

Jahresauswertung 2011 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 69
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.649
Datensatzversion: PNEU 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11401-L75508-P35784

Jahresauswertung 2011 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 69
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.649
Datensatzversion: PNEU 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11401-L75508-P35784

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
1a: 2011/PNEU/2005					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme			95,7%	>= 95,0%	1.1
1b: 2011/PNEU/2006					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			95,7%	nicht definiert	1.1
1c: 2011/PNEU/2007					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)			94,1%	nicht definiert	1.1
2011/PNEU/2009					
QI 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)					
			92,0%	>= 86,9%	1.6
QI 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme					
3a: 2011/PNEU/2012					
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			95,5%	>= 88,3%	1.10
3b: 2011/PNEU/2013					
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			90,8%	>= 79,1%	1.10
2011/PNEU/2015					
QI 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme					
			95,8%	>= 94,1%	1.14

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens					
5a: 2011/PNEU/2018					
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			95,0%	>= 95,0%	1.16
5b: 2011/PNEU/2019					
Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			96,8%	>= 95,0%	1.16
2011/PNEU/2028					
QI 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung			91,9%	>= 95,0%	1.20
2011/PNEU/2036					
QI 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung			99,0%	>= 95,0%	1.23
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus					
8a: 2011/PNEU/11878					
Sterblichkeit im Krankenhaus			12,0%	<= 15,8%	1.26
8b: 2011/PNEU/50778					
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,99	nicht definiert	1.28
Sterblichkeit im Krankenhaus bei:					
8c: 2011/PNEU/11879					
Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)			2,4%	<= 5,4%	1.30
8d: 2011/PNEU/11880					
Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)			12,6%	<= 16,7%	1.30
8e: 2011/PNEU/11881					
Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)			30,7%	<= 44,3%	1.30
2011/PNEU/50722					
QI 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			13,3%	<= 2,0%	1.39

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren

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

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

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- o Pneumoniebedingte Desorientiertheit (Mental Confusion)
- o Spontane Atemfrequenz ≥ 30 /min (Respiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (Blood pressure)
- o Alter ≥ 65 Jahre (65 Jahre)

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

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

Beatmete Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

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

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

Im Datensatz für das Erfassungsjahr 2008 ist erstmals folgendes Datenfeld aufgenommen worden (Datenfeld 26):

"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 26 = 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:	2011/PNEU/2005	
	Gruppe 2:	2011/PNEU/2006	
	Gruppe 3:	2011/PNEU/2007	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 95,0% (Zielbereich)	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Krankenhaus 2011		
	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	≥ 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	11.147 / 11.649 95,7%	10.762 / 11.240 95,7%	385 / 409 94,1%
Vertrauensbereich	95,3% - 96,1%	95,4% - 96,1%	91,4% - 96,2%
Referenzbereich	≥ 95,0%	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten	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			

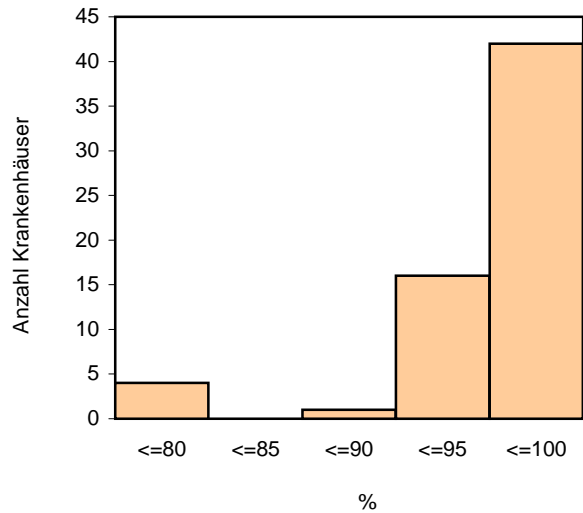
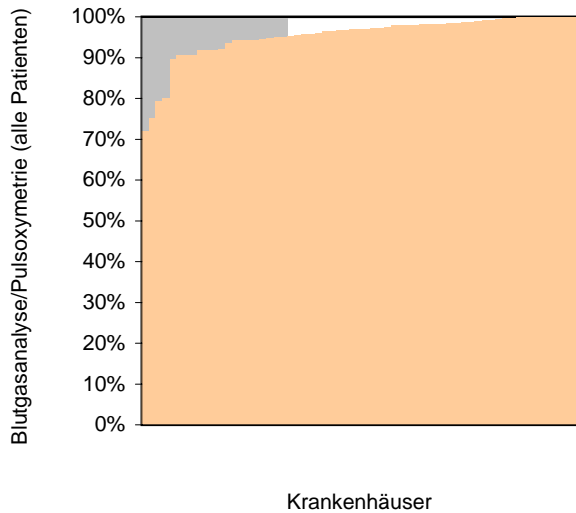
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	10.719 / 11.215 95,6%	10.352 / 10.827 95,6%	367 / 388 94,6%
	95,2% - 96,0%	95,2% - 96,0%	91,8% - 96,6%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2011/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:

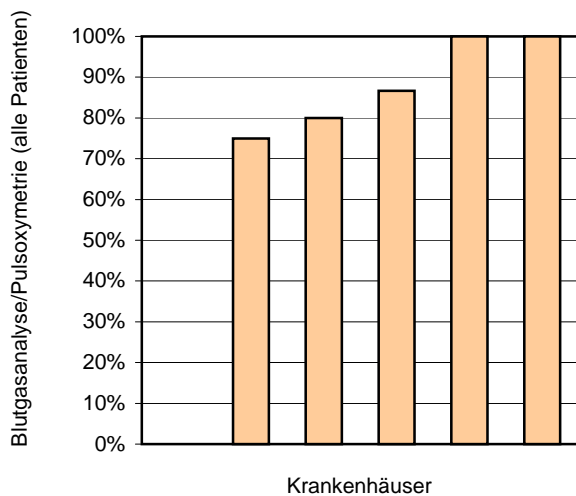
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,0	80,0	90,5	94,3	96,9	98,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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			75,0	83,3	100,0			100,0

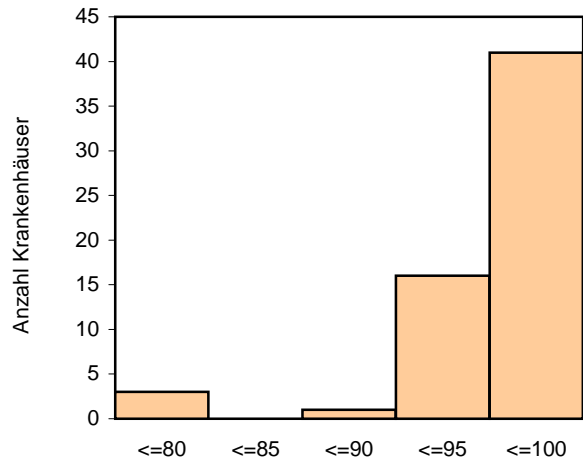
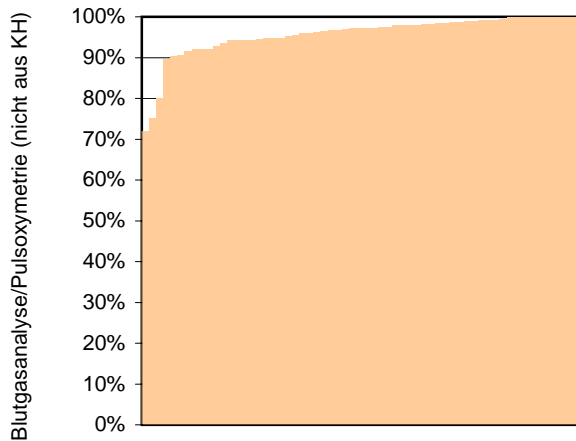
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2011/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:

61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



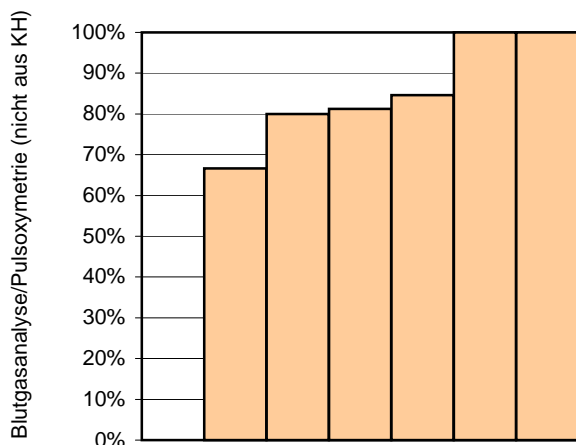
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,0	89,6	91,6	94,3	97,1	98,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			66,7	81,3	100,0			100,0

