	1.10
QI 4: Verlaufskontrolle CRP					
			88,1%	>= 79,2%	1.14
QI 5: Anpassung Diagnostik/Therapie					
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			72,0%	>= 95%	1.16
Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, ohne Abfall des C-reaktiven Proteinwertes am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme			74,4%	>= 95%	1.16

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien			74,5%	>= 95%	1.20
QI 7: Klinische Stabilitätskriterien			98,6%	>= 95%	1.23
QI 8: Stationäre Pflegeeinrichtung			2,7%	<= 6,5%	1.26
QI 9: Krankenhaus-Letalität					
Alle Patienten			14,8%	<= 20,5%	1.28
Davon Patienten der:					
Risikoklasse 1 nach CRB-65			2,8%	<= 8,0%	1.29
Risikoklasse 2 nach CRB-65			14,7%	<= 20,7%	1.29
Risikoklasse 3 nach CRB-65			37,1%	<= 55,0%	1.29

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 **C**onfusion)
- o Spontane Atemfrequenz ≥ 30 /min (**R**espiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (**B**lood 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.

Qualitätsindikator 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel:	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	
	Gruppe 3:	Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2007/PNEU/68123	
	Gruppe 2:	2007/PNEU/68895	
	Gruppe 3:	2007/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 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			
Referenzbereich	>= 95%	nicht definiert	nicht definiert

	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 90,0%	8.576 / 9.545 89,8%	444 / 479 92,7%
Vertrauensbereich	89,4% - 90,6%	89,2% - 90,4%	90,0% - 94,9%
Referenzbereich	>= 95%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	■	■	■

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	7.867 / 9.601 81,9% 81,2% - 82,7%	7.476 / 9.133 81,9% 81,1% - 82,6%	391 / 468 83,5% 79,9% - 86,8%

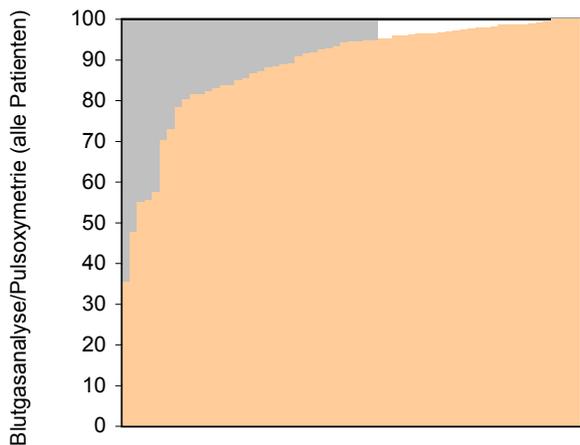
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68123]:

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

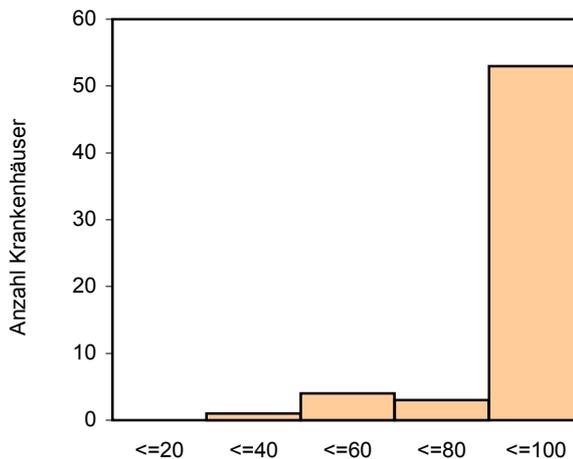
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 35,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,3%



Krankenhäuser



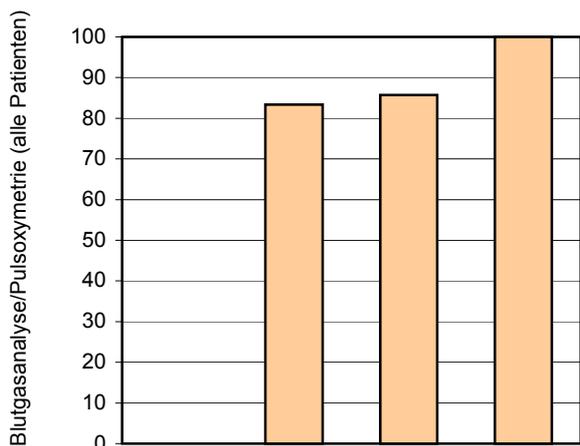
%

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: 84,5%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

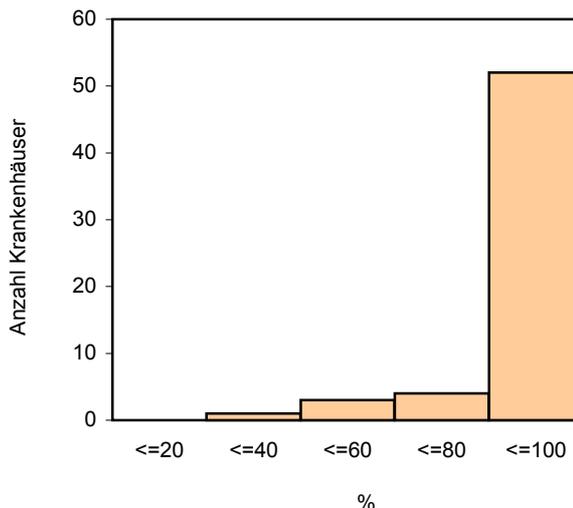
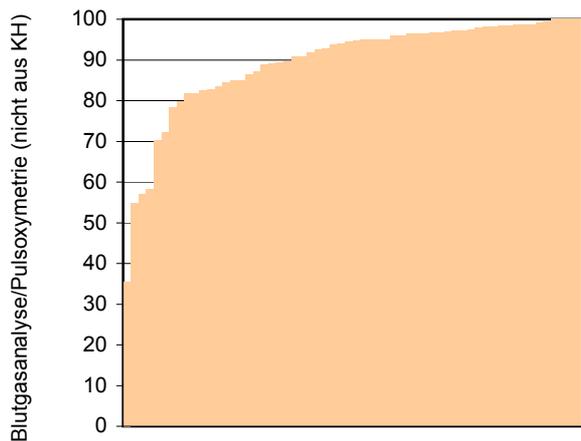
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68895]:

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: 35,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,5%

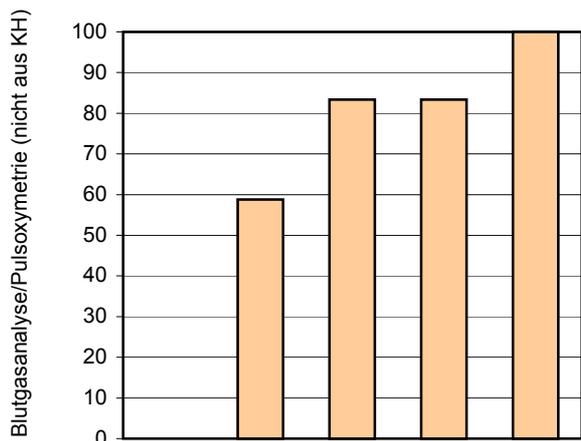


60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 83,3%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

