

Jahresauswertung 2010 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 67
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.215
Datensatzversion: PNEU 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10552-L70404-P33107

Jahresauswertung 2010 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 67
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.215
Datensatzversion: PNEU 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10552-L70404-P33107

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
2010/PNEU/2005					
Alle Patienten			95,6%	>= 95%	1.1
2010/PNEU/2006					
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			95,6%	nicht definiert	1.1
2010/PNEU/2007					
Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			94,6%	nicht definiert	1.1
QI 2: Antimikrobielle Therapie					
2010/PNEU/2009					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			92,6%	>= 86,6%	1.6
QI 3: Frühmobilisation					
2010/PNEU/2012					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			95,2%	>= 85,7%	1.10
2010/PNEU/2013					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind			90,9%	>= 74,7%	1.10
2010/PNEU/2015					
QI 4: Verlaufskontrolle CRP/PCT			96,2%	>= 93,4%	1.14

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 5: Überprüfung Diagnostik/Therapie					
2010/PNEU/2018					
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, ohne Abfall des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes					
			97,6%	>= 95%	1.16
2010/PNEU/2019					
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
2010/PNEU/2028					
QI 6: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien					
			90,6%	>= 95%	1.20
2010/PNEU/2036					
QI 7: Klinische Stabilitätskriterien					
			99,1%	>= 95%	1.23
QI 8: Krankenhaus-Letalität					
2010/PNEU/11878					
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung					
Davon Patienten der:					
2010/PNEU/11879					
Risikoklasse 1 nach CRB-65					
			3,0%	<= 5,9%	1.27
2010/PNEU/11880					
Risikoklasse 2 nach CRB-65					
			12,8%	<= 18,1%	1.27
2010/PNEU/11881					
Risikoklasse 3 nach CRB-65					
			33,8%	<= 45,6%	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 $\geq 30/\text{min}$ | (Respiratory rate) |
| o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) | (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:	2010/PNEU/2005	
	Gruppe 2:	2010/PNEU/2006	
	Gruppe 3:	2010/PNEU/2007	
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 2010		
	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 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	10.719 / 11.215 95,6%	10.352 / 10.827 95,6%	367 / 388 94,6%
Vertrauensbereich	95,2% - 96,0%	95,2% - 96,0%	91,8% - 96,6%
Referenzbereich	>= 95%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	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			

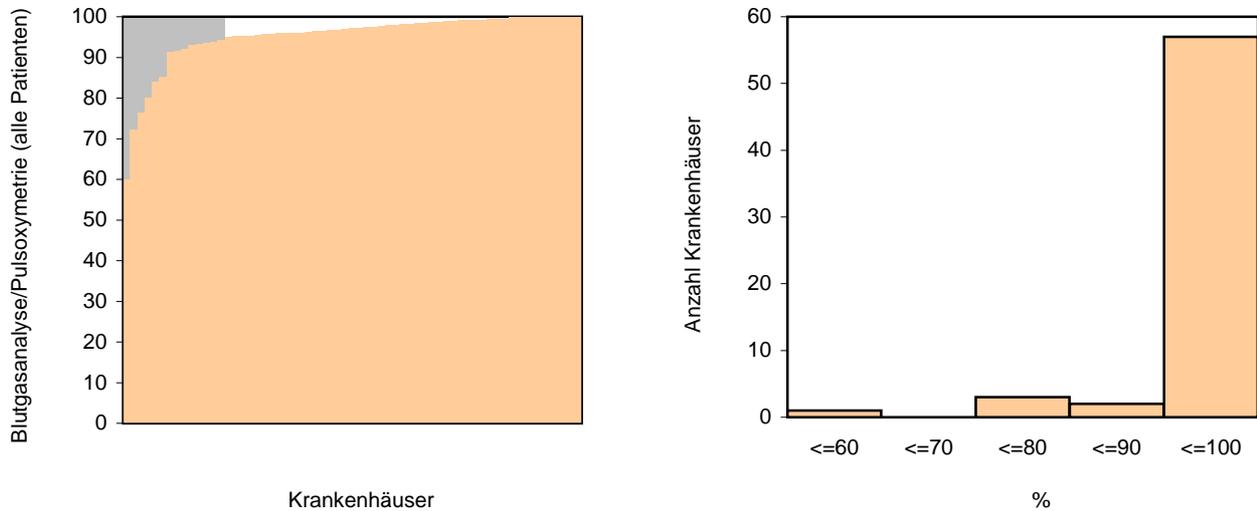
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	10.362 / 10.845 95,5%	9.910 / 10.370 95,6%	452 / 475 95,2%
	95,1% - 95,9%	95,1% - 96,0%	92,8% - 96,9%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2005]:

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:

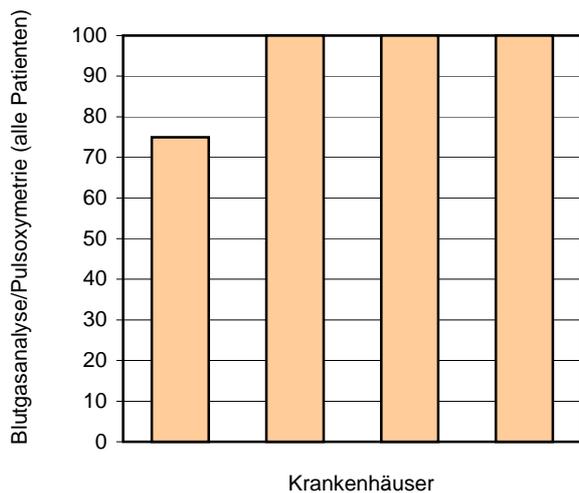
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	80,0	91,2	95,1	97,1	99,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0			87,5	100,0	100,0			100,0

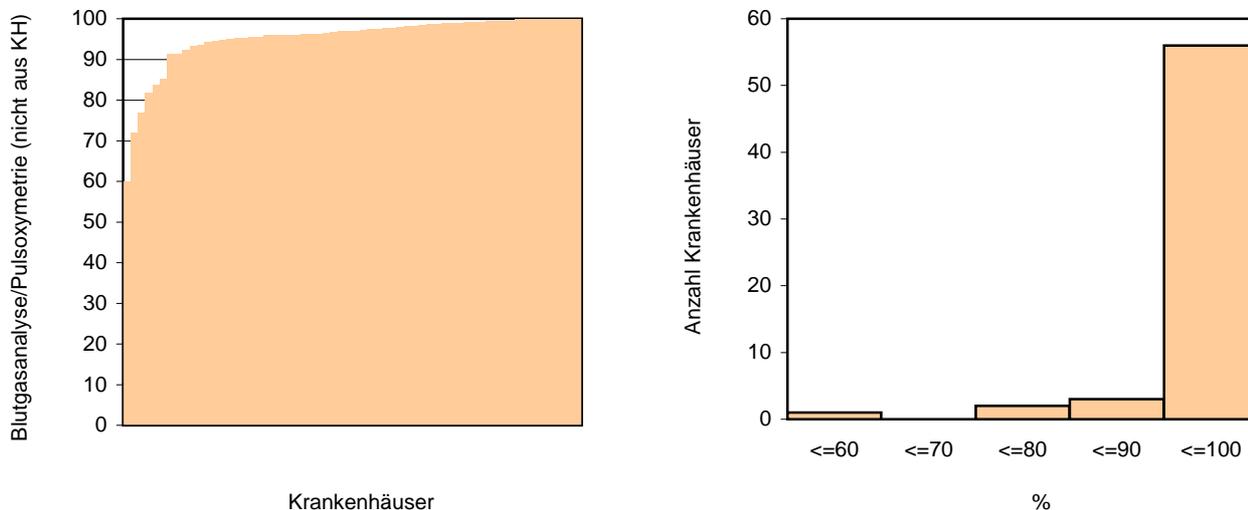
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2006]:

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:

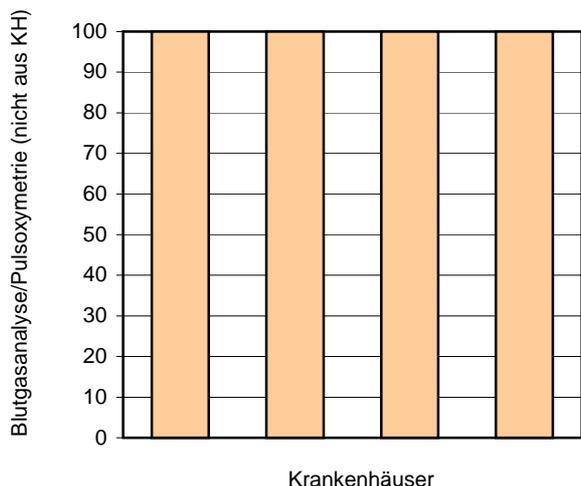
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	81,8	91,4	95,1	97,0	99,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	100,0	100,0			100,0