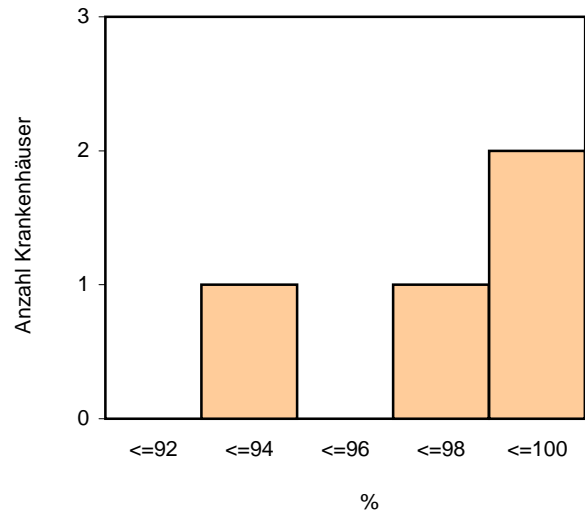
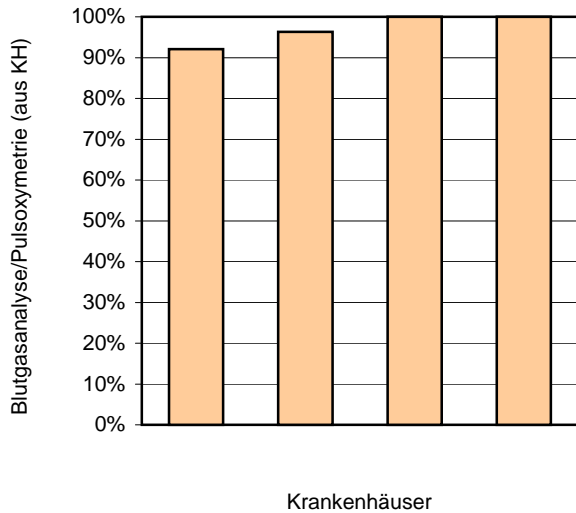
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2011/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:

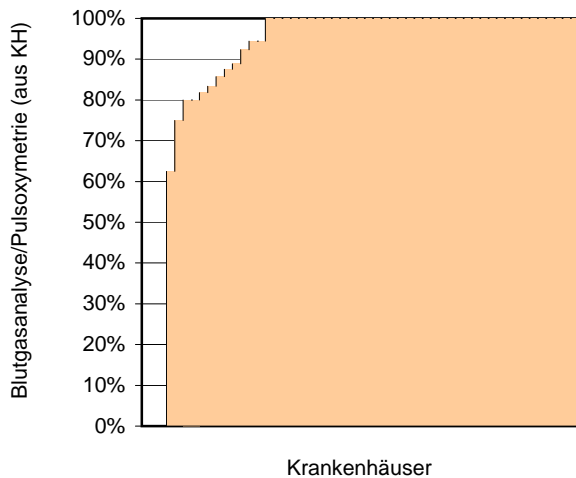
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,1			94,2	98,1	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

53 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	80,0	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 2: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
 (nicht aus anderem Krankenhaus)**

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:	2011/PNEU/2009
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 86,9% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 86,9%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	10.277 / 11.184 91,9%	9.937 / 10.800 92,0%	340 / 384 88,5%
Vertrauensbereich		91,5% - 92,5%	
Referenzbereich		>= 86,9%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	169 / 11.184 1,5%	150 / 10.800 1,4%	19 / 384 4,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

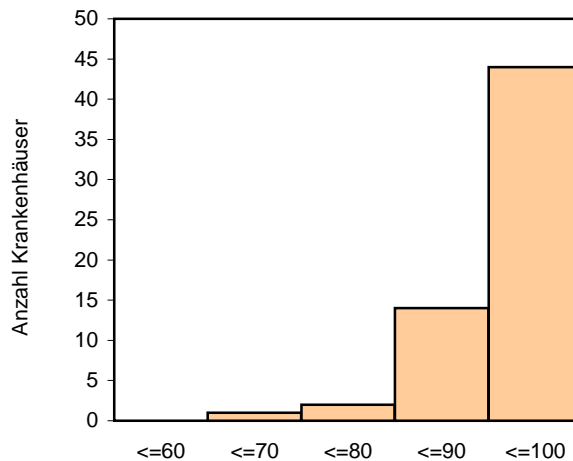
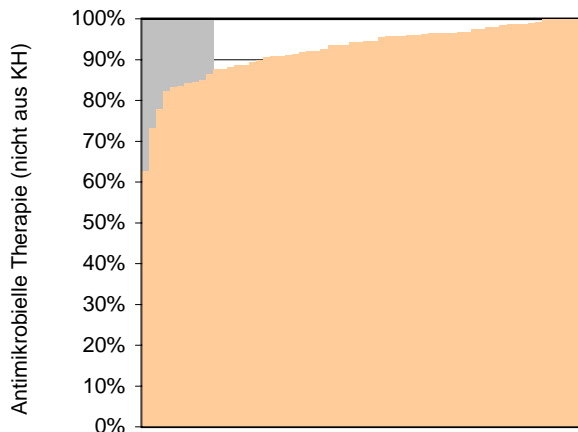
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme Vertrauensbereich	9.945 / 10.755 92,5%	9.620 / 10.388 92,6% 92,1% - 93,1%	325 / 367 88,6%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	141 / 10.755 1,3%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

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/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.



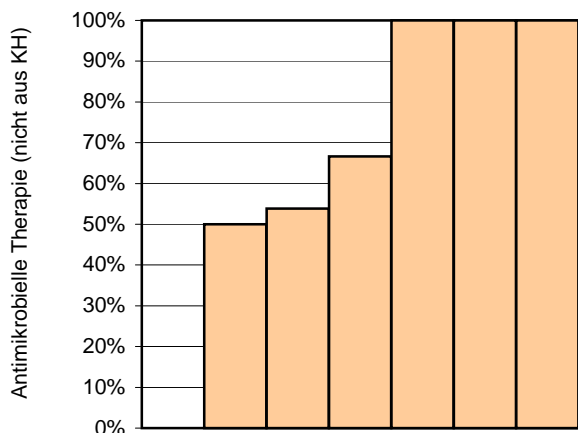
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,7	82,3	84,1	89,2	94,4	96,8	98,9	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			50,0	66,7	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 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.904 / 2.094 90,9%	7.629 / 8.305 91,9%	744 / 785 94,8%

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 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme			
	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	1.849 / 2.026 91,3%	7.413 / 8.063 91,9%	675 / 711 94,9%

Qualitätsindikator 3: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme

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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			6.816 / 7.417	91,9%

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: 2011/PNEU/2012
- Risikoklasse 2: 2011/PNEU/2013

Referenzbereich:

- Risikoklasse 1: >= 88,3% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Risikoklasse 2: >= 79,1% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	■	■	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 88,3%	>= 79,1%	

	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.721 / 1.802	4.877 / 5.374	218 / 241
Vertrauensbereich	95,5%	90,8%	90,5%
Referenzbereich	94,4% - 96,4%	89,9% - 91,5%	
	>= 88,3%	>= 79,1%	