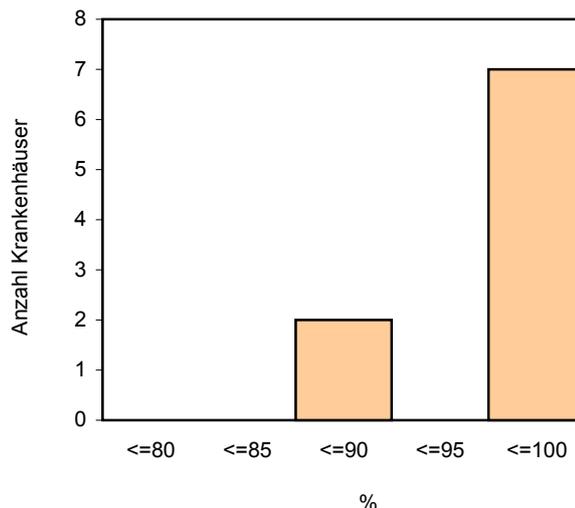
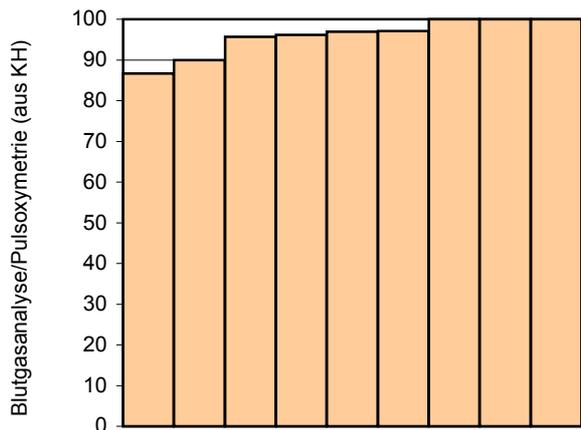
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69908]:

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: 86,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,0%

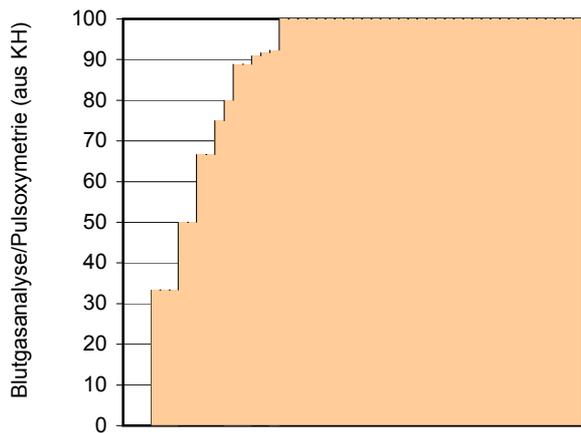


9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



50 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 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
	Gruppe 2:	Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
	Gruppe 3:	Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2007/PNEU/68897
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 80,5% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme		89,4%	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 80,5%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	8.944 / 10.024 89,2%	8.535 / 9.545 89,4%	409 / 479 85,4%
Vertrauensbereich		88,8% - 90,0%	
Referenzbereich		>= 80,5%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	260 / 10.024 2,6%	233 / 9.545 2,4%	27 / 479 5,6%

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

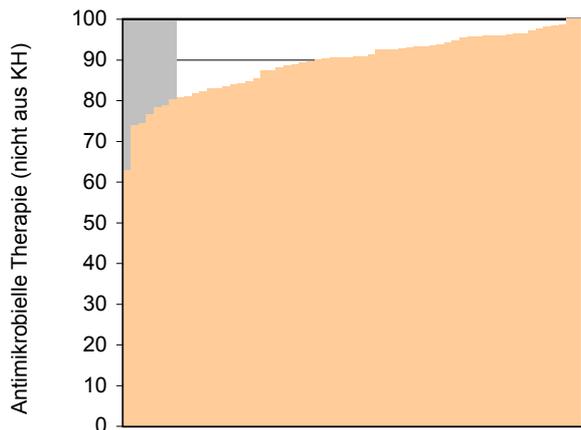
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68897]:

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

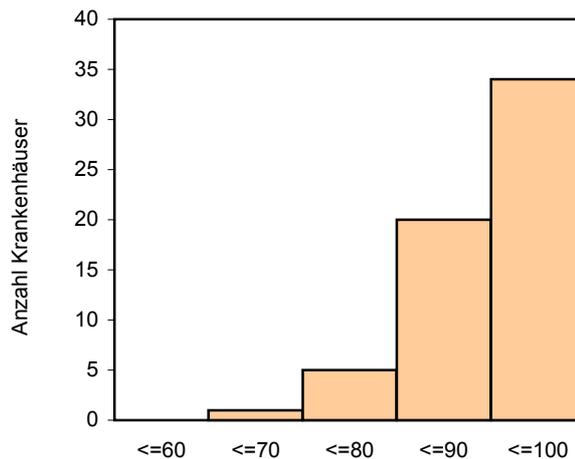
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 62,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,7%



Krankenhäuser



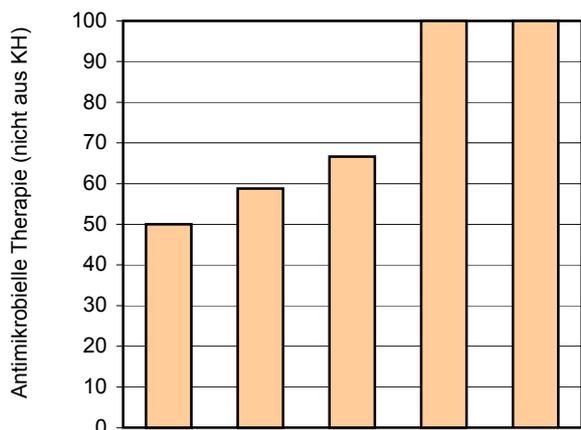
%

60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 66,7%



Krankenhäuser

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.388 / 1.591 87,2%	6.724 / 7.549 89,1%	832 / 884 94,1%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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

	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.338 / 1.526 87,7%	6.440 / 7.219 89,2%	757 / 800 94,6%

Qualitätsindikator 3: Frühmobilisation

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

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

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			5.396 / 6.176	87,4%

Risikoklassen nach CRB-65

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

Grundgesamtheit:

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

Kennzahl-ID:

- Risikoklasse 1: 2007/PNEU/69913
- Risikoklasse 2: 2007/PNEU/69915

Referenzbereich:

- Risikoklasse 1: >= 76,7% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Risikoklasse 2: >= 62,4% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	■	■	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 76,7%	>= 62,4%	

	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.271 / 1.383 91,9%	3.953 / 4.572 86,5%	172 / 221 77,8%
Vertrauensbereich	90,3% - 93,3%	85,4% - 87,4%	
Referenzbereich	>= 76,7%	>= 62,4%	

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.143 / 1.489 76,8% 74,5% - 78,9%	3.216 / 4.333 74,2% 72,9% - 75,5%	136 / 206 66,0%

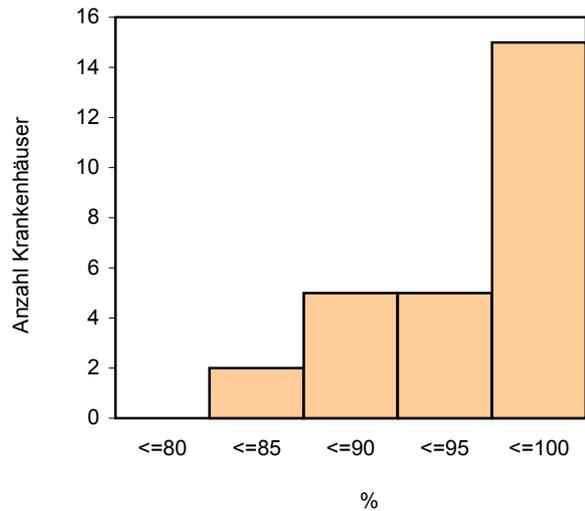
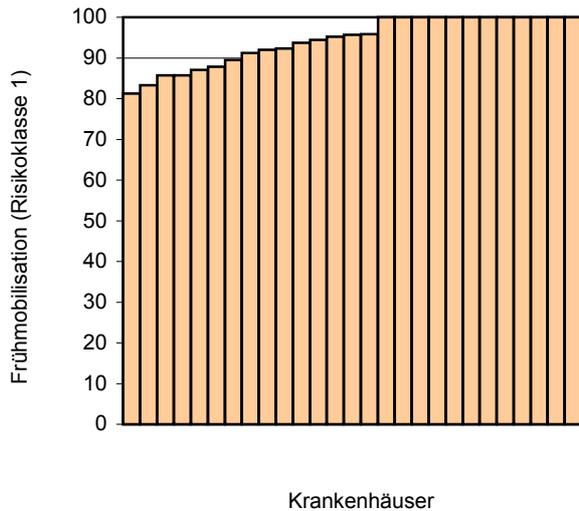
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69913]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,7%