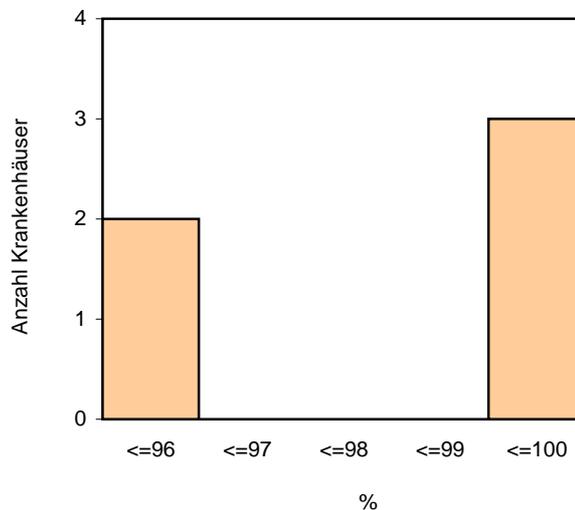
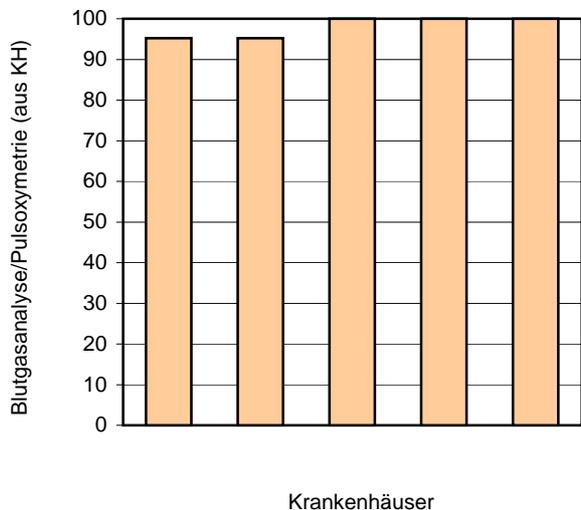
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2007]:

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:

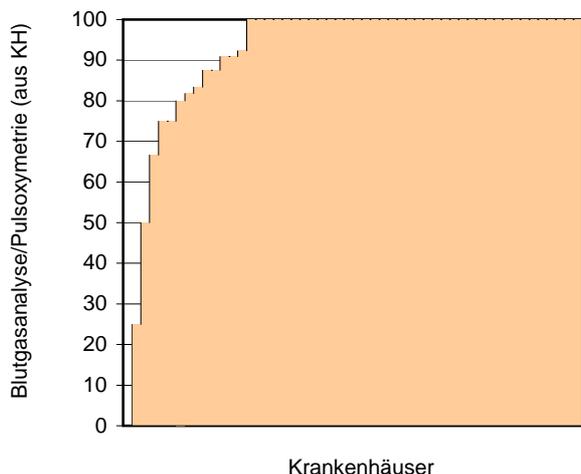
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2			95,2	100,0	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

52 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	50,0	75,0	91,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

10 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: 2010/PNEU/2009

Referenzbereich: Gruppe 2: >= 86,6% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich Patienten ohne antimikrobielle Therapie		 >= 86,6%	

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich	9.945 / 10.755 92,5%	9.620 / 10.388 92,6% 92,1% - 93,1% >= 86,6%	325 / 367 88,6%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	141 / 10.755 1,3%	132 / 10.388 1,3%	9 / 367 2,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

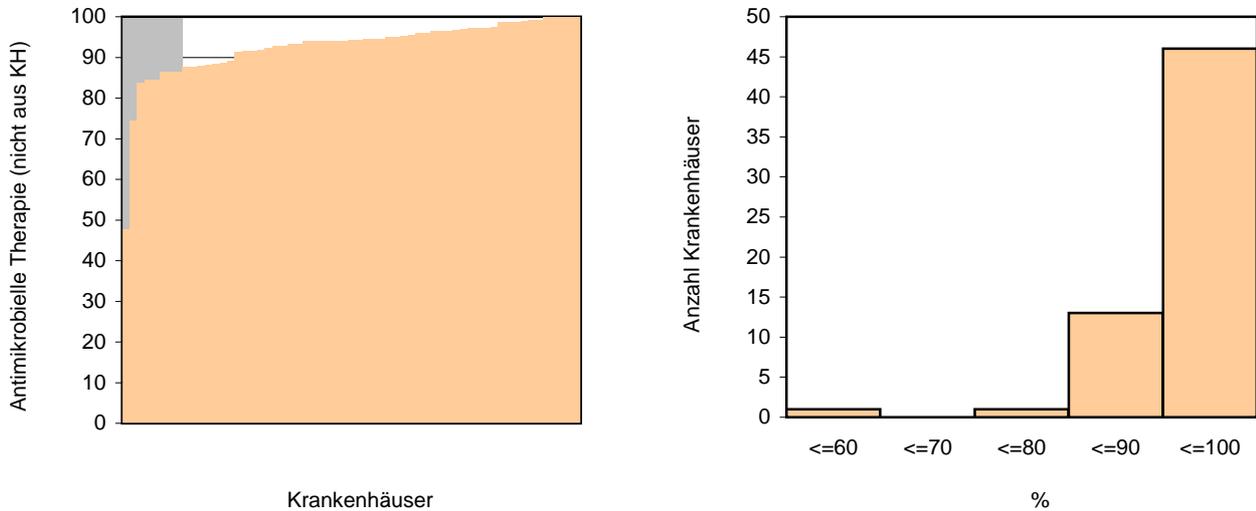
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	9.424 / 10.205 92,3%	9.035 / 9.769 92,5% 91,9% - 93,0%	389 / 436 89,2%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	142 / 10.205 1,4%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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2009]:

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:

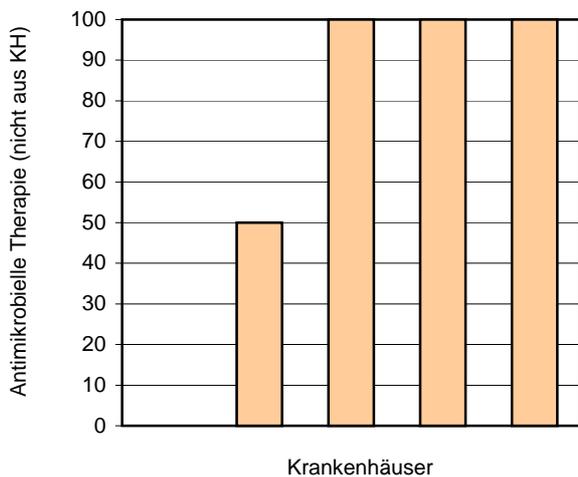
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	47,6	84,4	86,4	91,4	94,3	96,9	99,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			50,0	100,0	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat 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 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.574 / 1.708 92,2%	7.553 / 8.188 92,2%	818 / 859 95,2%

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 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.535 / 1.664 92,2%	7.330 / 7.937 92,4%	755 / 787 95,9%

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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			6.396 / 6.981	91,6%

Risikoklassen nach CRB-65

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

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: 2010/PNEU/2012
- Risikoklasse 2: 2010/PNEU/2013

Referenzbereich:

- Risikoklasse 1: >= 85,7% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Risikoklasse 2: >= 74,7% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	■	■	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 85,7%	>= 74,7%	

	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.418 / 1.490 95,2%	4.766 / 5.244 90,9%	212 / 247 85,8%
Vertrauensbereich	94,0% - 96,2%	90,1% - 91,7%	
Referenzbereich	>= 85,7%	>= 74,7%	

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.375 / 1.470 93,5% 92,2% - 94,7%	4.324 / 4.811 89,9% 89,0% - 90,7%	191 / 244 78,3%

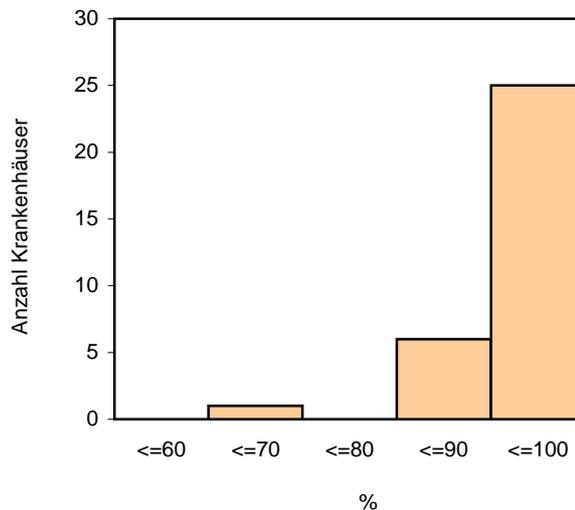
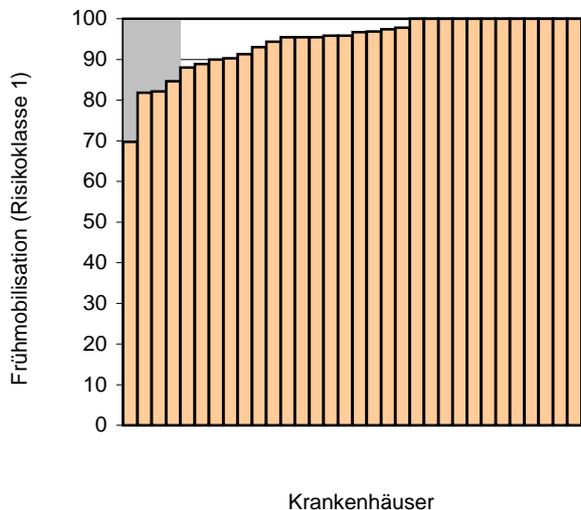
¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2012]:

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:

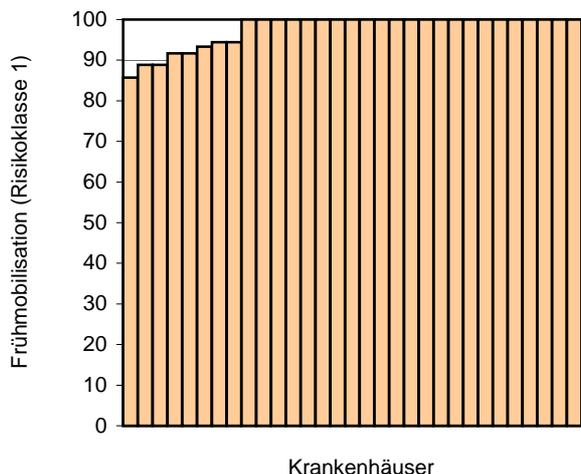
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,7	81,8	84,6	90,8	96,3	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	88,9	91,7	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