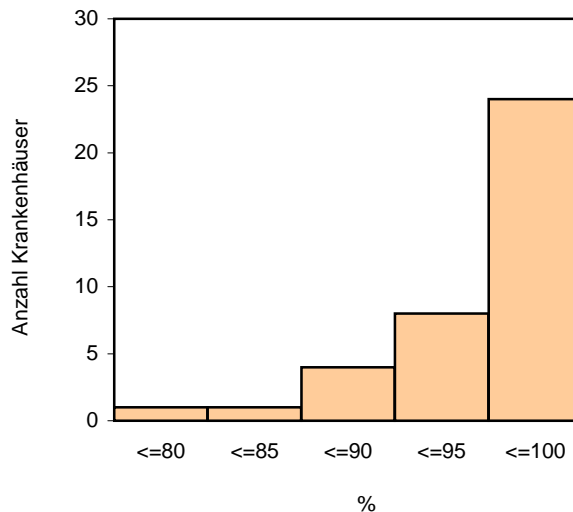
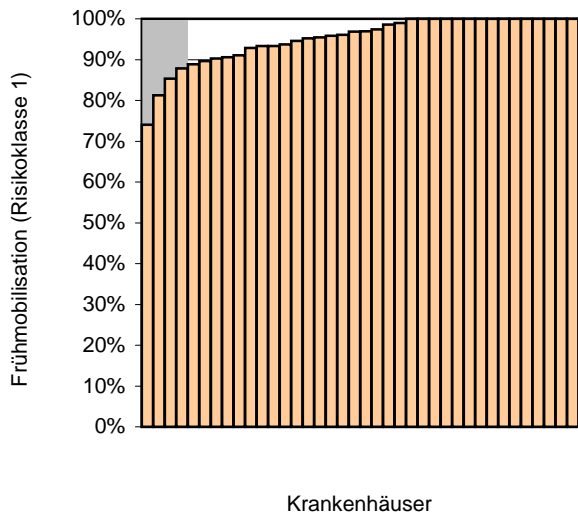
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2011/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:

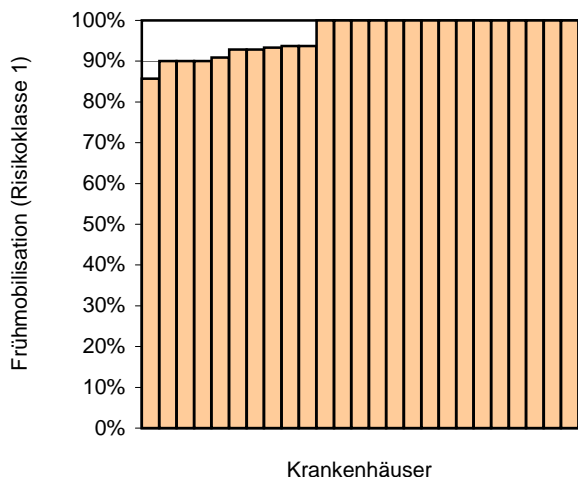
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,1	81,3	87,9	92,9	96,9	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 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	90,0	90,0	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

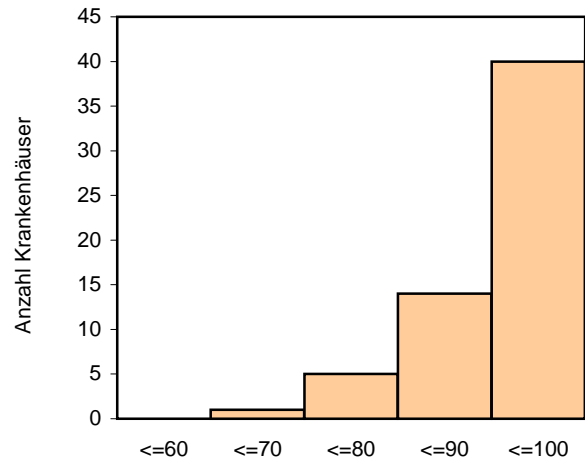
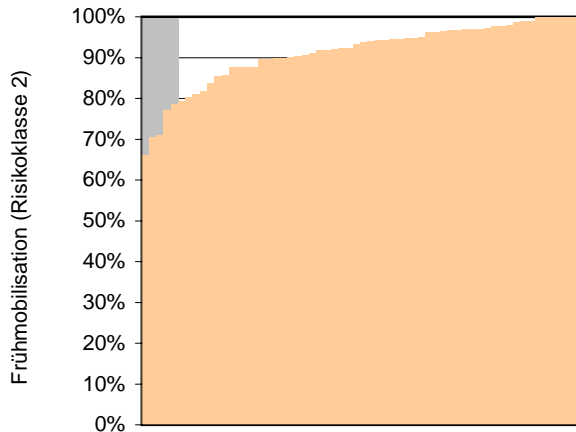
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2011/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.



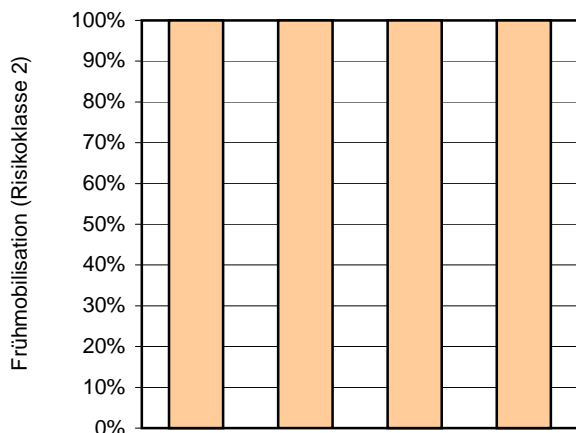
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,9	74,1	79,7	87,7	93,5	96,9	99,5	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme

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: 2011/PNEU/2015

Referenzbereich: >= 94,1% (Toleranzbereich) (10%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			9.787 / 10.218	95,8%
Vertrauensbereich				95,4% - 96,2%
Referenzbereich		>= 94,1%		>= 94,1%

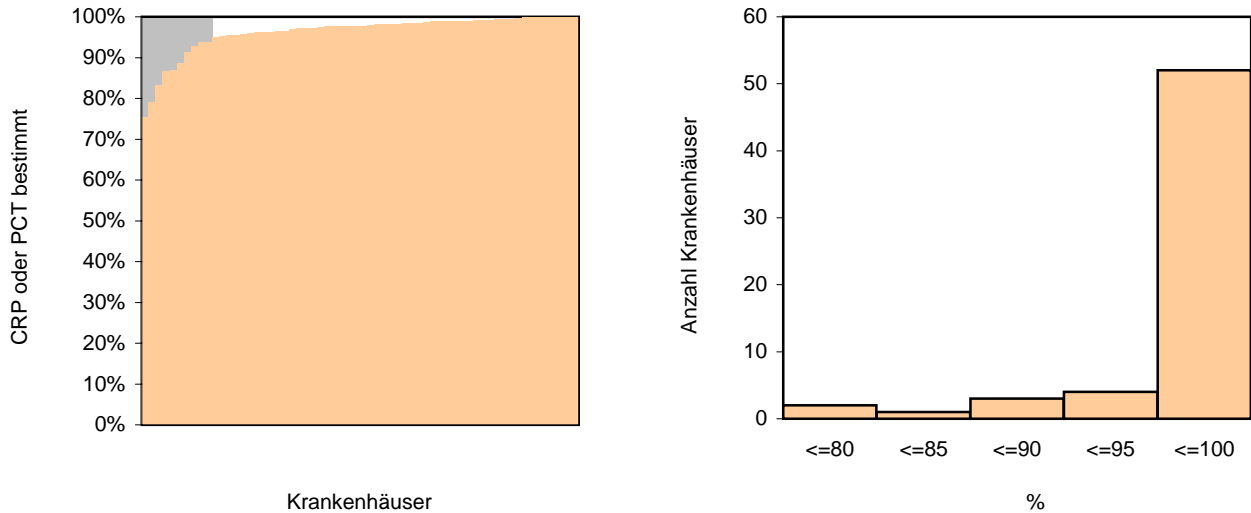
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes bestimmt			9.438 / 9.813	96,2%
Vertrauensbereich				95,8% - 96,5%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2011/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:

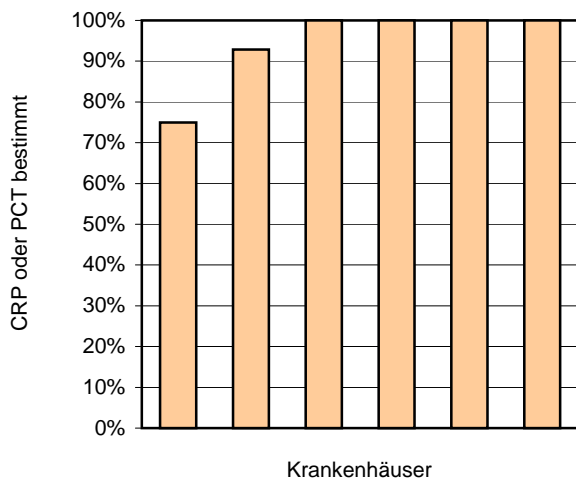
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,4	86,7	91,4	95,9	97,7	99,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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			92,9	100,0	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens

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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			1.636 / 1.715	95,4%