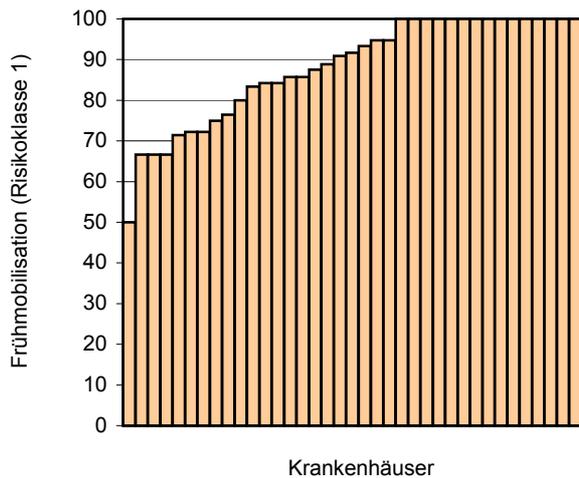


27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,7%



37 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

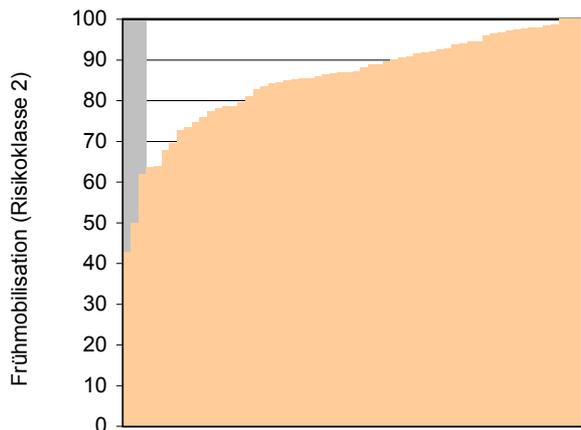
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69915]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 87,0%



Qualitätsindikator 4: Verlaufskontrolle CRP

Qualitätsziel: Häufig Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins im Serum am Tag 4 bis 5 nach der Aufnahme bestimmen

Grundgesamtheit: Patienten, die am Tag 4 noch nicht entlassen oder verstorben sind (Verweildauer >= 4 Tage)

Kennzahl-ID: 2007/PNEU/68130

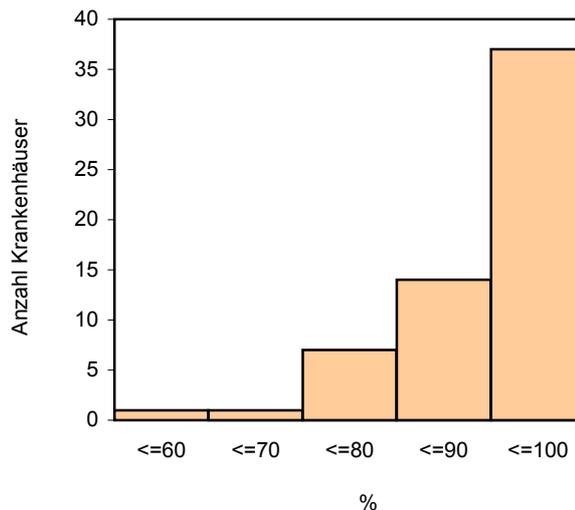
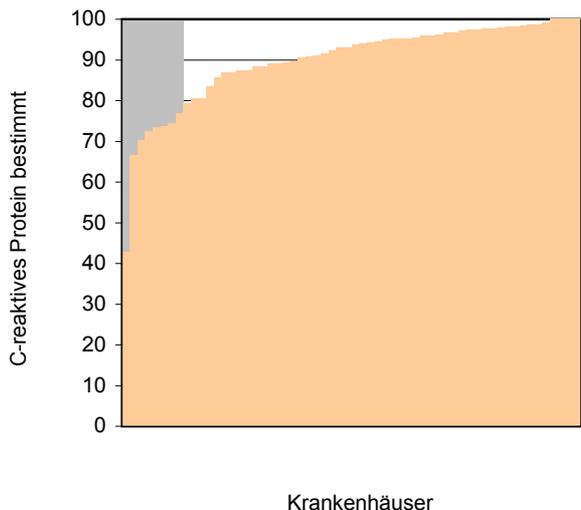
Referenzbereich: >= 79,2% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	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%
Referenzbereich		>= 79,2%		>= 79,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme bestimmt			7.202 / 8.763	82,2%
Vertrauensbereich				81,4% - 83,0%

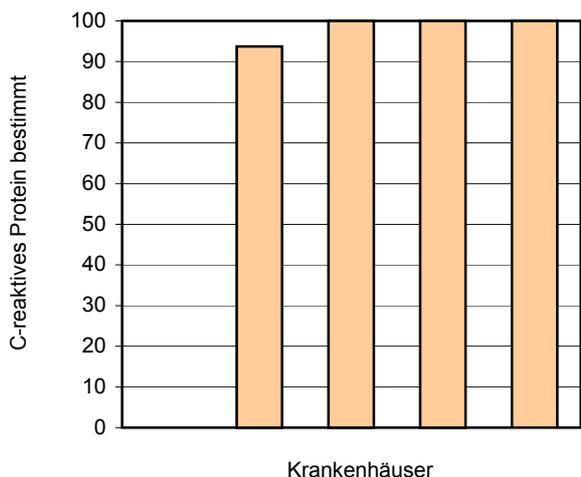
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68130]:
 Anteil von Patienten, bei denen das CRP am Tag 4 bis 5 bestimmt ist**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 42,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 93,4%



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%



5 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

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.055 / 1.457	72,4%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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

Kennzahl-ID:
 Risikoklasse 2: 2007/PNEU/69923
 Risikoklasse 3: 2007/PNEU/69925

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

	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	110 / 150 73,3%	814 / 1.131 72,0%	131 / 176 74,4%
Vertrauensbereich		69,3% - 74,6%	67,3% - 80,7%
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	119 / 164 72,6%	772 / 1.129 68,4% 65,6% - 71,1%	105 / 152 69,1% 61,1% - 76,3%

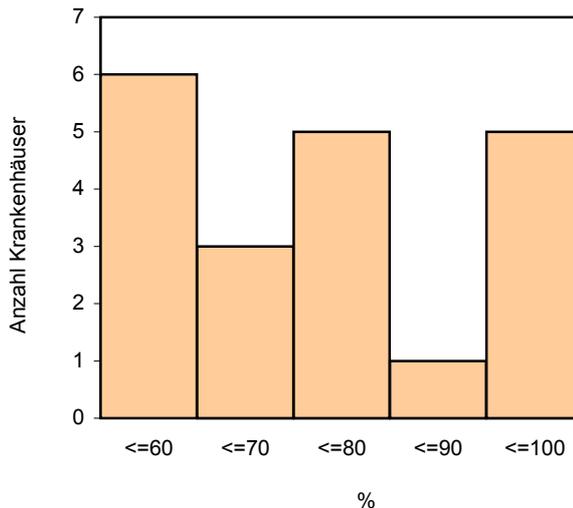
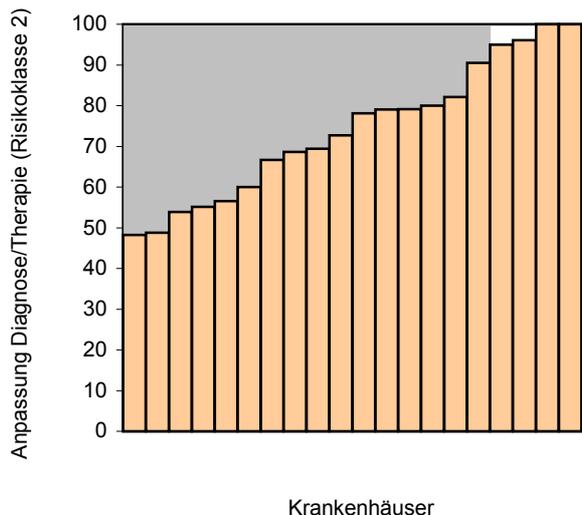
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69923]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 48,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 75,4%