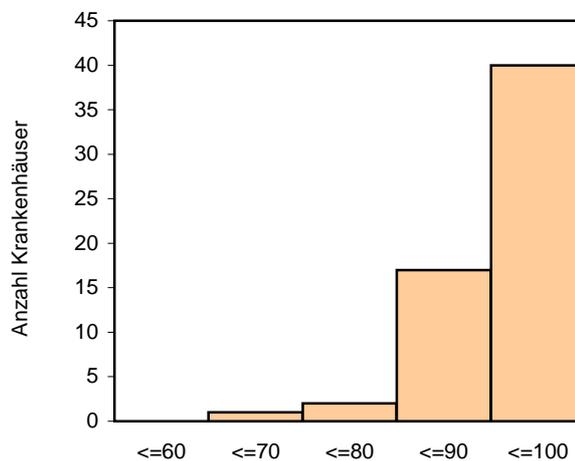
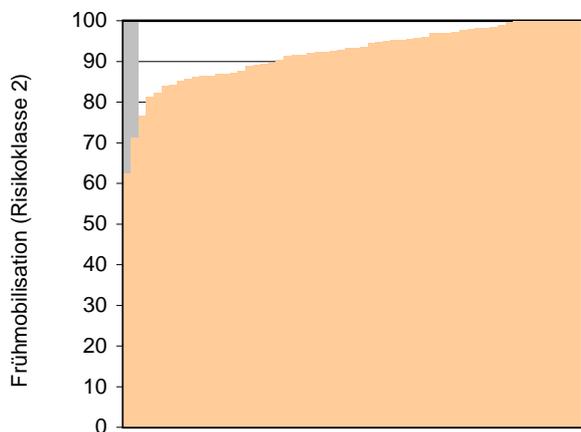
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2013]:

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:

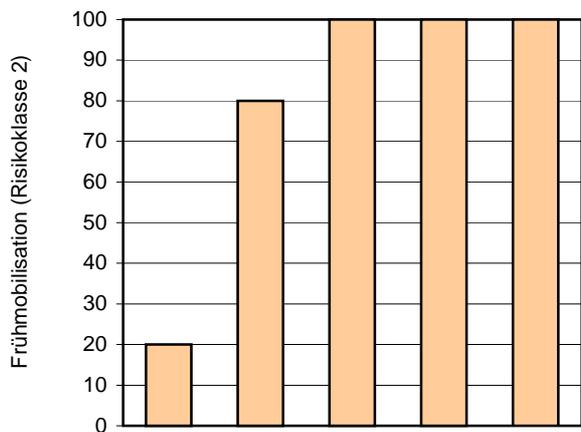
60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,4	79,0	84,1	87,4	93,3	97,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,0			80,0	100,0	100,0			100,0

2 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: 2010/PNEU/2015

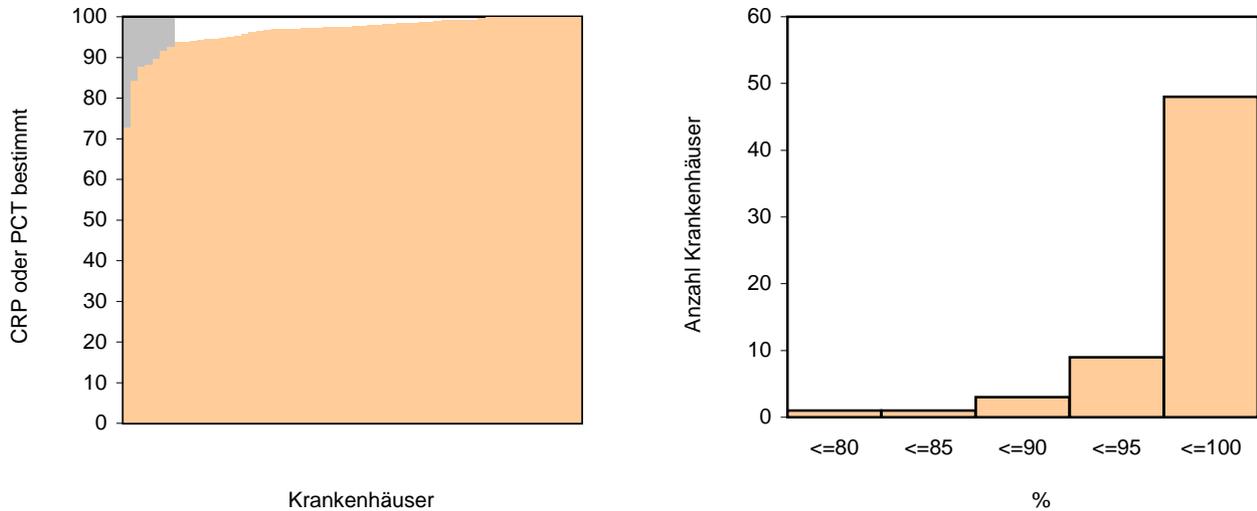
Referenzbereich: $\geq 93,4\%$ (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			9.438 / 9.813	96,2%
Vertrauensbereich				95,8% - 96,5%
Referenzbereich		$\geq 93,4\%$		$\geq 93,4\%$

Vorjahresdaten	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%

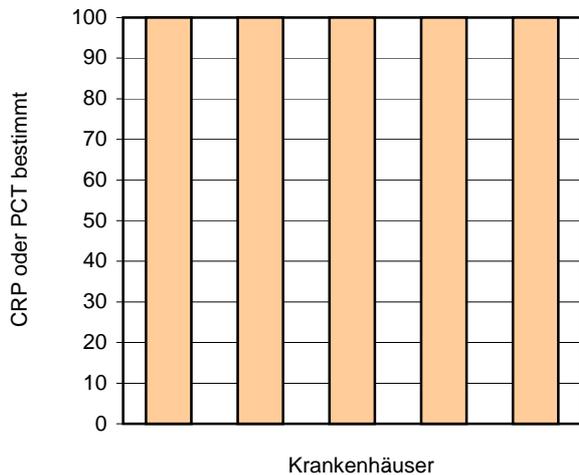
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2015]:
 Anteil von Patienten, bei denen das CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage ihres Aufenthaltes bestimmt und keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,6	88,2	92,6	95,1	97,5	99,2	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	100,0	100,0			100,0

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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.487 / 1.524	97,6%

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: 2010/PNEU/2018
 Risikoklasse 3: 2010/PNEU/2019

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

	Krankenhaus 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

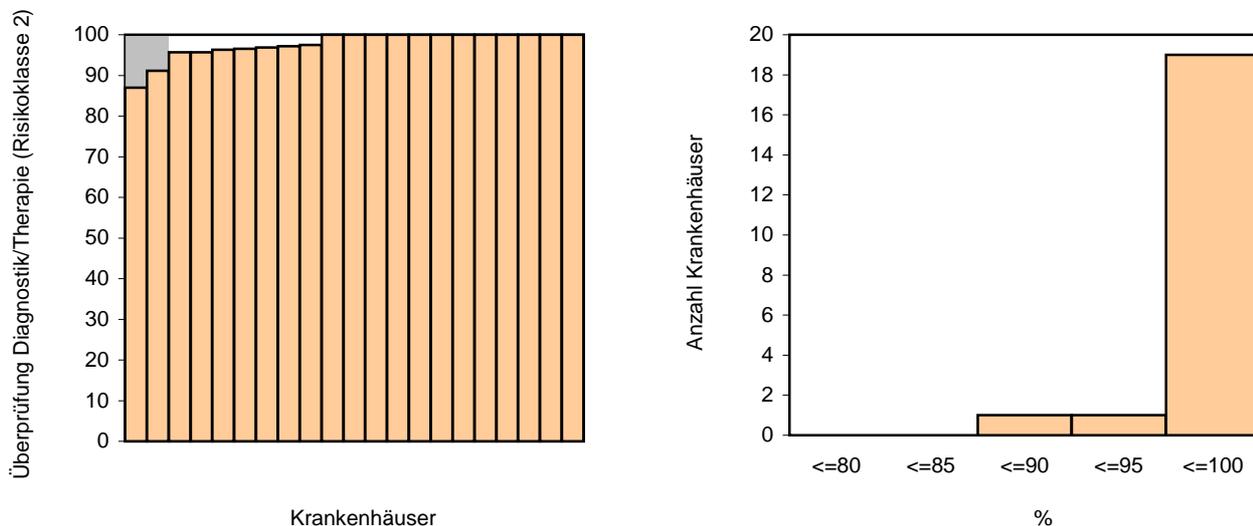
	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	158 / 161 98,1%	1.175 / 1.204 97,6%	154 / 159 96,9%
Vertrauensbereich		96,6% - 98,4%	92,8% - 99,0%
Referenzbereich		>= 95%	>= 95%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens Vertrauensbereich	198 / 203 97,5%	1.209 / 1.254 96,4% 95,2% - 97,4%	155 / 160 96,9% 92,8% - 99,0%