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: 2011/PNEU/2018
 Risikoklasse 3: 2011/PNEU/2019

Referenzbereich:
 Risikoklasse 2: >= 95,0% (Zielbereich)
 Risikoklasse 3: >= 95,0% (Zielbereich)

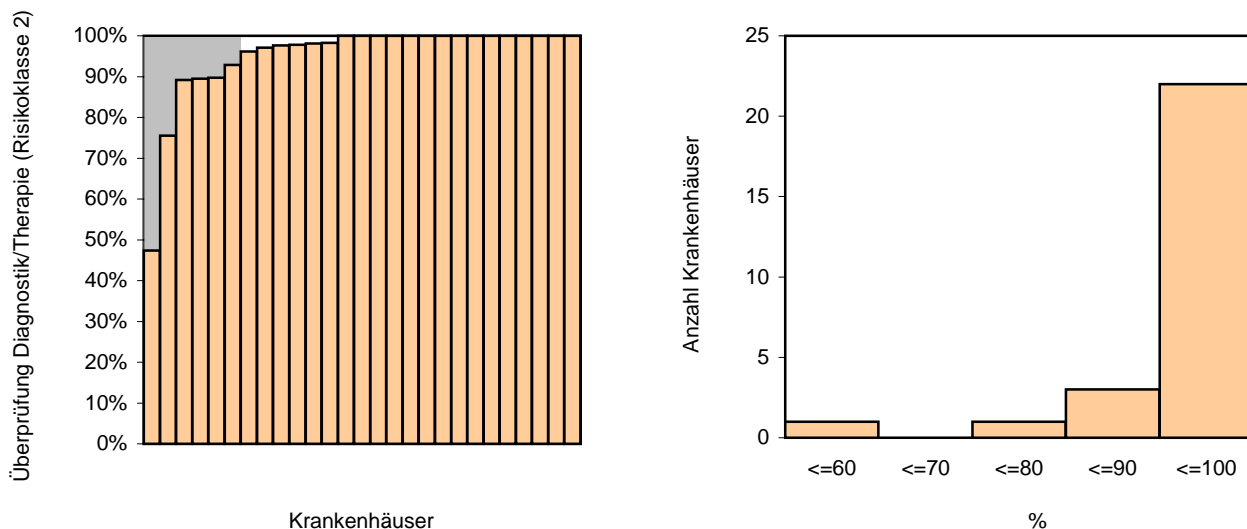
	Krankenhaus 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 95,0%

	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	182 / 187 97,3%	1.333 / 1.403 95,0%	121 / 125 96,8%
Vertrauensbereich		93,7% - 96,1%	91,9% - 99,2%
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 95,0%

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

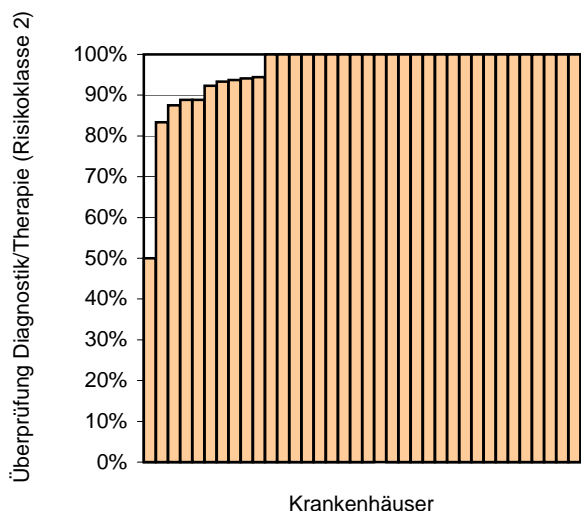
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2011/PNEU/2018]:
 Anteil von Patienten mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2
 nach CRB-65, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	47,4	75,6	89,2	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



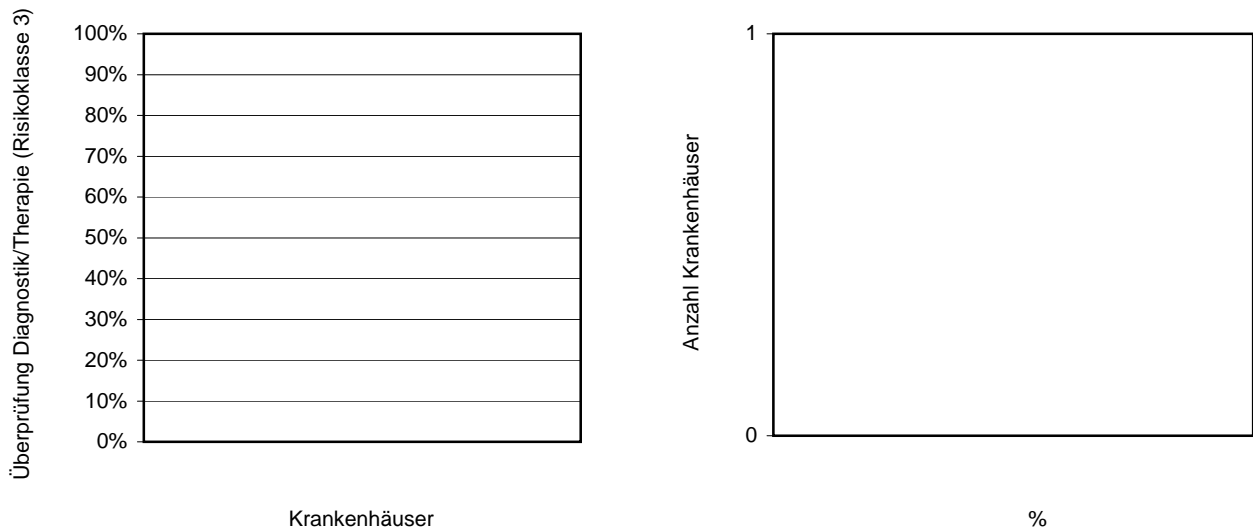
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	83,3	88,9	94,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2011/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:

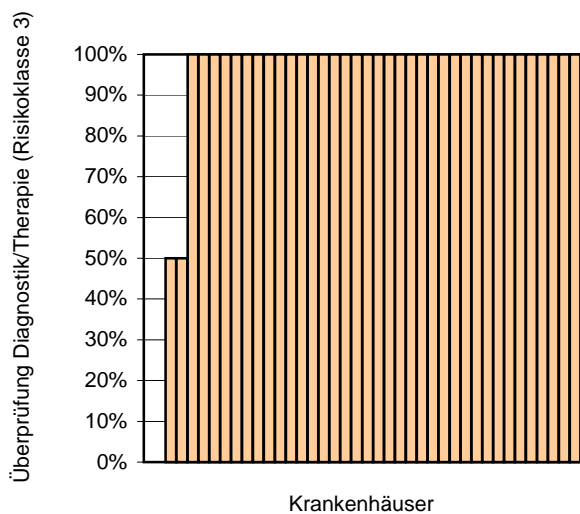
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

40 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	25,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

29 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung

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: 2011/PNEU/2028

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			7.116 / 7.740	91,9%
Vertrauensbereich				91,3% - 92,5%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Desorientierung			7.740 / 7.740	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.740 / 7.740	100,0%
Spontane Atemfrequenz			7.345 / 7.740	94,9%
Herzfrequenz			7.711 / 7.740	99,6%
Temperatur			7.717 / 7.740	99,7%
Sauerstoffsättigung			7.346 / 7.740	94,9%
Blutdruck systolisch			7.671 / 7.740	99,1%