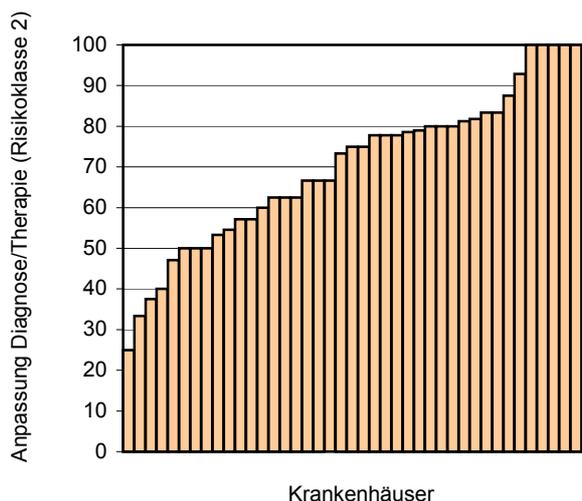


20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 25,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



41 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

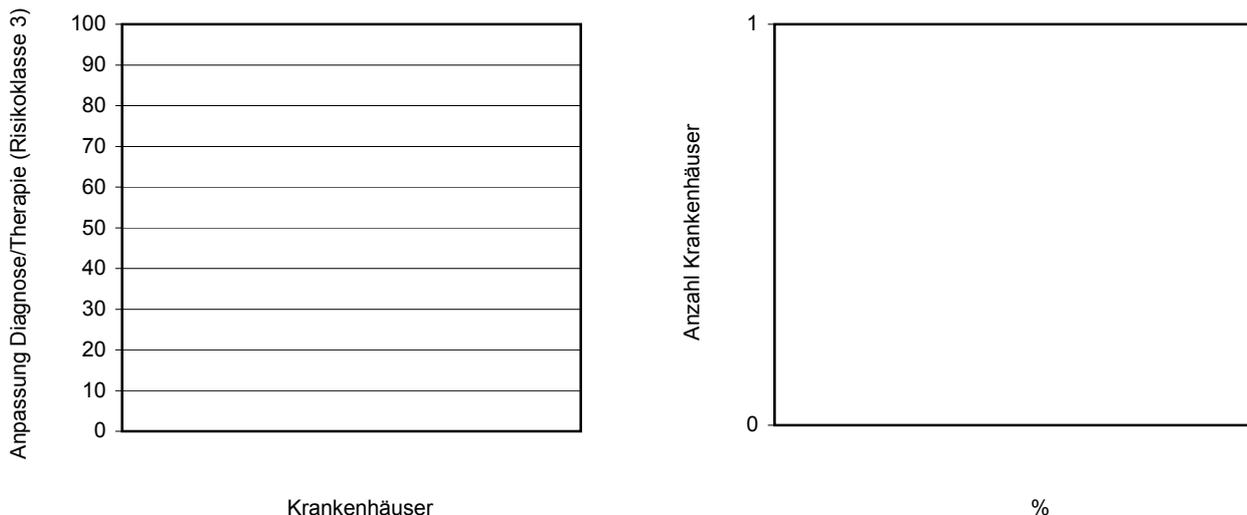
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69925]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

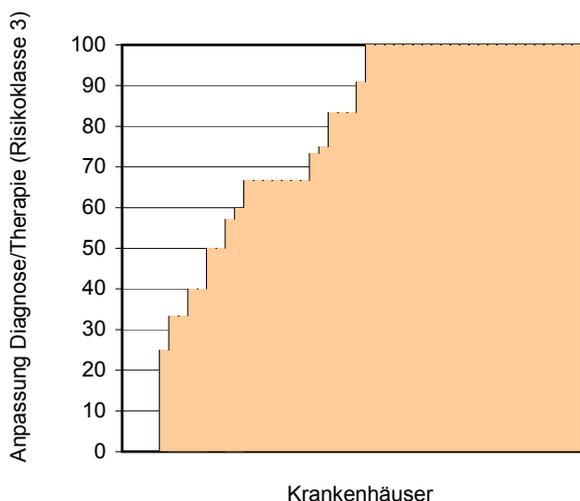
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



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: 83,3%



49 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

16 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

Kennzahl-ID: 2007/PNEU/68914

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	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%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
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%

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

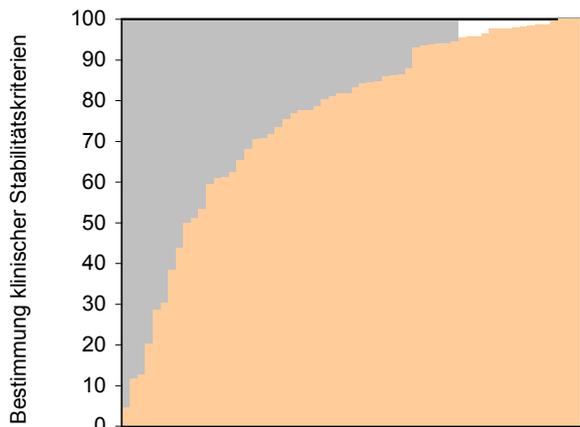
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68914]:

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

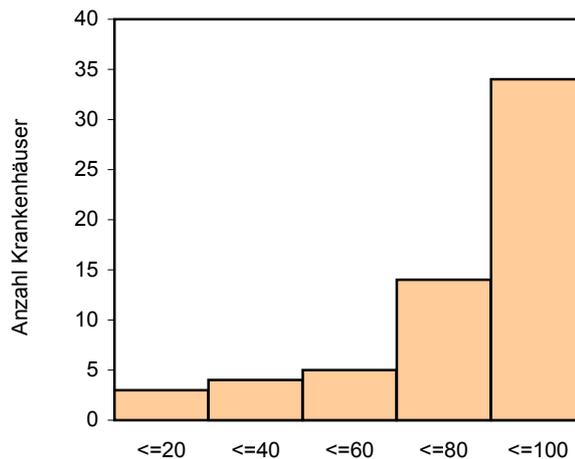
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 4,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 82,5%



Krankenhäuser



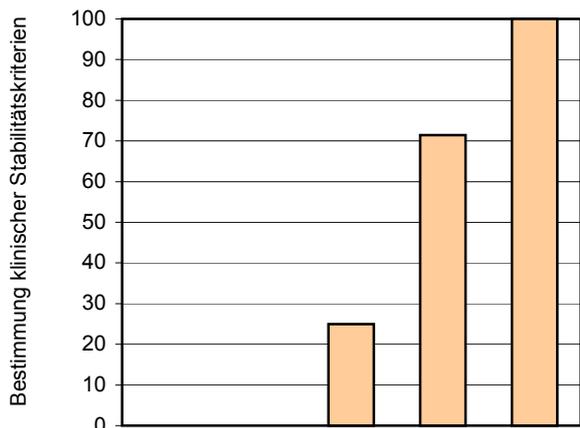
%

60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 25,0%



Krankenhäuser

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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