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

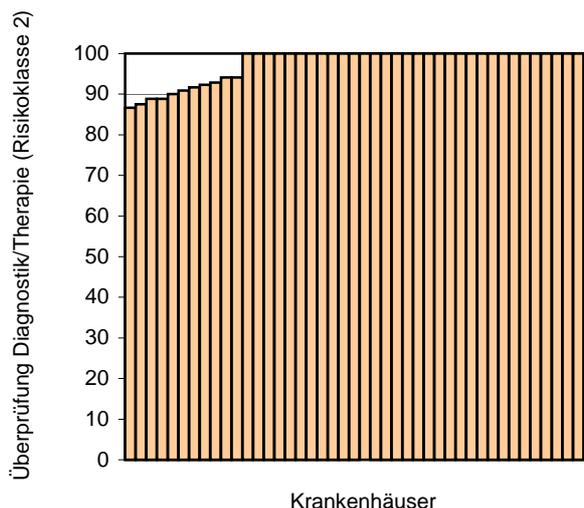
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2018]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2
 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,0	91,1	95,7	96,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 43 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



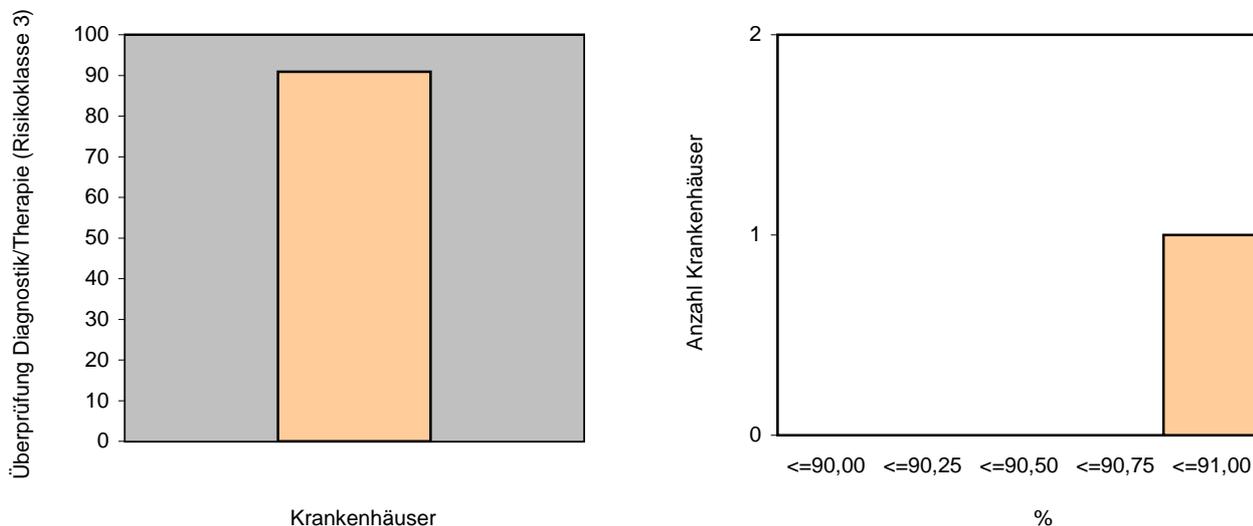
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,7	88,9	90,0	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2019]:
 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:

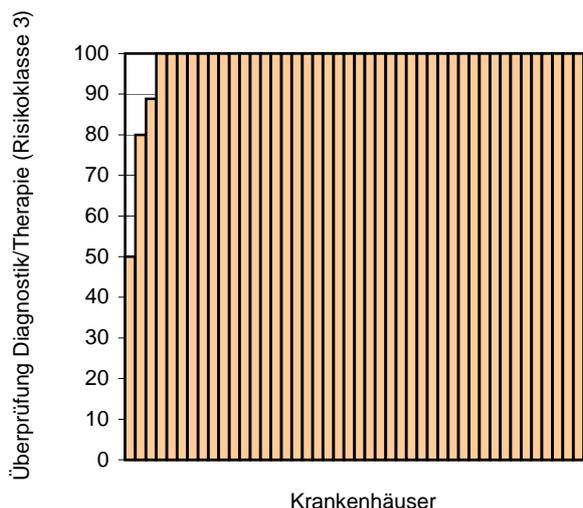
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,9				90,9				90,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

44 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

22 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: 2010/PNEU/2028

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			6.604 / 7.287	90,6%
Vertrauensbereich				89,9% - 91,3%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Desorientierung			7.287 / 7.287	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.287 / 7.287	100,0%
Spontane Atemfrequenz			6.887 / 7.287	94,5%
Herzfrequenz			7.194 / 7.287	98,7%
Temperatur			7.238 / 7.287	99,3%
Sauerstoffsättigung			6.781 / 7.287	93,1%
Blutdruck systolisch			7.172 / 7.287	98,4%

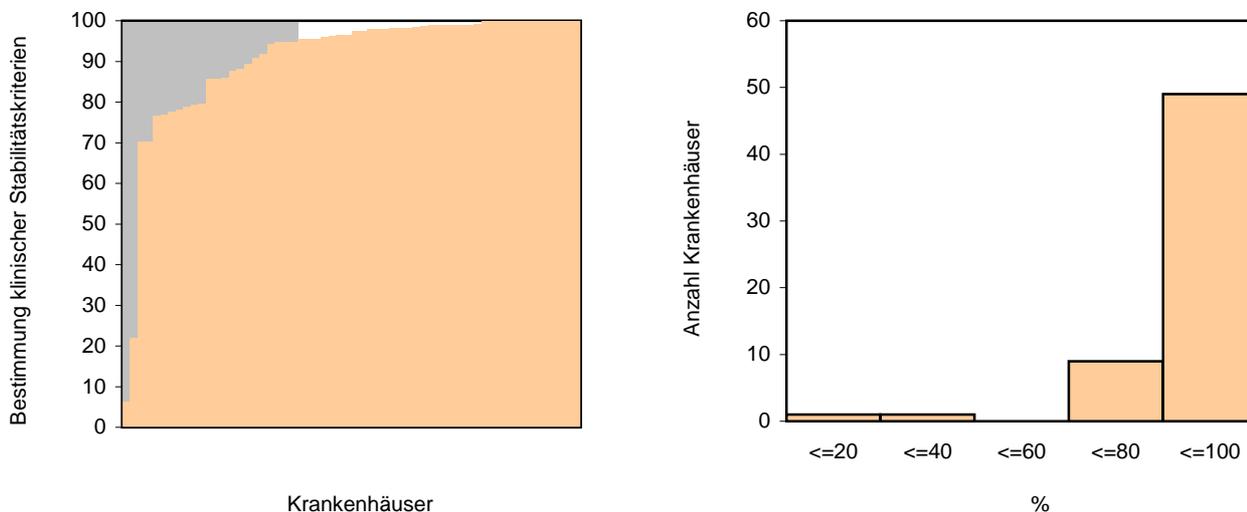
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			6.235 / 6.820	91,4%
Vertrauensbereich				90,7% - 92,1%
Desorientierung			6.820 / 6.820	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.820 / 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%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2028]:

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:

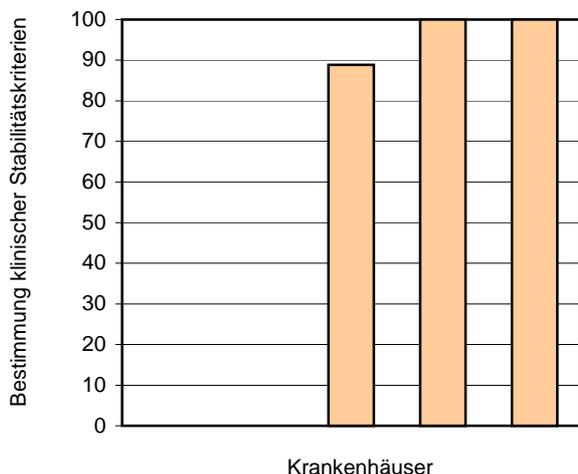
60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,2	70,3	77,3	87,8	96,9	99,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	88,9	100,0			100,0

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: 2010/PNEU/2036

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			6.547 / 6.604	99,1%
Vertrauensbereich				98,9% - 99,3%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			6.573 / 6.604	99,5%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.454 / 6.604	97,7%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			6.534 / 6.604	98,9%
Herzfrequenz maximal 100/min			6.563 / 6.604	99,4%
Temperatur maximal 37,2°C			6.576 / 6.604	99,6%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			6.402 / 6.604	96,9%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			6.533 / 6.604	98,9%

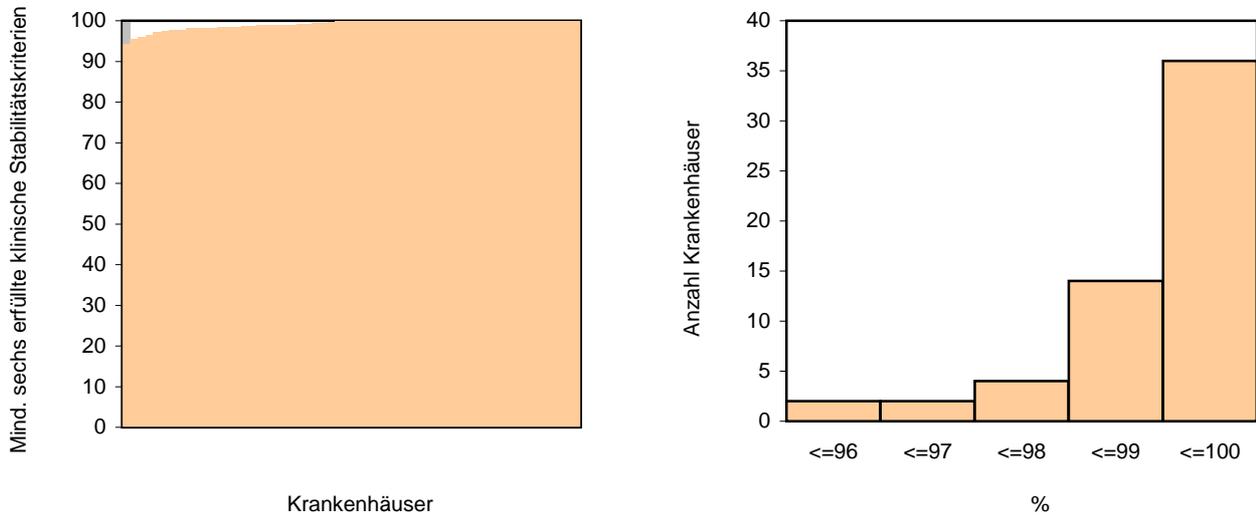
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			6.194 / 6.235	99,3% 99,1% - 99,5%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			6.199 / 6.235	99,4%
Stabile 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%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/PNEU/2036]:

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:

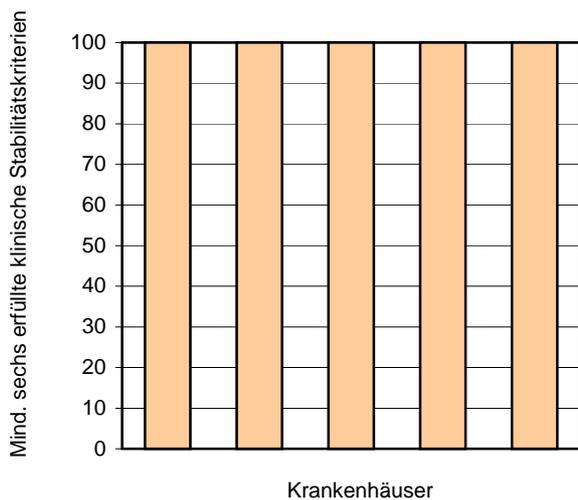
58 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,3	96,1	97,5	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	100,0	100,0			100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Krankenhaus-Letalität

Qualitätsziel:	Niedrige Krankenhaus-Letalität	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2010/PNEU/11878
Referenzbereich:	Gruppe 2:	<= 17,6% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.593 / 11.215	14,2%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.390 / 10.755	12,9%
Vertrauensbereich				12,3% - 13,6%
Referenzbereich		<= 17,6%		<= 17,6%

Vorjahresdaten	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%

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: 2010/PNEU/11879
 Risikoklasse 2: 2010/PNEU/11880
 Risikoklasse 3: 2010/PNEU/11881

Referenzbereich:
 Gruppe 2:
 Risikoklasse 1: <= 5,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 2: <= 18,1% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 3: <= 45,6% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 5,9%	<= 18,1%	<= 45,6%

	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	60 / 1.760 3,4%	1.186 / 8.517 13,9%	347 / 938 37,0%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	51 / 1.708 3,0%	1.049 / 8.188 12,8%	290 / 859 33,8%
Vertrauensbereich Referenzbereich	2,2% - 3,9% <= 5,9%	12,1% - 13,6% <= 18,1%	30,6% - 37,0% <= 45,6%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2009		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	54 / 1.801 3,0%	1.226 / 8.097 15,1%	354 / 947 37,4%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	41 / 1.713 2,4%	1.054 / 7.640 13,8%	291 / 852 34,2%
Vertrauensbereich	1,7% - 3,2%	13,0% - 14,6%	31,0% - 37,5%

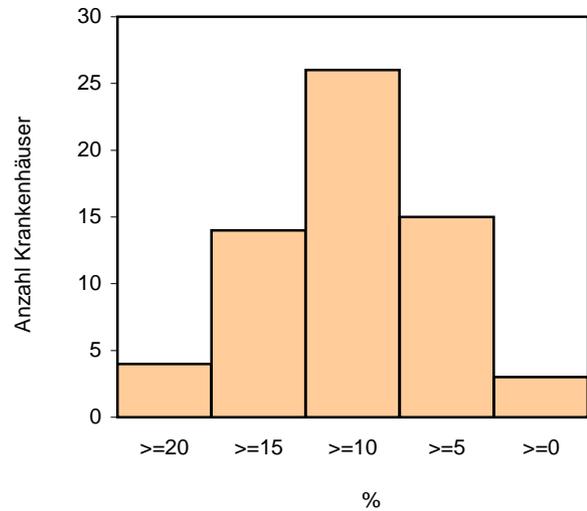
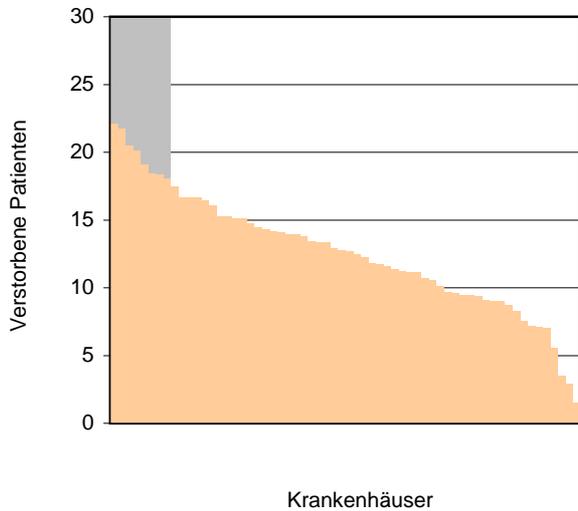
¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2010/PNEU/11878]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

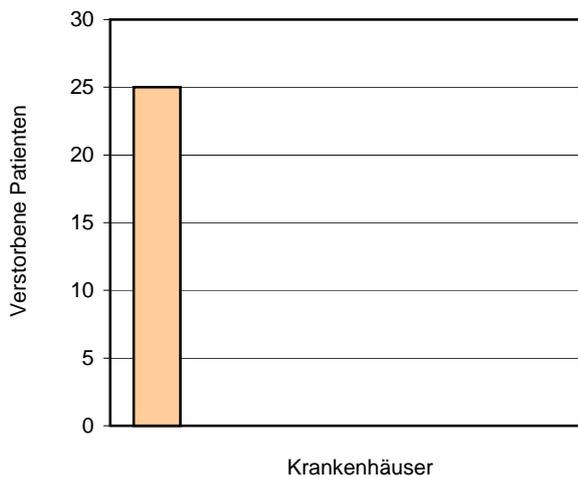
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,5	5,6	7,2	9,5	12,7	15,2	18,3	20,1	22,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			25,0

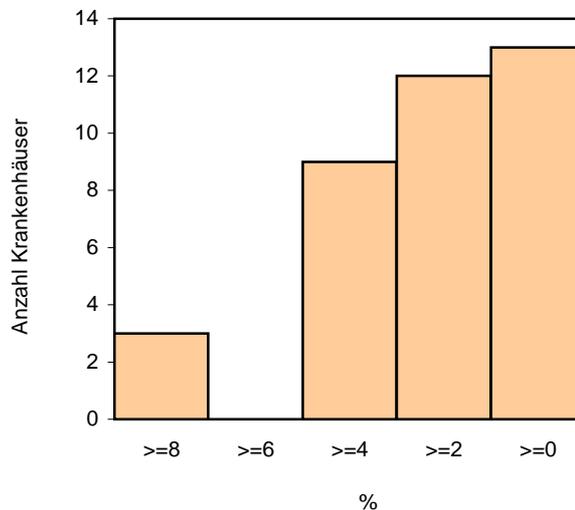
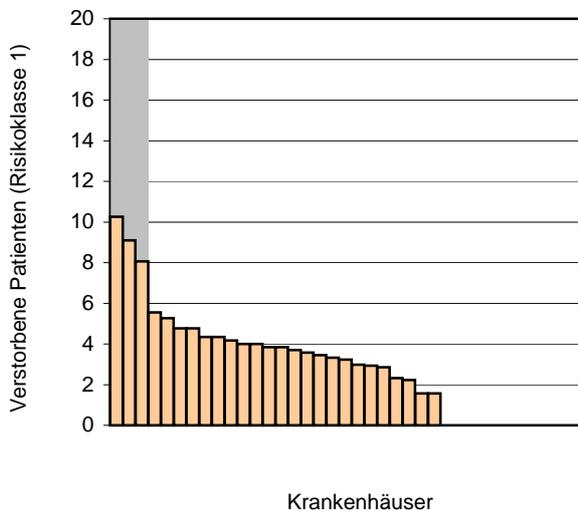
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2010/PNEU/11879]:

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:

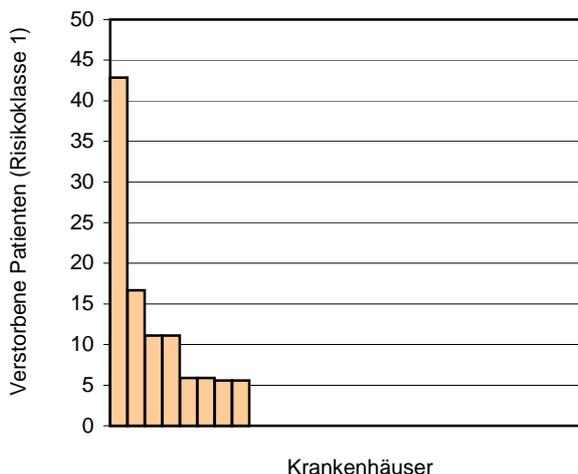
37 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	4,2	5,6	9,1	10,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