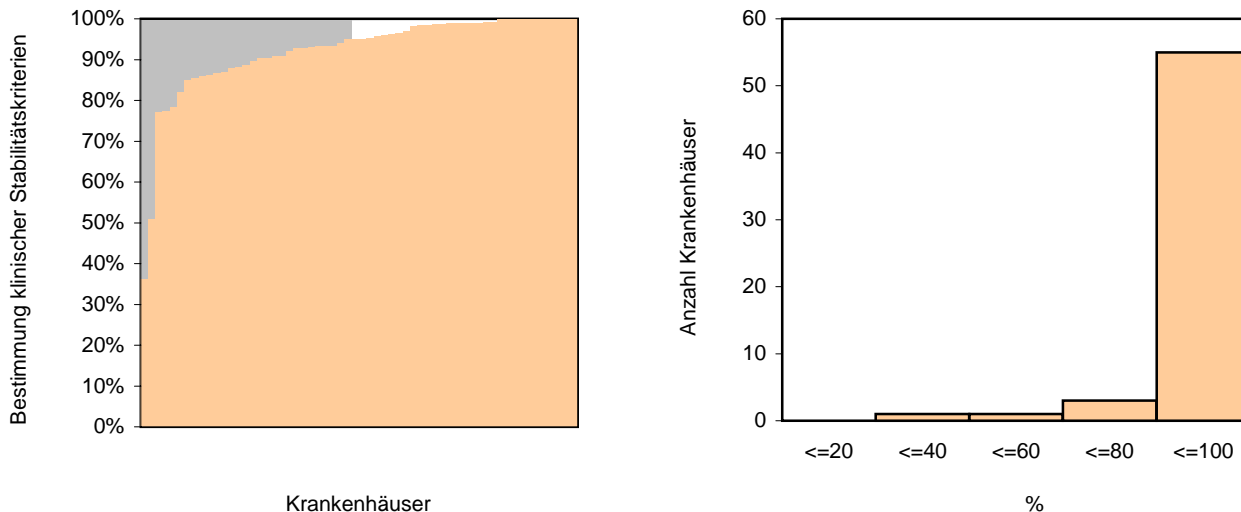
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			6.604 / 7.287	90,6%
Vertrauensbereich				89,9% - 91,3%
Desorientierung			7.287 / 7.287	100,0%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			7.287 / 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%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2011/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:

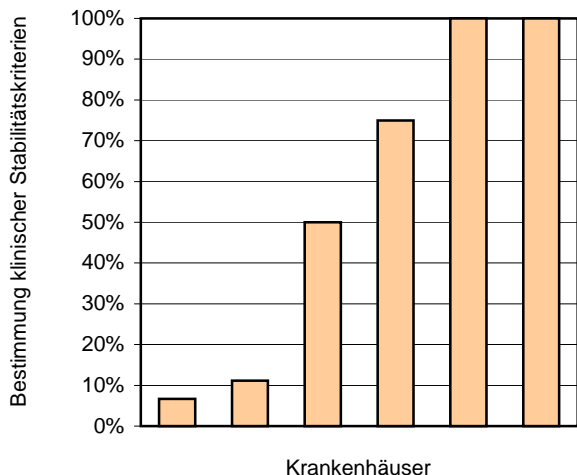
60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,1	77,1	83,4	89,2	95,0	98,9	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,7			11,1	62,5	100,0			100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung

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: 2011/PNEU/2036

Referenzbereich: $\geq 95,0\%$ (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen			7.045 / 7.116	99,0%
Vertrauensbereich				98,7% - 99,2%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			7.089 / 7.116	99,6%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			6.911 / 7.116	97,1%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/min			7.044 / 7.116	99,0%
Herzfrequenz maximal 100/min			7.066 / 7.116	99,3%
Temperatur maximal 37,2°C			7.081 / 7.116	99,5%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			6.940 / 7.116	97,5%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			6.992 / 7.116	98,3%

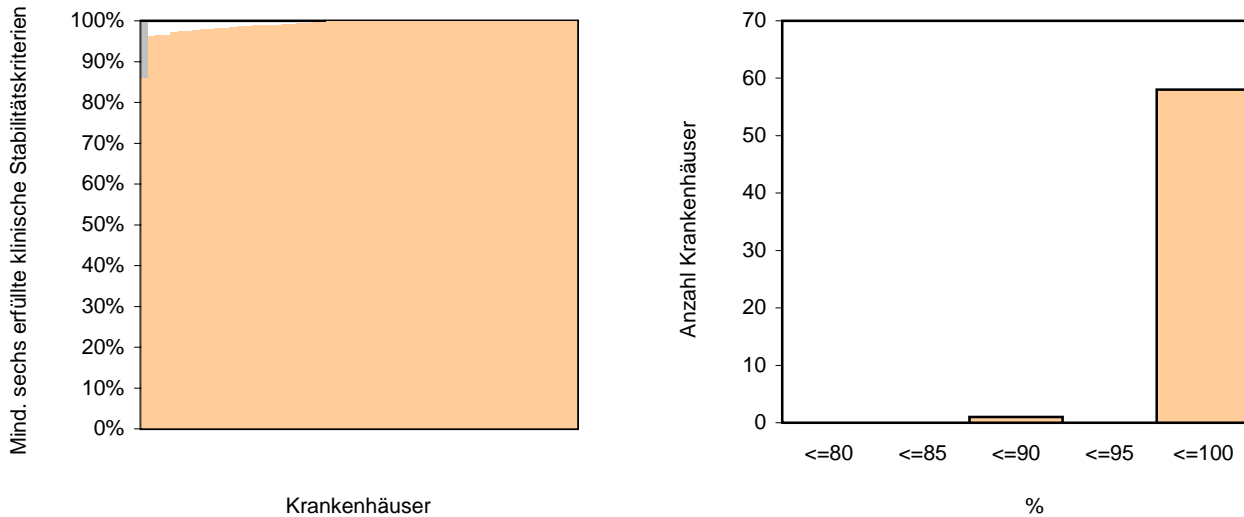
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			6.547 / 6.604	99,1% 98,9% - 99,3%
Keine bzw. nicht pneumoniebedingte Desorientierung			6.573 / 6.604	99,5%
Stabile 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%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2011/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:

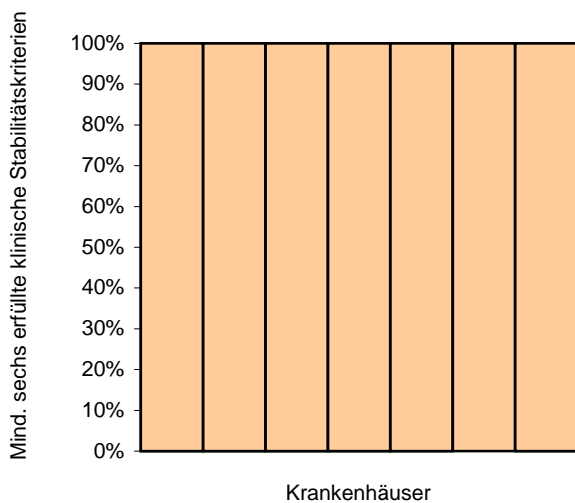
59 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,0	96,6	97,3	98,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Kennzahl-ID: Gruppe 2: 2011/PNEU/11878

Referenzbereich: Gruppe 2: <= 15,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.576 / 11.649	13,5%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.342 / 11.184	12,0%
Vertrauensbereich				11,4% - 12,6%
Referenzbereich		<= 15,8%		<= 15,8%

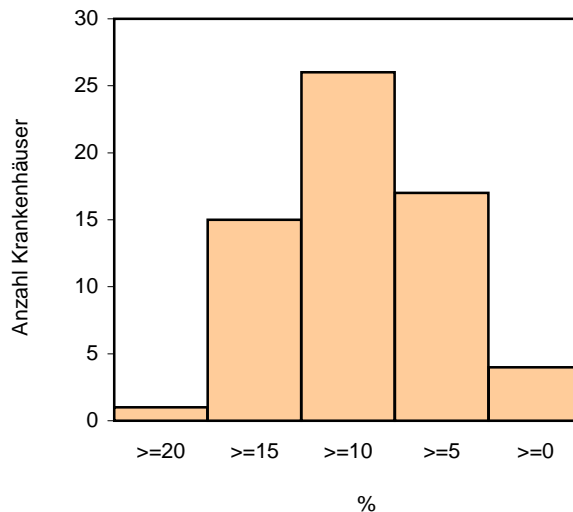
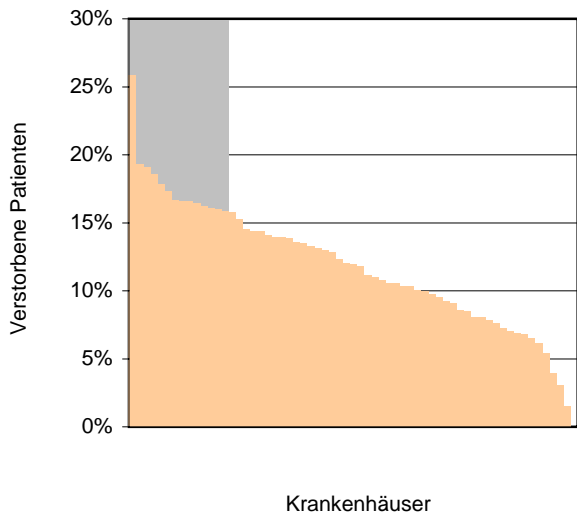
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			1.593 / 11.215	14,2%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			1.390 / 10.755	12,9%
Vertrauensbereich				12,3% - 13,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2011/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:

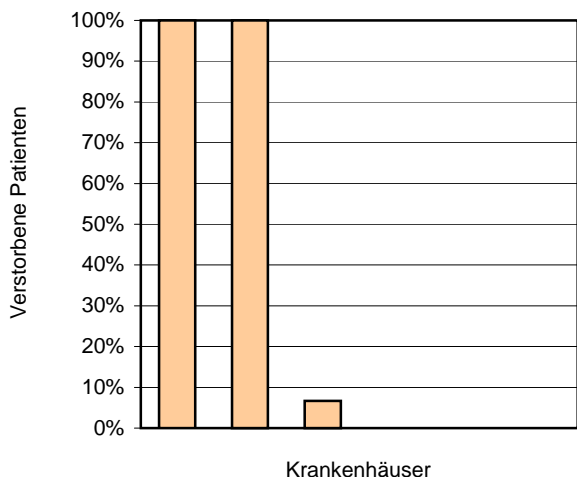
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	4,0	6,5	8,5	11,9	15,2	16,7	18,6	25,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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	3,3	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Pneumonie-Score 8b unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Kennzahl-ID: 2011/PNEU/50778

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		1.090 / 9.571 11,39%
vorhergesagt (E) ¹		1.099,32 / 9.571 11,49%
O - E		-0,10%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score 8b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ² Referenzbereich	nicht definiert	0,99 nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

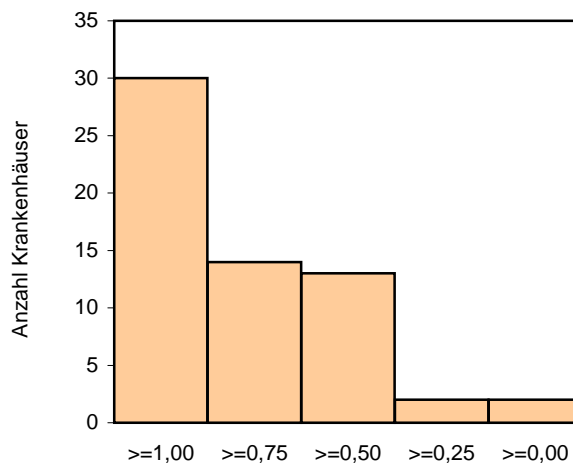
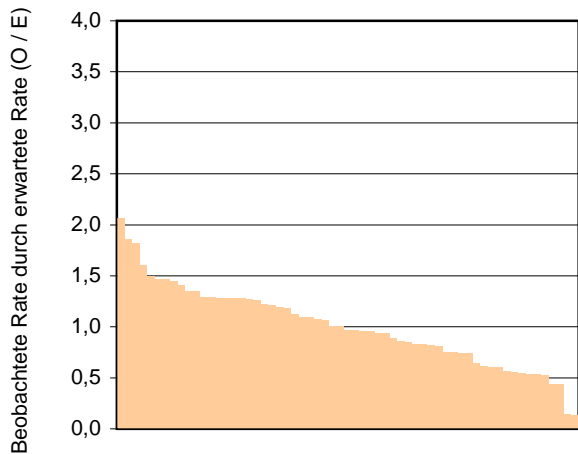
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		1.329 / 10.568 12,58%
vorhergesagt (E)		1.260,83 / 10.568 11,93%
O - E		0,65%
O / E		1,05

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2011/PNEU/50778]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Pneumonie-Score 8b unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

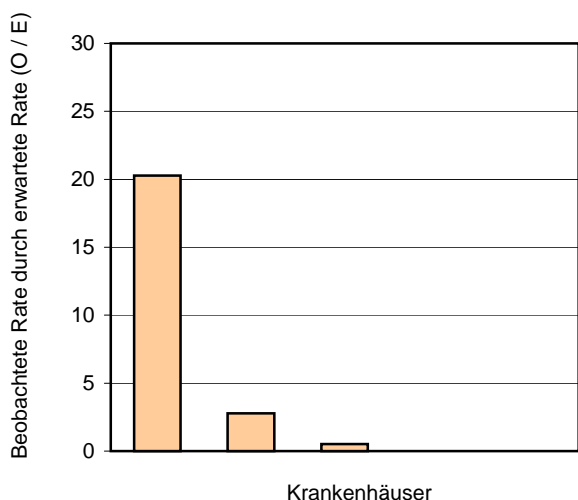
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,13	0,43	0,54	0,74	0,97	1,28	1,47	1,60	2,07

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,52	2,78			20,27

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus - 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: 2011/PNEU/11879
 Risikoklasse 2: 2011/PNEU/11880
 Risikoklasse 3: 2011/PNEU/11881

Referenzbereich:
 Gruppe 2:
 Risikoklasse 1: <= 5,4% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 2: <= 16,7% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoklasse 3: <= 44,3% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich	<= 5,4%	<= 16,7%	<= 44,3%

	Gesamt 2011		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	54 / 2.129 2,5%	1.217 / 8.657 14,1%	305 / 863 35,3%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	51 / 2.094 2,4%	1.050 / 8.305 12,6%	241 / 785 30,7%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,8% - 3,2% <= 5,4%	11,9% - 13,4% <= 16,7%	27,5% - 34,1% <= 44,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten			
Gruppe 2 Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

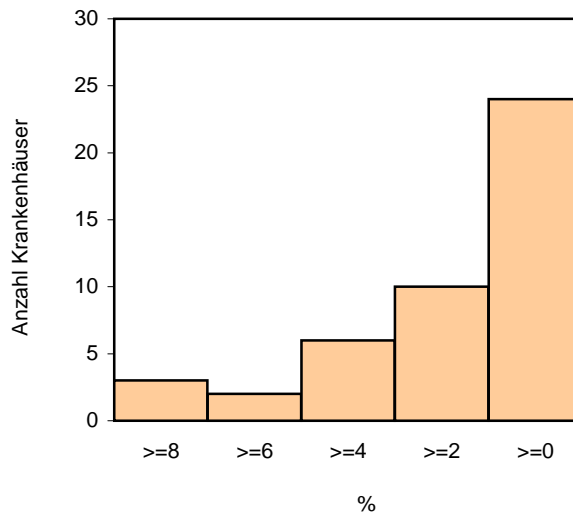
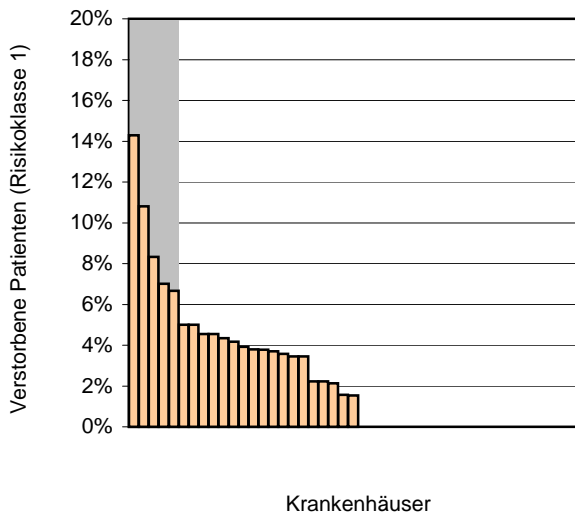
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Gruppe 1 Verstorbene Patienten	60 / 1.760 3,4%	1.186 / 8.517 13,9%	347 / 938 37,0%
Gruppe 2 Verstorbene Patienten	51 / 1.708 3,0%	1.049 / 8.188 12,8%	290 / 859 33,8%
Vertrauensbereich	2,2% - 3,9%	12,1% - 13,6%	30,6% - 37,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2011/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:

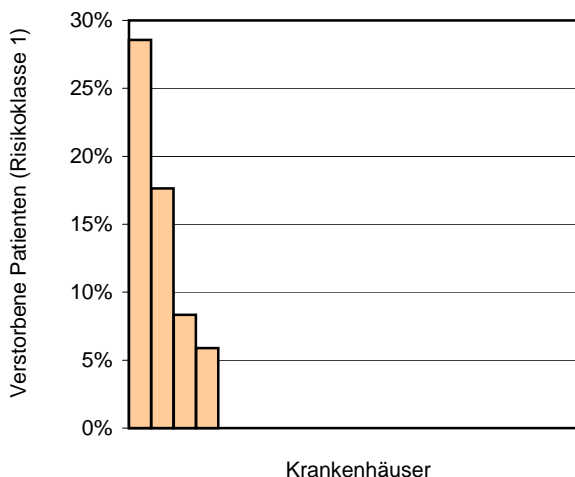
45 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	3,9	6,7	8,3	14,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

20 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	0,0	13,0	23,1	28,6

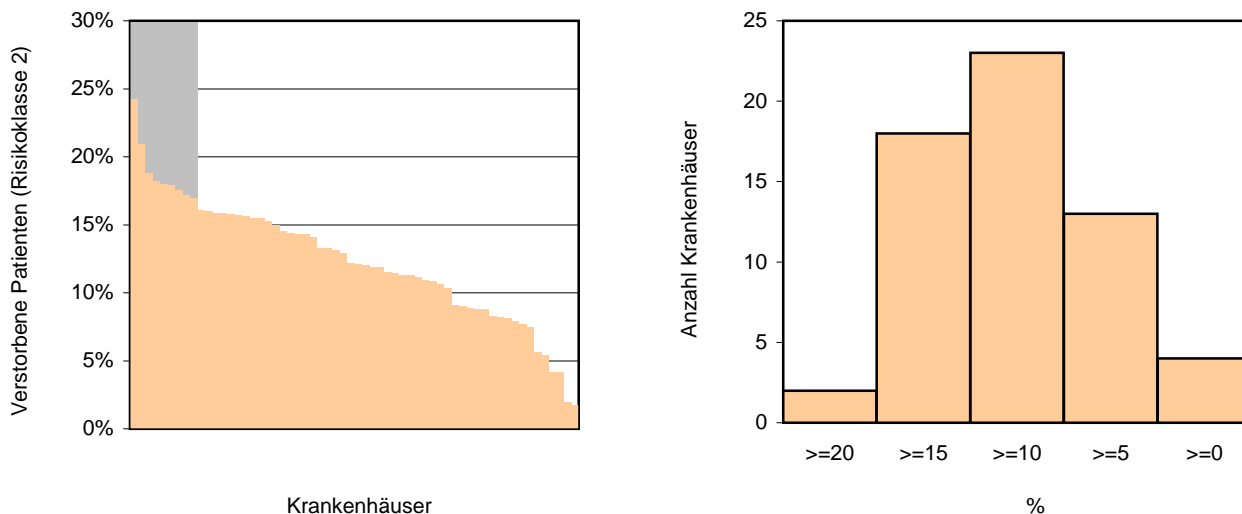
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2011/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:

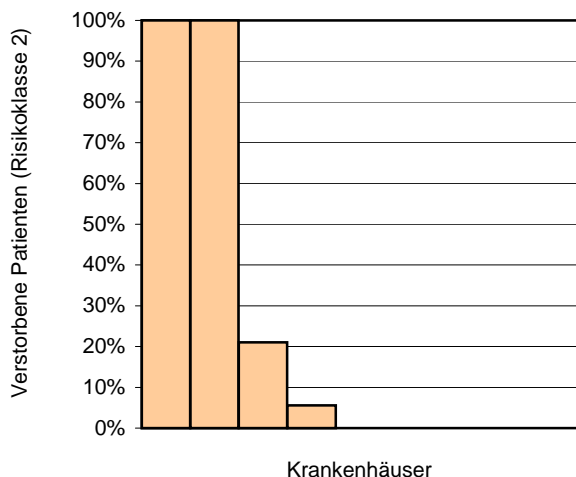
60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,7	4,2	6,5	9,0	12,1	15,7	17,7	18,5	24,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	21,1			100,0

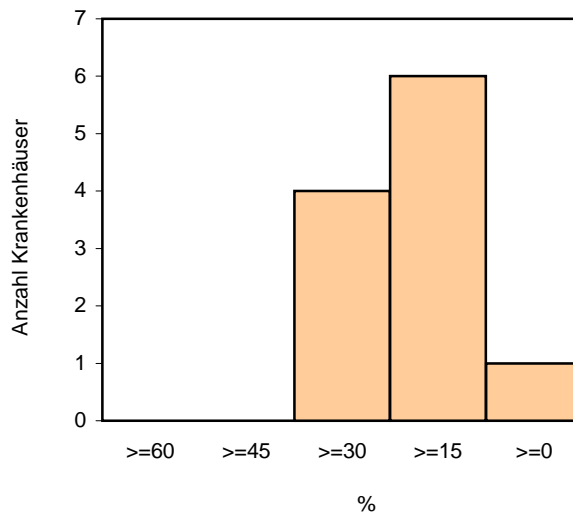
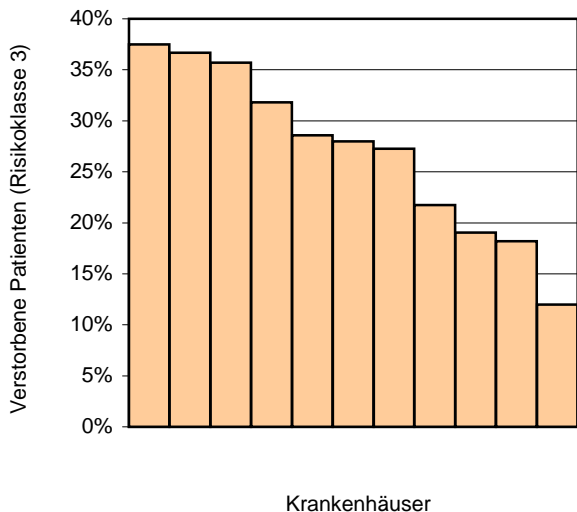
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8e, Kennzahl-ID 2011/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:

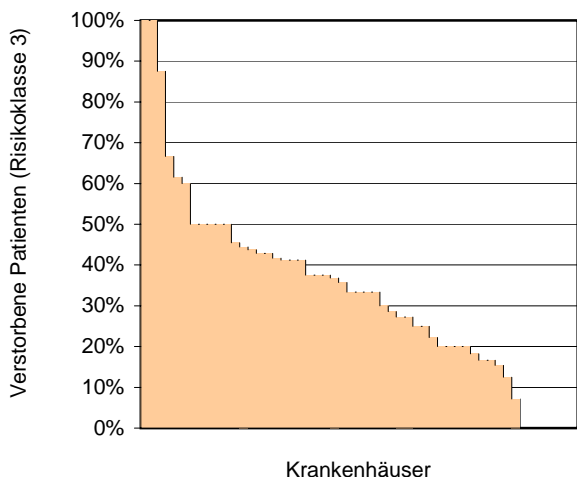
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,0		18,2	19,0	28,0	35,7	36,7		37,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

53 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	20,0	33,3	43,8	60,0	87,5	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.649	
18 - 19 Jahre			0 / 38	0,0%
20 - 29 Jahre			5 / 317	1,6%
30 - 39 Jahre			7 / 385	1,8%
40 - 49 Jahre			15 / 531	2,8%
50 - 59 Jahre			62 / 1.003	6,2%
60 - 69 Jahre			124 / 1.401	8,9%
70 - 79 Jahre			399 / 3.237	12,3%
80 - 89 Jahre			710 / 3.683	19,3%
>= 90 Jahre			254 / 1.054	24,1%

Vorjahresdaten 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%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit gültiger Altersangabe			11.184	
18 - 19 Jahre			0 / 38	0,0%
20 - 29 Jahre			4 / 314	1,3%
30 - 39 Jahre			6 / 381	1,6%
40 - 49 Jahre			11 / 518	2,1%
50 - 59 Jahre			54 / 977	5,5%
60 - 69 Jahre			102 / 1.357	7,5%
70 - 79 Jahre			341 / 3.102	11,0%
80 - 89 Jahre			616 / 3.511	17,5%
>= 90 Jahre			208 / 986	21,1%

Vorjahresdaten 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%

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

Gruppe 1	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.576 / 11.649	
18 - 19 Jahre			0 / 1.576	0,0%
20 - 29 Jahre			5 / 1.576	0,3%
30 - 39 Jahre			7 / 1.576	0,4%
40 - 49 Jahre			15 / 1.576	1,0%
50 - 59 Jahre			62 / 1.576	3,9%
60 - 69 Jahre			124 / 1.576	7,9%
70 - 79 Jahre			399 / 1.576	25,3%
80 - 89 Jahre			710 / 1.576	45,1%
>= 90 Jahre			254 / 1.576	16,1%