Kennzahl-ID: 2007/PNEU/68138

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			5.215 / 5.288	98,6%
Vertrauensbereich				98,3% - 98,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
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%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			4.044 / 4.104	98,5% 98,1% - 98,9%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			4.068 / 4.104	99,1%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.972 / 4.104	96,8%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			4.068 / 4.104	99,1%
Herzfrequenz maximal 100/min			4.080 / 4.104	99,4%
Temperatur maximal 37,2°C			4.078 / 4.104	99,4%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.891 / 4.104	94,8%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.039 / 4.104	98,4%

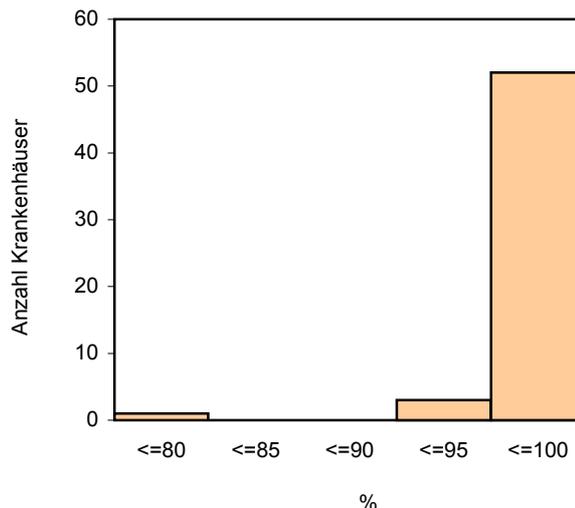
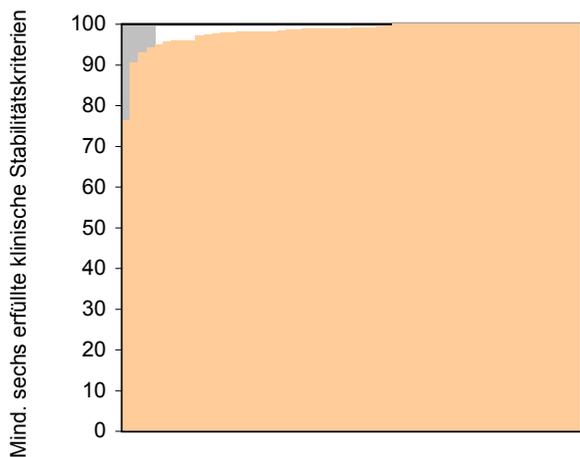
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68138]:

Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 76,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,1%

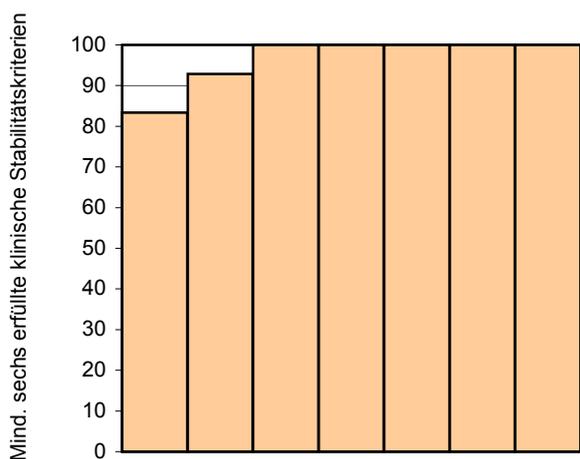


56 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 83,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Stationäre Pflegeeinrichtung

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

Grundgesamtheit: Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Kennzahl-ID: 2007/PNEU/68147

Referenzbereich: <= 6,5% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			182 / 6.732	2,7%
Vertrauensbereich				2,3% - 3,1%
Referenzbereich		<= 6,5%		<= 6,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			175 / 6.496	2,7%
Vertrauensbereich				2,3% - 3,1%

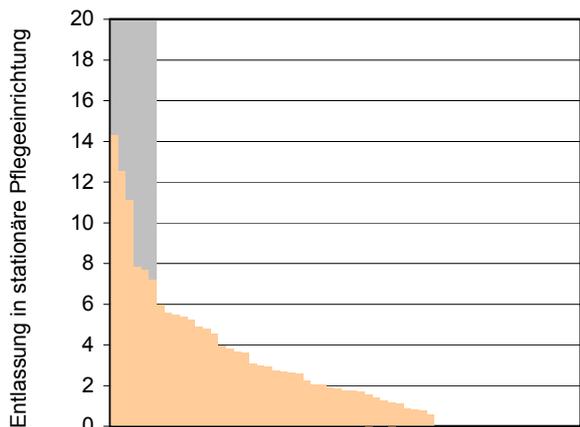
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68147]:

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

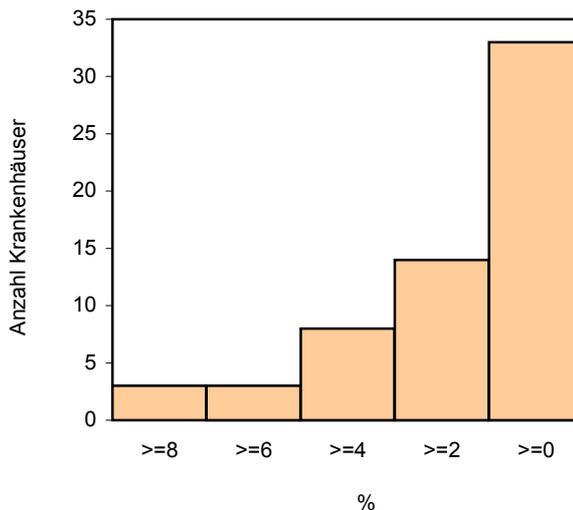
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 1,8%



Krankenhäuser

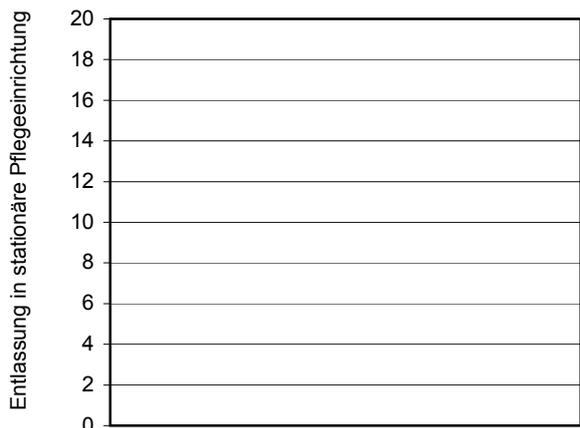


61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Krankenhaus-Letalität

Qualitätsziel: Niedrige Krankenhaus-Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2007/PNEU/68149
Referenzbereich: <= 20,5% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.486 / 10.024	14,8%
Vertrauensbereich				14,1% - 15,5%
Referenzbereich		<= 20,5%		<= 20,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			1.508 / 9.601	15,7%
Vertrauensbereich				15,0% - 16,5%

Risikoklassen nach CRB-65

Alle Patienten

Grundgesamtheit:	Risikoklasse 1:	Geringes Risiko (0 Scorepunkte)
	Risikoklasse 2:	Mittleres Risiko (1 bis 2 Scorepunkte)
	Risikoklasse 3:	Hohes Risiko (3 bis 4 Scorepunkte)
Kennzahl-ID:	Risikoklasse 1:	2007/PNEU/69948
	Risikoklasse 2:	2007/PNEU/69950
	Risikoklasse 3:	2007/PNEU/69952
Referenzbereich:	Risikoklasse 1:	<= 8,0% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Risikoklasse 2:	<= 20,7% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Risikoklasse 3:	<= 55,0% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 8,0%	<= 20,7%	<= 55,0%