27 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

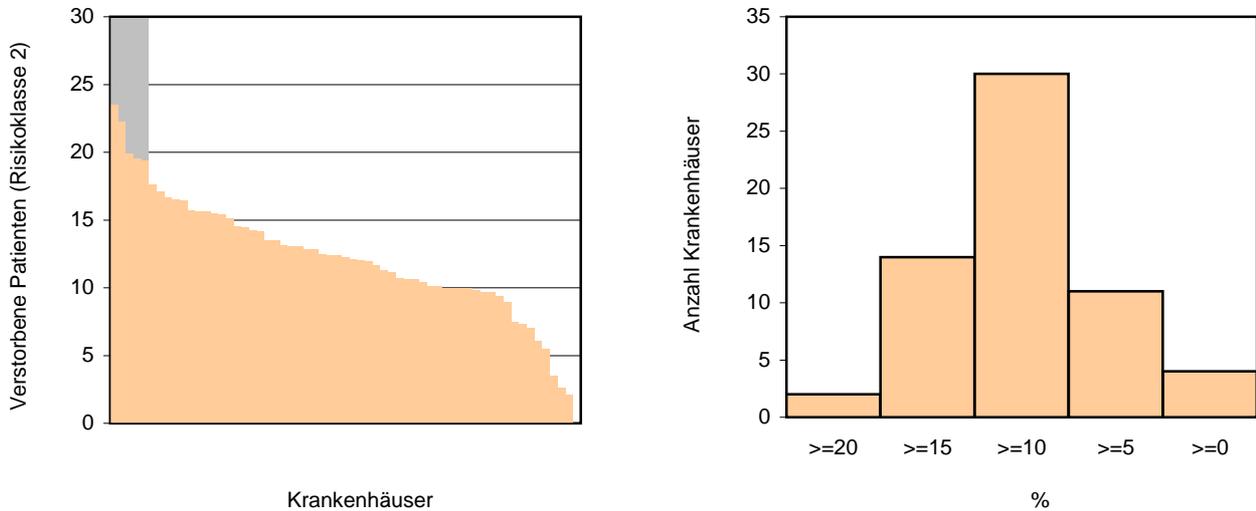


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	11,1	16,7	42,9

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

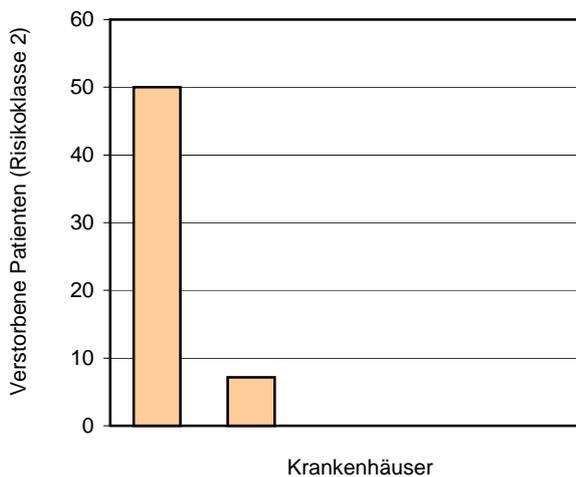
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2010/PNEU/11880]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	3,5	7,0	10,0	12,2	15,1	17,1	19,5	23,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

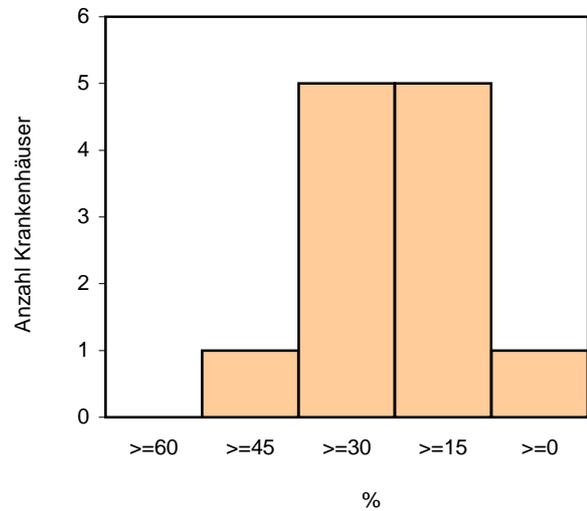
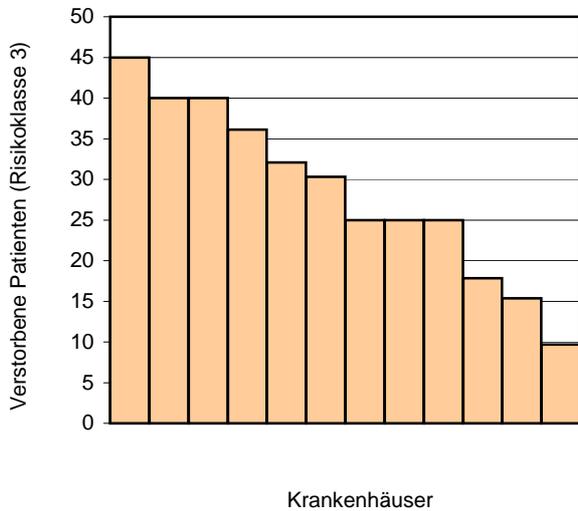


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	7,1			50,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

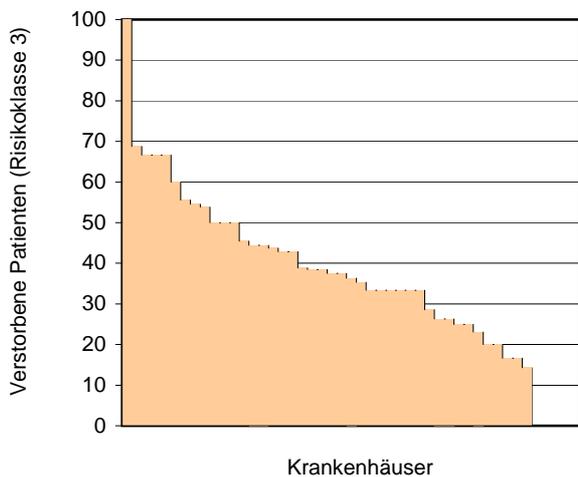
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2010/PNEU/11881]:
 Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65, bei denen keine
 Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,7		15,4	21,4	27,7	38,1	40,0		45,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 47 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	36,4	50,0	66,7	66,7	100,0

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.215	
18 - 19 Jahre			0 / 29	0,0%
20 - 29 Jahre			4 / 239	1,7%
30 - 39 Jahre			4 / 293	1,4%
40 - 49 Jahre			24 / 544	4,4%
50 - 59 Jahre			66 / 921	7,2%
60 - 69 Jahre			119 / 1.363	8,7%
70 - 79 Jahre			418 / 3.145	13,3%
80 - 89 Jahre			703 / 3.677	19,1%
>= 90 Jahre			255 / 1.004	25,4%

Vorjahresdaten ¹ Gruppe 1	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.845	
18 - 19 Jahre			0 / 47	0,0%
20 - 29 Jahre			6 / 256	2,3%
30 - 39 Jahre			4 / 271	1,5%
40 - 49 Jahre			27 / 499	5,4%
50 - 59 Jahre			69 / 1.001	6,9%
60 - 69 Jahre			141 / 1.437	9,8%
70 - 79 Jahre			411 / 2.922	14,1%
80 - 89 Jahre			706 / 3.543	19,9%
>= 90 Jahre			270 / 869	31,1%

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.755	
18 - 19 Jahre			0 / 28	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 231	1,3%
30 - 39 Jahre			4 / 286	1,4%
40 - 49 Jahre			22 / 529	4,2%
50 - 59 Jahre			57 / 891	6,4%
60 - 69 Jahre			100 / 1.315	7,6%
70 - 79 Jahre			374 / 3.031	12,3%
80 - 89 Jahre			609 / 3.503	17,4%
>= 90 Jahre			221 / 941	23,5%

Vorjahresdaten ¹ Gruppe 2	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			10.205	
18 - 19 Jahre			0 / 47	0,0%
20 - 29 Jahre			6 / 246	2,4%
30 - 39 Jahre			4 / 258	1,6%
40 - 49 Jahre			22 / 474	4,6%
50 - 59 Jahre			56 / 942	5,9%
60 - 69 Jahre			122 / 1.360	9,0%
70 - 79 Jahre			342 / 2.751	12,4%
80 - 89 Jahre			607 / 3.327	18,2%
>= 90 Jahre			227 / 800	28,4%

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.593 / 11.215	
18 - 19 Jahre			0 / 1.593	0,0%
20 - 29 Jahre			4 / 1.593	0,3%
30 - 39 Jahre			4 / 1.593	0,3%
40 - 49 Jahre			24 / 1.593	1,5%
50 - 59 Jahre			66 / 1.593	4,1%
60 - 69 Jahre			119 / 1.593	7,5%
70 - 79 Jahre			418 / 1.593	26,2%
80 - 89 Jahre			703 / 1.593	44,1%
>= 90 Jahre			255 / 1.593	16,0%

Vorjahresdaten ¹ 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			69 / 1.634	4,2%
60 - 69 Jahre			141 / 1.634	8,6%
70 - 79 Jahre			411 / 1.634	25,2%
80 - 89 Jahre			706 / 1.634	43,2%
>= 90 Jahre			270 / 1.634	16,5%

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.390 / 10.755	
18 - 19 Jahre			0 / 1.390	0,0%
20 - 29 Jahre			3 / 1.390	0,2%
30 - 39 Jahre			4 / 1.390	0,3%
40 - 49 Jahre			22 / 1.390	1,6%
50 - 59 Jahre			57 / 1.390	4,1%
60 - 69 Jahre			100 / 1.390	7,2%
70 - 79 Jahre			374 / 1.390	26,9%
80 - 89 Jahre			609 / 1.390	43,8%
>= 90 Jahre			221 / 1.390	15,9%

Vorjahresdaten ¹ 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			122 / 1.386	8,8%
70 - 79 Jahre			342 / 1.386	24,7%
80 - 89 Jahre			607 / 1.386	43,8%
>= 90 Jahre			227 / 1.386	16,4%