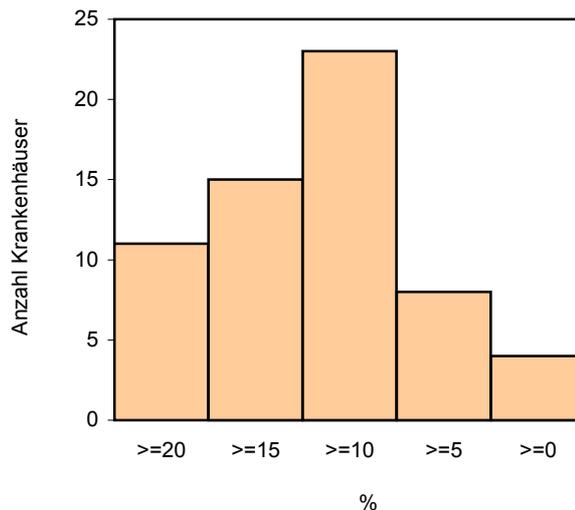
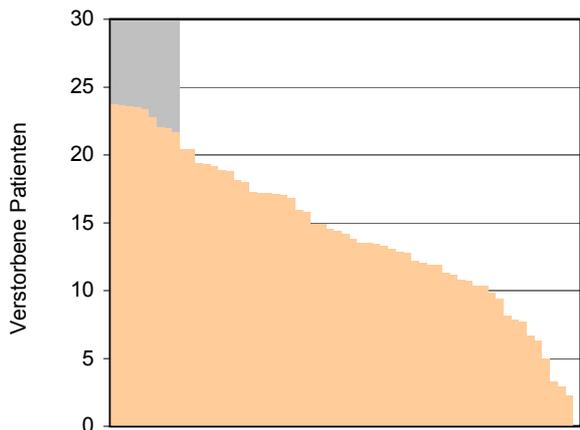
	Gesamt 2007		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	45 / 1.591 2,8%	1.113 / 7.549 14,7%	328 / 884 37,1%
Vertrauensbereich	2,1% - 3,8%	14,0% - 15,6%	33,9% - 40,4%
Referenzbereich	<= 8,0%	<= 20,7%	<= 55,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Verstorbene Patienten	55 / 1.713 3,2%	1.159 / 7.083 16,4%	294 / 805 36,5%
Vertrauensbereich	2,4% - 4,2%	15,5% - 17,2%	33,2% - 40,0%

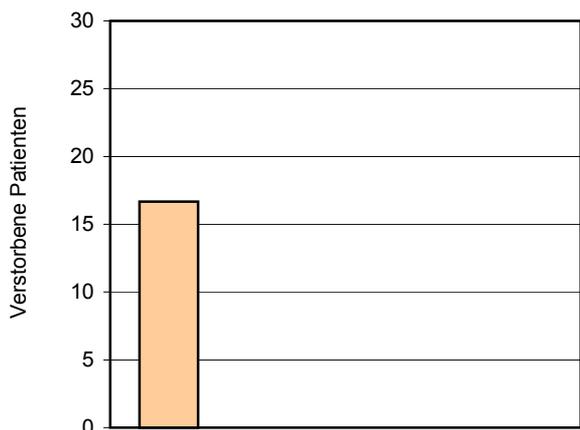
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Kennzahl-ID 2007/PNEU/68149]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 23,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 14,1%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

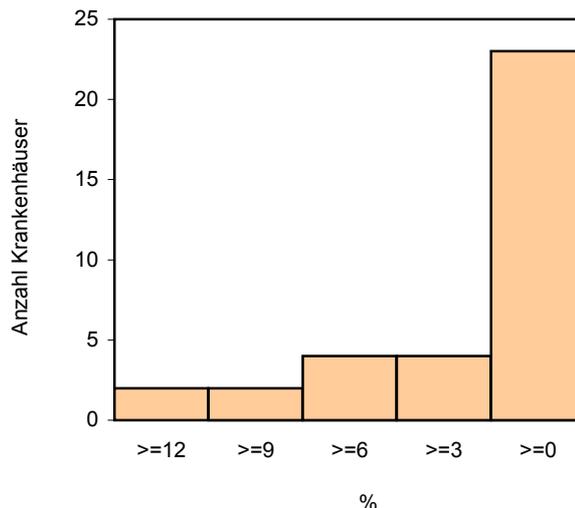
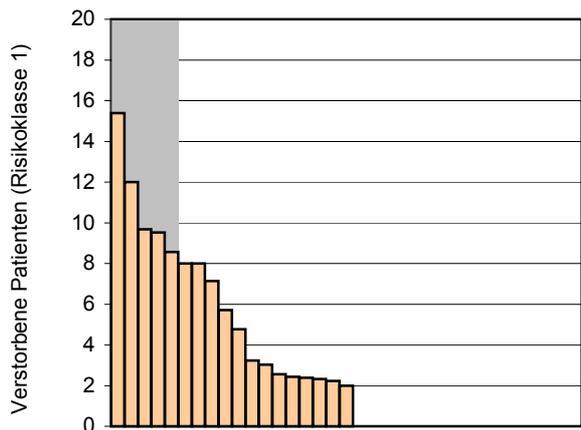
Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

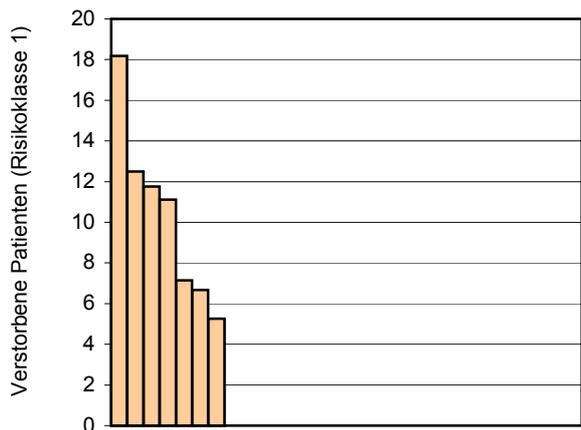
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69948]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,4%
 Median der Krankenhausergebnisse: 2,0%



35 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

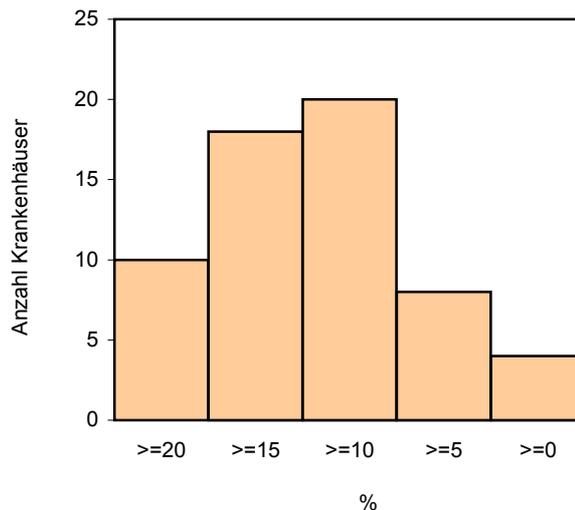
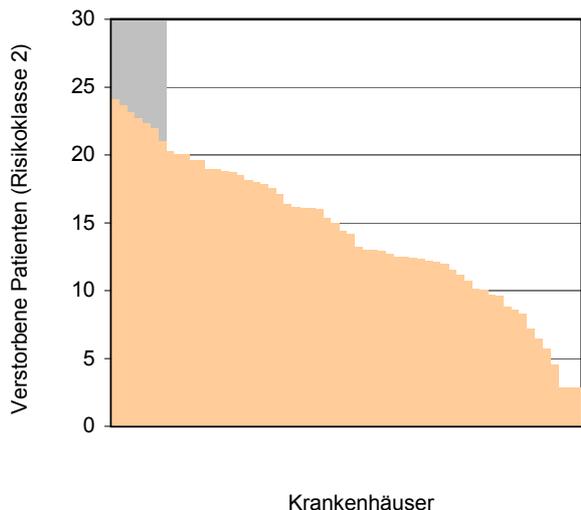
Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 18,2%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

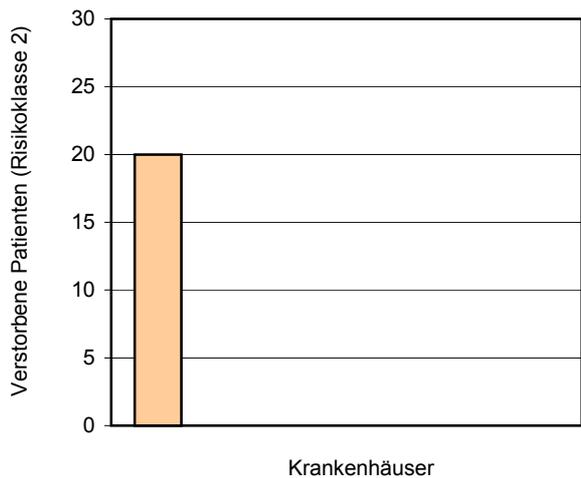
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9c, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69950]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2,8% - 24,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 14,2%



60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

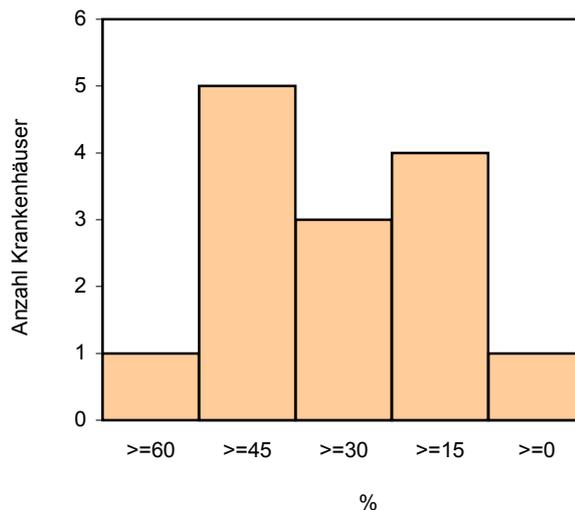
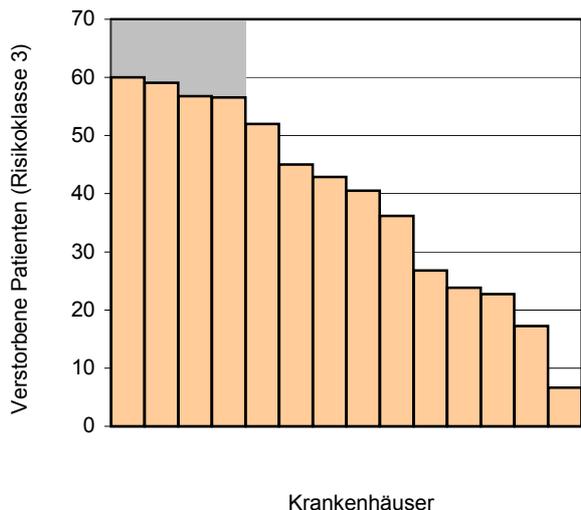


5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

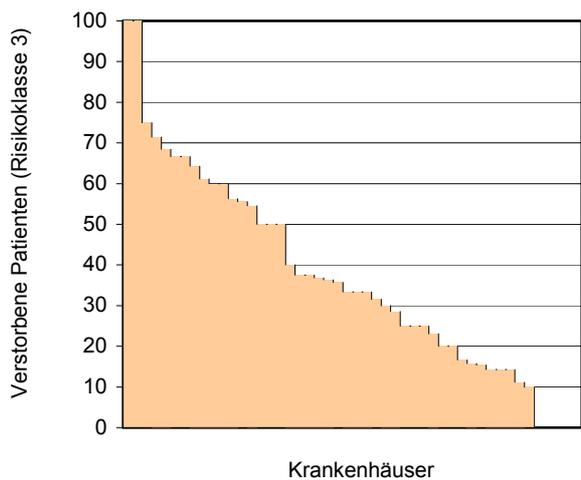
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9d, Kennzahl-ID 2007/PNEU/69952]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 6,7% - 60,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 41,7%



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: 33,3%



48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verstorbene Patienten in einzelnen Altersklassen

	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%

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

Verstorbene Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen

	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%

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

Jahresauswertung 2007 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 65
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.024
Datensatzversion: PNEU 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6199-L48198-P22615

Basisdaten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.893	28,9	2.806	29,2
2. Quartal			2.638	26,3	2.351	24,5
3. Quartal			2.010	20,1	2.213	23,0
4. Quartal			2.483	24,8	2.231	23,2
Gesamt			10.024		9.601	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			10.024		9.601	
Median				10,0		10,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2007¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2007

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	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
5	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	R15	Stuhlinkontinenz
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2007

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	3.388	33,8	J18.0	3.336	34,7
2				J18.9	2.028	20,2	J18.9	2.036	21,2
3				I10.00	1.454	14,5	J18.8	1.268	13,2
4				R32	1.311	13,1	I10.00	1.256	13,1
5				J18.8	1.211	12,1	E11.90	916	9,5
6				R15	1.135	11,3	R32	882	9,2
7				E11.90	1.056	10,5	R15	812	8,5
8				J96.0	812	8,1	E86	742	7,7

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2006 und ICD-10-GM 2007 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 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			10.024 / 10.024		9.601 / 9.601	
18 - 19 Jahre			40 / 10.024	0,4	49 / 9.601	0,5
20 - 29 Jahre			206 / 10.024	2,1	280 / 9.601	2,9
30 - 39 Jahre			276 / 10.024	2,8	336 / 9.601	3,5
40 - 49 Jahre			476 / 10.024	4,7	523 / 9.601	5,4
50 - 59 Jahre			825 / 10.024	8,2	766 / 9.601	8,0
60 - 69 Jahre			1.437 / 10.024	14,3	1.426 / 9.601	14,9
70 - 79 Jahre			2.705 / 10.024	27,0	2.533 / 9.601	26,4
80 - 89 Jahre			3.160 / 10.024	31,5	2.676 / 9.601	27,9
>= 90 Jahre			899 / 10.024	9,0	1.012 / 9.601	10,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			10.024		9.601	
Median				77,0		76,0
Geschlecht						
männlich			5.654	56,4	5.278	55,0
weiblich			4.370	43,6	4.323	45,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.419	24,1	2.240	23,3
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			479	4,8	468	4,9
Chronische Bettlägerigkeit			2.913	29,1	2.717	28,3
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung wenn nein			214	2,1	182	1,9
Desorientierung (bei Aufnahme)						
pneumoniebedingt			887	9,0	776	8,2
nicht pneumoniebedingt			2.846	29,0	2.564	27,2
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			9.810		9.419	
Median				23,0		23,0
Mittelwert				23,3		23,3
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			9.810		9.419	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				131,5		131,3
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			9.810		9.419	
Median				75,0		76,0
Mittelwert				74,7		74,9

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			522	5,2	904	9,4
4 bis unter 8 Stunden			8.706	86,9	7.412	77,2
8 Stunden und später			314	3,1	455	4,7
			482	4,8	830	8,6
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			260	2,6	332	3,5
4 bis unter 8 Stunden			8.265	82,5	7.115	74,1
8 Stunden und später			679	6,8	984	10,2
			820	8,2	1.170	12,2