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Jahresauswertung 2010 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 67
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.215
Datensatzversion: PNEU 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10552-L70404-P33107

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.119	27,8	3.567	32,9
2. Quartal			2.846	25,4	2.485	22,9
3. Quartal			2.468	22,0	2.147	19,8
4. Quartal			2.782	24,8	2.646	24,4
Gesamt			11.215		10.845	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			11.215		10.845	
Median				9,0		9,0
Mittelwert				10,9		10,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2010

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	J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
5	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	R15	Stuhlinkontinenz
8	E86	Volumenmangel

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	3.768	33,6	J18.0	3.565	32,9
2				J18.9	2.412	21,5	J18.9	2.477	22,8
3				I10.00	2.080	18,5	I10.00	1.667	15,4
4				J96.0	1.493	13,3	J18.8	1.384	12,8
5				J18.8	1.381	12,3	J96.0	1.291	11,9
6				E11.90	1.333	11,9	E11.90	1.112	10,3
7				R15	1.086	9,7	R15	1.037	9,6
8				E86	1.025	9,1	R32	981	9,0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2009 und ICD-10-GM 2010 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 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)¹						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.215 / 11.215		10.845 / 10.845	
18 - 19 Jahre			29 / 11.215	0,3	47 / 10.845	0,4
20 - 29 Jahre			239 / 11.215	2,1	256 / 10.845	2,4
30 - 39 Jahre			293 / 11.215	2,6	271 / 10.845	2,5
40 - 49 Jahre			544 / 11.215	4,9	499 / 10.845	4,6
50 - 59 Jahre			921 / 11.215	8,2	1.001 / 10.845	9,2
60 - 69 Jahre			1.363 / 11.215	12,2	1.437 / 10.845	13,3
70 - 79 Jahre			3.145 / 11.215	28,0	2.922 / 10.845	26,9
80 - 89 Jahre			3.677 / 11.215	32,8	3.543 / 10.845	32,7
>= 90 Jahre			1.004 / 11.215	9,0	869 / 10.845	8,0
Alter (Jahre)¹						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.215		10.845	
Median				77,0		76,0
Mittelwert				73,0		72,6
Geschlecht						
männlich			6.431	57,3	6.128	56,5
weiblich			4.784	42,7	4.717	43,5

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Aufnahme

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.710	24,2	2.574	23,7
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			388	3,5	475	4,4
Chronische Bettlägerigkeit			2.923	26,1	2.957	27,3
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung wenn nein			214	1,9	226	2,1
Desorientierung (bei Aufnahme)						
pneumoniebedingt			853	7,8	816	7,7
nicht pneumoniebedingt			3.158	28,7	3.097	29,2
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			11.001		10.619	
Median				22,0		22,0
Mittelwert				23,0		23,0
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			11.001		10.619	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				131,3		131,1
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			11.001		10.619	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				74,1		74,0

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			214	1,9	216	2,0
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			10.565	94,2	10.141	93,5
4 bis unter 8 Stunden			154	1,4	221	2,0
8 Stunden und später			282	2,5	267	2,5
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			177	1,6	170	1,6
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			9.748	86,9	9.344	86,2
4 bis unter 8 Stunden			606	5,4	662	6,1
8 Stunden und später			684	6,1	669	6,2

Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation			1.406	12,5	1.361	12,5
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			8.812	78,6	8.375	77,2
nach 24 Stunden und später			997	8,9	1.109	10,2
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			10.268	91,6	9.880	91,1
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			8.508	82,9	8.027	81,2
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.699	96,5	1.762	95,1
Maschinelle Beatmung						
nein			10.481	93,5	10.151	93,6
ja, ausschließlich nicht-invasiv			232	2,1	220	2,0
ja, ausschließlich invasiv			293	2,6	270	2,5
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			209	1,9	204	1,9
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			734		694	
Median				108,0		123,0
Mittelwert				236,8		240,7
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			58	0,5	75	0,7
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				367,0		244,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			663	90,3	648	93,4

Verlauf: 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 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		481		408	
Median			77,0		103,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		163		139	
Median			191,0		229,0
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		196		165	
Median			34,0		39,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		122		104	
Median			123,5		167,0
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)²					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14		16	
Median			374,0		231,5
Risikoklasse 2 (CRB-65)²					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		90		70	
Median			133,5		156,0
Risikoklasse 3 (CRB-65)²					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		18		18	
Median			67,5		368,5

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

² Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verlauf: 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 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		122		94	
Median			7,0		8,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		140		102	
Median			48,0		55,5
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		36		39	
Median			115,5		115,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		183		173	
Median			346,0		311,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		16		10	
Median			15,0		8,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		34		29	
Median			52,0		62,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		14		8	
Median			114,5		124,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		99		92	
Median			352,0		341,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf: 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 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		82		67	
Median			7,0		9,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		74		54	
Median			48,0		49,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		13		22	
Median			115,0		111,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		27		22	
Median			223,0		203,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		24		17	
Median			3,5		3,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		32		19	
Median			48,5		56,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9		9	
Median			121,0		115,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		57		59	
Median			417,0		337,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			293	2,6	270	2,5
davon Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			268	91,5	268	99,3
Dokumentierter Therapieverzicht 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?			460 / 11.215	4,1	640 / 10.845	5,9

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <=> 7	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			9.622	85,8	9.211	84,9
Desorientierung						
pneumoniebedingt			63	0,7	69	0,7
nicht pneumoniebedingt			2.124	22,1	1.897	20,6
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			8.808	91,5	8.188	88,9
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			8.516	88,5	7.982	86,7
über 24/min			108	1,1	94	1,0
nicht bestimmt			493	5,1	436	4,7
Herzfrequenz						
maximal 100/min			8.912	92,6	8.308	90,2
über 100/min			106	1,1	74	0,8
nicht bestimmt			104	1,1	134	1,5
Temperatur						
maximal 37,2° C			8.982	93,3	8.362	90,8
über 37,2° C			82	0,9	104	1,1
nicht bestimmt			56	0,6	50	0,5
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			320	3,3	269	2,9
mindestens 90%			8.206	85,3	7.693	83,5
nicht bestimmt			594	6,2	555	6,0
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			145	1,5	100	1,1
mindestens 90 mmHg			8.837	91,8	8.291	90,0
nicht bestimmt			130	1,4	117	1,3

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7.277	64,9	6.951	64,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			195	1,7	147	1,4
03: aus sonstigen Gründen			14	0,1	10	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			94	0,8	92	0,8
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			349	3,1	340	3,1
07: Tod			1.593	14,2	1.634	15,1
08: Verlegung nach § 14			22	0,2	7	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			119	1,1	174	1,6
10: in Pflegeeinrichtung			1.488	13,3	1.423	13,1
11: in Hospiz			11	0,1	16	0,1
12: interne Verlegung			8	0,1	5	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			5	0,0	9	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			4	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	4	0,0
16: externe Verlegung			2	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			20	0,2	17	0,2
18: Rückverlegung			9	0,1	8	0,1
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			3	0,0	5	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	2	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 Entgeltbereichen 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	

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 7)	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			7.634	79,3	7.362	79,9
davon						
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			262	3,4	240	3,3

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.593 / 11.215	14,2	1.634 / 10.845	15,1
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			722 / 2.710	26,6	725 / 2.574	28,2
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			83 / 214	38,8	84 / 226	37,2
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			66 / 388	17,0	97 / 475	20,4
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.527 / 10.827	14,1	1.537 / 10.370	14,8
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			16 / 58	27,6	24 / 75	32,0
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			805 / 8.117	9,9	812 / 7.796	10,4
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			283 / 734	38,6	258 / 694	37,2

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.390 / 10.755	12,9	1.386 / 10.205	13,6
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			616 / 2.544	24,2	621 / 2.382	26,1
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			61 / 187	32,6	61 / 193	31,6
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			54 / 367	14,7	72 / 436	16,5
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.336 / 10.388	12,9	1.314 / 9.769	13,5
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			10 / 50	20,0	18 / 64	28,1
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			720 / 7.844	9,2	693 / 7.387	9,4
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			233 / 665	35,0	201 / 612	32,8

Jahresauswertung 2010 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 67
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.215
Datensatzversion: PNEU 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10552-L70404-P33107

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/PNEU/815001 AK 1: Auffallend häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			18,7%	<= 50%	AK.1
2010/PNEU/811821 AK 6: Häufige Angabe, dass im Einklang mit dem Willen des Patienten und ärztlicher Einschätzung wegen infauster Prognose der Grunderkrankung auf die antimikrob. Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde			4,1%	<= 20%	AK.3

Auffälligkeitskriterium 1:
Auffallend häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht beatmet wurden

Kennzahl-ID: 2010/PNEU/815001

Referenzbereich: <= 50%

ID-Bezugskennzahl(en): 11879, 11880, 11881

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Modalwert der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme			2.062 / 11.001	18,7%
Vertrauensbereich				18,0% - 19,5%
Referenzbereich		<= 50%		<= 50%