Verlauf

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			1.561	15,6	2.225	23,2
nach 24 Stunden und später			7.294	72,8	5.858	61,0
			1.169	11,7	1.518	15,8
Verlaufskontrolle C-reaktives Protein im Serum am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme						
wenn ja			8.306	82,9	7.383	76,9
Abfall des C-reaktiven Proteins am Tag 4 oder 5 nach der Aufnahme			6.849	82,5	5.938	80,4
wenn kein Abfall des C-reaktiven Proteins i. S.: Änderung des diagnostischen und/oder therapeutischen Vorgehens			1.055	72,4	996	68,9
Maschinelle Beatmung						
nein			9.452	94,3	9.135	95,1
ja, ausschließlich nicht-invasiv			155	1,5	89	0,9
ja, ausschließlich invasiv			241	2,4	236	2,5
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			176	1,8	141	1,5
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			572		466	
Median				112,0		102,0
Mittelwert				229,3		222,5
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			60	0,6	42	0,4
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				112,0		115,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			526	92,0	419	89,9

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6.933	69,2	6.632	69,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			136	1,4	129	1,3
03: aus sonstigen Gründen			17	0,2	5	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			92	0,9	97	1,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			341	3,4	281	2,9
07: Tod			1.486	14,8	1.508	15,7
08: Verlegung nach § 14			9	0,1	15	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			141	1,4	139	1,4
10: in Pflegeeinrichtung			825	8,2	742	7,7
11: in Hospiz			4	0,0	5	0,1
12: interne Verlegung			6	0,1	11	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			11	0,1	11	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	3	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	2	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			8	0,1	6	0,1
18: Rückverlegung			1	0,0	3	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			6	0,1	6	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			5	0,0	2	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,0	4	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 mit nachfolgender Wiederaufnahme
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11 Entlassung in ein Hospiz	
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Wenn Entlassungsgrund 1, 2, 3, 13 oder 14	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			7.098		6.780	
Desorientierung						
pneumoniebedingt			71	1,0	61	0,9
nicht pneumoniebedingt			1.414	19,9	1.242	18,3
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.879	96,9	6.510	96,0
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min (0 - 24/min)			5.970	84,1	5.217	76,9
über 24/min (25/min oder mehr)			73	1,0	50	0,7
nicht bestimmt			1.055	14,9	1.513	22,3
Herzfrequenz						
maximal 100/min (0 - 100/min)			6.871	96,8	6.251	92,2
über 100/min (101/min oder mehr)			67	0,9	51	0,8
nicht bestimmt			160	2,3	478	7,1
Temperatur						
maximal 37,2° C (0 - 37,2° C)			6.738	94,9	6.347	93,6
über 37,2° C (37,3° C oder mehr)			91	1,3	55	0,8
nicht bestimmt			269	3,8	378	5,6
Sauerstoffsättigung						
unter 90% (0 - 89%)			258	3,6	237	3,5
mindestens 90% (90 - 100%)			5.273	74,3	4.205	62,0
nicht bestimmt			1.567	22,1	2.338	34,5
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg (0 - 89 mmHg)			117	1,6	101	1,5
mindestens 90 mmHg (90 - 350 mmHg)			6.750	95,1	6.114	90,2
nicht bestimmt			231	3,3	565	8,3

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 2007	Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		346		261	
Median			111,0		87,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		111		88	
Median			214,0		140,0
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		121		75	
Median			45,0		46,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		114		98	
Median			149,0		110,0
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14		16	
Median			204,5		94,0
Risikoklasse 2 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		78		69	
Median			169,0		120,0
Risikoklasse 3 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		22		13	
Median			67,5		240,0

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 2007	Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		79		57	
Median			8,0		8,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		79		80	
Median			52,0		48,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		38		22	
Median			114,0		126,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		150		102	
Median			345,0		447,5
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9		9	
Median			12,0		10,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		18		26	
Median			50,0		48,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		18		11	
Median			114,0		132,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		66		42	
Median			356,0		363,0

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 2007	Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		49		22	
Median			10,0		10,5
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		35		33	
Median			55,0		48,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		12		6	
Median			107,5		116,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		25		14	
Median			210,0		295,5
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		21		26	
Median			3,0		6,5
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		26		21	
Median			52,0		49,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		8		5	
Median			124,5		120,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		59		46	
Median			381,0		510,5

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung

PEEP bei invasiver maschineller Beatmung	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden						
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			241	2,4	236	2,5
			237	98,3	219	92,8

Letalität

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.486 / 10.024	14,8	1.508 / 9.601	15,7
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			613 / 2.419	25,3	643 / 2.240	28,7
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			68 / 214	31,8	65 / 182	35,7
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			89 / 479	18,6	73 / 468	15,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.397 / 9.545	14,6	1.435 / 9.133	15,7
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			14 / 60	23,3	14 / 42	33,3
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			784 / 7.126	11,0	792 / 6.893	11,5
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			205 / 572	35,8	182 / 466	39,1

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 Referenzbereich

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 "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 2007 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2006 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 2007. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2006 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2007 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.

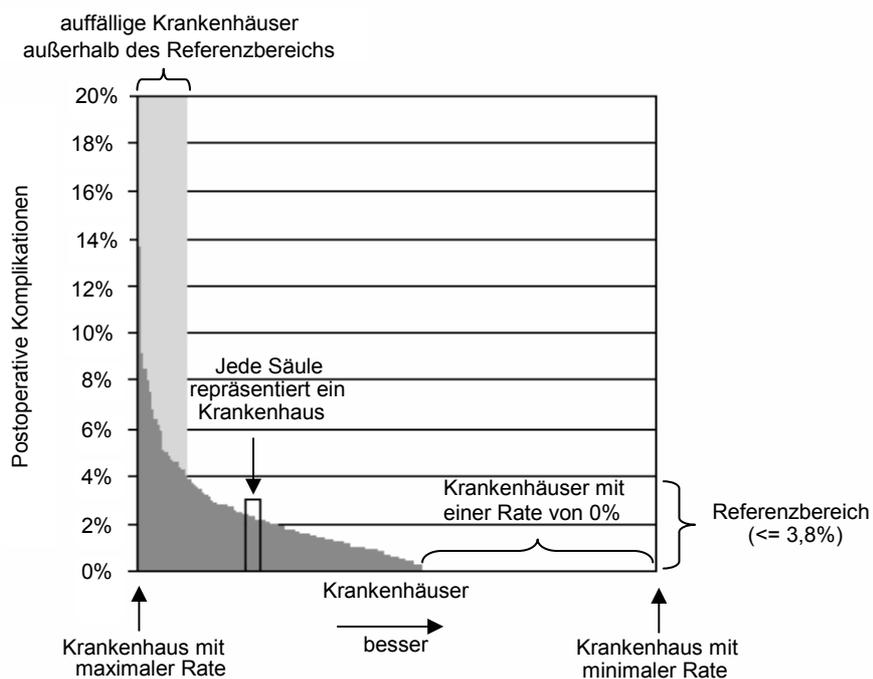
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

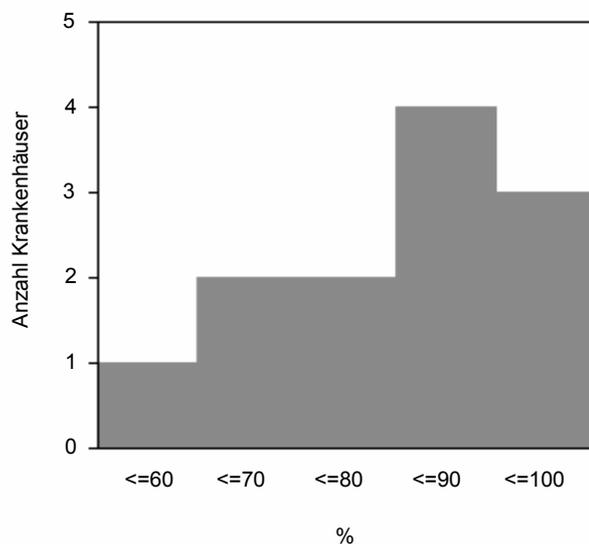
Beispiel:

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 2007/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2007.

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.