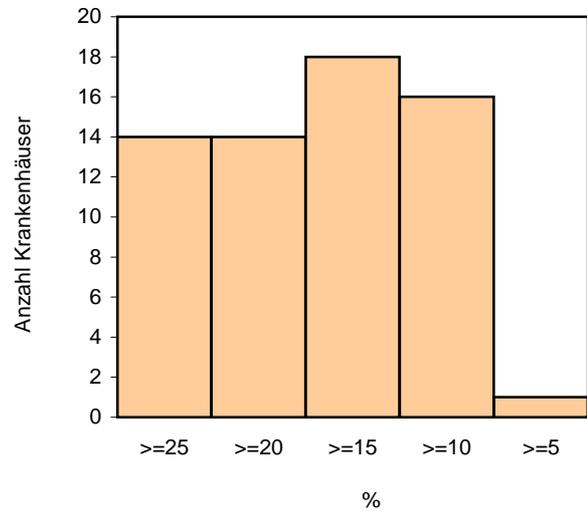
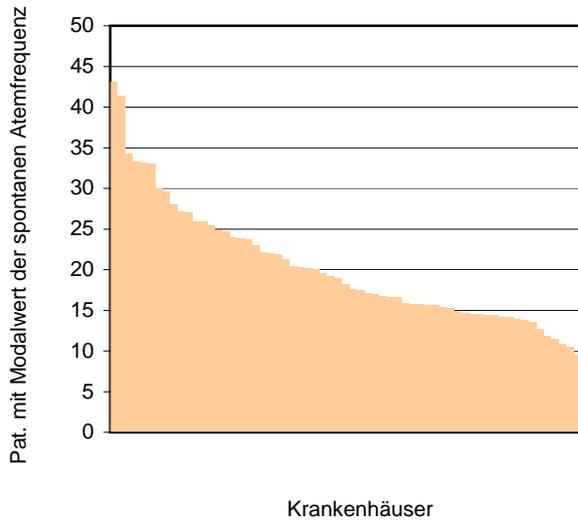
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Modalwert der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme			2.080 / 10.619	19,6%
Vertrauensbereich				18,8% - 20,4%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK1, Kennzahl-ID 2010/PNEU/815001]:

Anteil von Patienten mit Modalwert der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme an allen Patienten, die bei Aufnahme nicht beatmet wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

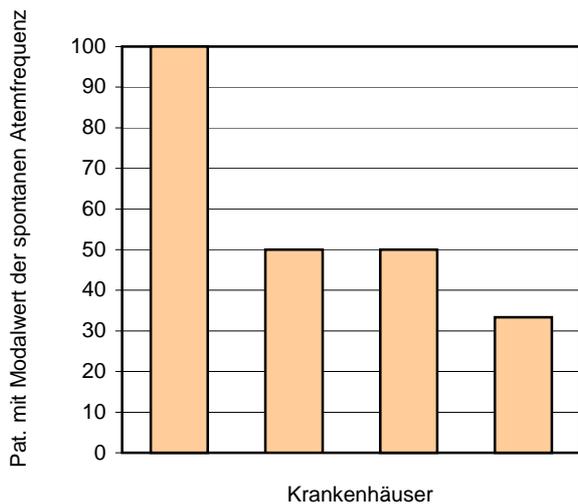
63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,5	11,5	13,6	14,6	18,2	24,7	30,0	33,3	43,1

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	41,7	50,0	75,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 6: Häufige Angabe, dass im Einklang mit dem Willen des Patienten und ärztl. Einschätzung wegen infauster Prognose der Grunderkrankung auf die antimikrob. Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/PNEU/811821
Referenzbereich: <= 20%
ID-Bezugskennzahl(en): 2012, 11879, 11880, 11881

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung Vertrauensbereich Referenzbereich			460 / 11.215	4,1% 3,7% - 4,5% <= 20%

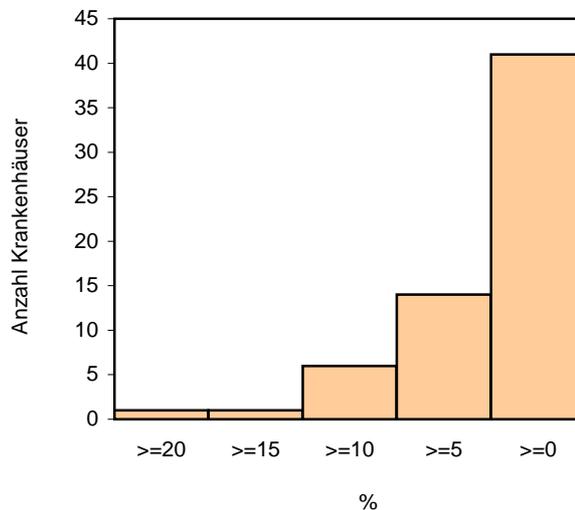
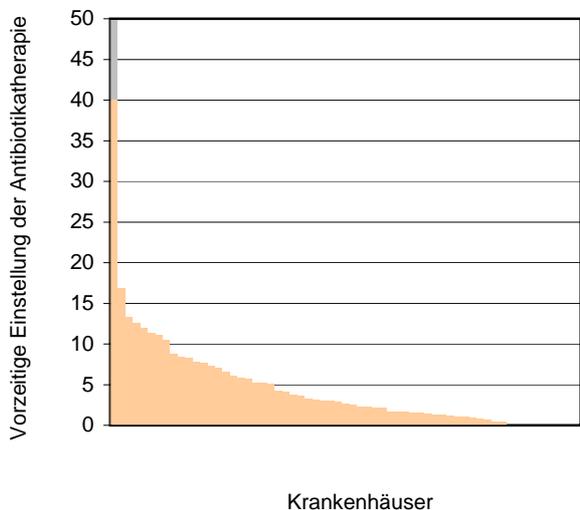
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung Vertrauensbereich			640 / 10.845	5,9% 5,5% - 6,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm AK6, Kennzahl-ID 2010/PNEU/811821]:

Anteil von Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung im Einklang mit dem Willen des Patienten und ärztl. Einschätzung an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

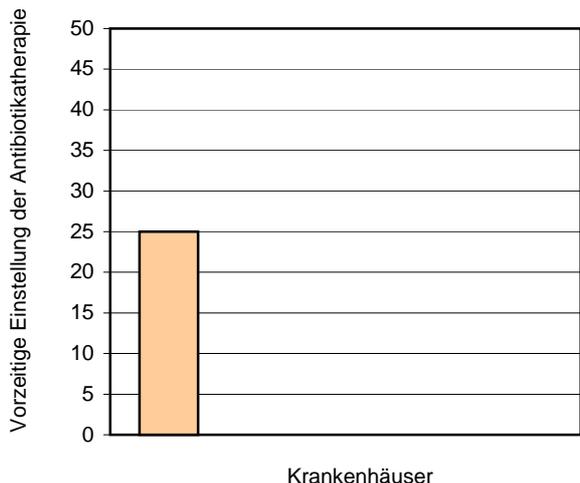
63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,1	2,6	6,5	11,1	12,5	40,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	25,0	25,0	25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2010.

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 scheinbar 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 scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2010 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

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.

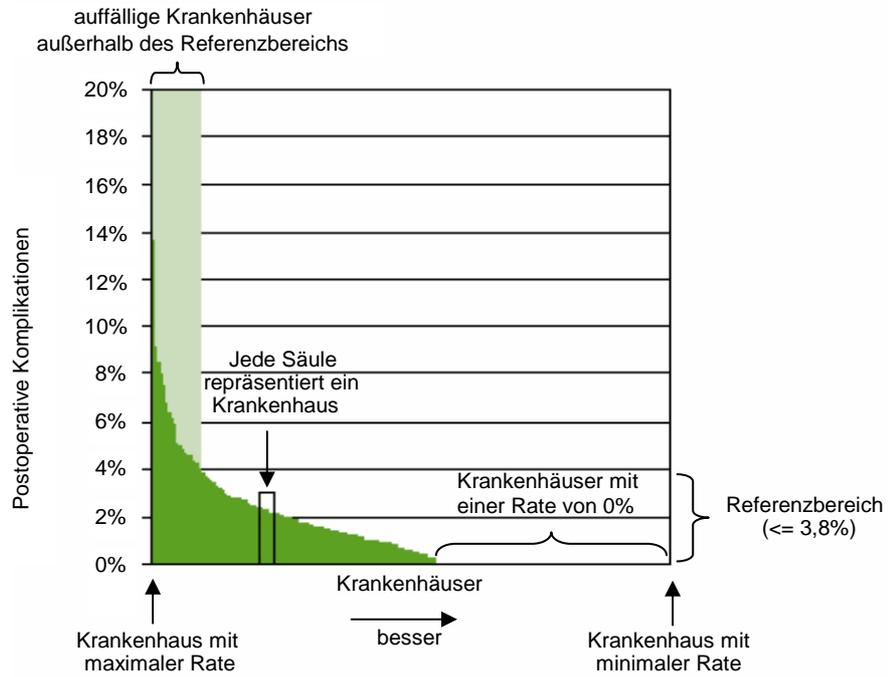
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

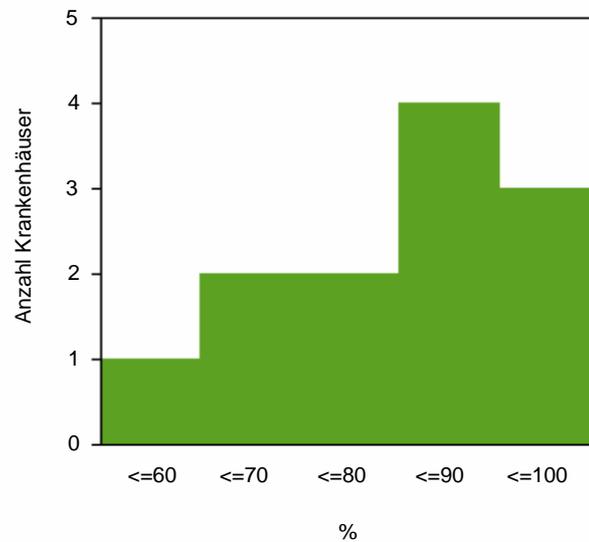
Beispiel:

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 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

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.