Vorjahresdaten 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%

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

Gruppe 2	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten mit gültiger Altersangabe			1.342 / 11.184	
18 - 19 Jahre			0 / 1.342	0,0%
20 - 29 Jahre			4 / 1.342	0,3%
30 - 39 Jahre			6 / 1.342	0,4%
40 - 49 Jahre			11 / 1.342	0,8%
50 - 59 Jahre			54 / 1.342	4,0%
60 - 69 Jahre			102 / 1.342	7,6%
70 - 79 Jahre			341 / 1.342	25,4%
80 - 89 Jahre			616 / 1.342	45,9%
>= 90 Jahre			208 / 1.342	15,5%

Vorjahresdaten 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%

Qualitätsindikator 9: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Qualitätsziel: Möglichst immer Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Grundgesamtheit: Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Kennzahl-ID: 2011/PNEU/50722
Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nicht bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			1.525 / 11.461	13,3%
Vertrauensbereich				12,7% - 13,9%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nicht bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

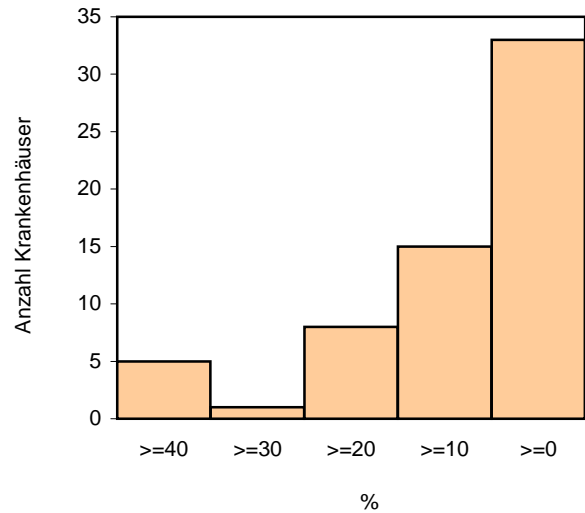
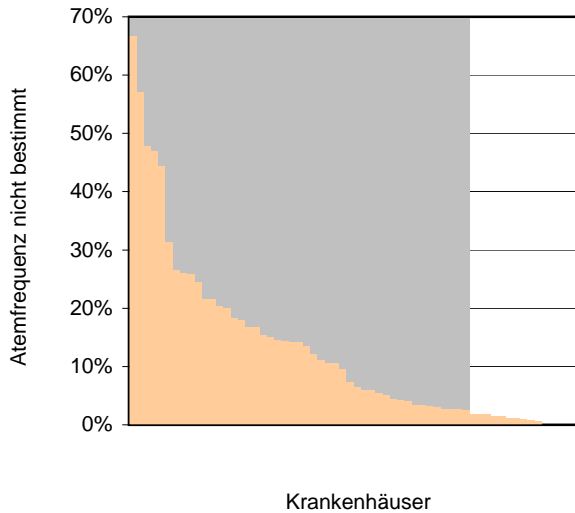
¹ Wegen Änderung des Datensatzes fehlen die Vorjahresergebnisse.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2011/PNEU/50722]:

Anteil von Patienten mit nicht bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme an allen Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

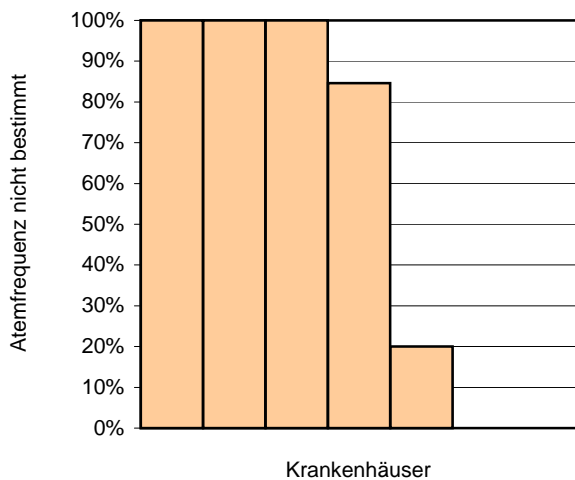
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,7	2,5	6,9	18,0	26,5	46,9	66,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	84,6	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2011 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 69
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.649
Datensatzversion: PNEU 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11401-L75508-P35784

Basisdaten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.390	29,1	3.119	27,8
2. Quartal			2.699	23,2	2.846	25,4
3. Quartal			2.384	20,5	2.468	22,0
4. Quartal			3.176	27,3	2.782	24,8
Gesamt			11.649		11.215	

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

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011	Gesamt 2010
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)			
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		11.649	11.215
Median		9,0	9,0
Mittelwert		10,2	10,9

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2011¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2011

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	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
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 2011

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				J18.0	4.009	34,4	J18.0	3.768	33,6
2				J18.9	2.508	21,5	J18.9	2.412	21,5
3				I10.00	2.344	20,1	I10.00	2.080	18,5
4				J96.00	1.465	12,6	J96.0	1.493	13,3
5				J18.8	1.390	11,9	J18.8	1.381	12,3
6				E11.90	1.360	11,7	E11.90	1.333	11,9
7				R15	1.297	11,1	R15	1.086	9,7
8				E86	1.179	10,1	E86	1.025	9,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2010 und ICD-10-GM 2011 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 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.649 / 11.649		11.215 / 11.215	
18 - 19 Jahre			38 / 11.649	0,3	29 / 11.215	0,3
20 - 29 Jahre			317 / 11.649	2,7	239 / 11.215	2,1
30 - 39 Jahre			385 / 11.649	3,3	293 / 11.215	2,6
40 - 49 Jahre			531 / 11.649	4,6	544 / 11.215	4,9
50 - 59 Jahre			1.003 / 11.649	8,6	921 / 11.215	8,2
60 - 69 Jahre			1.401 / 11.649	12,0	1.363 / 11.215	12,2
70 - 79 Jahre			3.237 / 11.649	27,8	3.145 / 11.215	28,0
80 - 89 Jahre			3.683 / 11.649	31,6	3.677 / 11.215	32,8
>= 90 Jahre			1.054 / 11.649	9,0	1.004 / 11.215	9,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			11.649		11.215	
Median				76,0		77,0
Mittelwert				72,3		73,0
Geschlecht						
männlich			6.576	56,5	6.431	57,3
weiblich			5.073	43,5	4.784	42,7

Aufnahme

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			2.824	24,2	2.710	24,2
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung			409	3,5	388	3,5
Chronische Bettlägerigkeit			2.920	25,1	2.923	26,1
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung wenn nein			188	1,6	214	1,9
Desorientierung (bei Aufnahme)						
pneumoniebedingt			824	7,2	853	7,8
nicht pneumoniebedingt			3.170	27,7	3.158	28,7
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			9.936		11.001	
Median				22,0		22,0
Mittelwert				22,9		23,0
nicht bestimmt ¹			1.525	13,3	-	-
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			11.461		11.001	
Median				130,0		130,0
Mittelwert				131,7		131,3
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			11.461		11.001	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				74,0		74,1

¹ Wegen Änderung des Datensatzes fehlen die Vorjahresergebnisse.

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			226	1,9	214	1,9
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			10.977	94,2	10.565	94,2
4 bis unter 8 Stunden			170	1,5	154	1,4
8 Stunden und später			276	2,4	282	2,5
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie			211	1,8	177	1,6
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			9.972	85,6	9.748	86,9
4 bis unter 8 Stunden			701	6,0	606	5,4
8 Stunden und später			765	6,6	684	6,1

Verlauf

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation						
keine Mobilisation			1.488	12,8	1.406	12,5
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			9.192	78,9	8.812	78,6
nach 24 Stunden und später			969	8,3	997	8,9
Verlaufskontrolle CRP/PCT innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			10.621	91,2	10.268	91,6
wenn ja						
Abfall des CRP oder PCT im Serum innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes			8.668	81,6	8.508	82,9
wenn kein Abfall des CRP oder PCT i. S.: Überprüfung des diag- nostischen oder thera- peutischen Vorgehens			1.833	93,9	1.699	96,5
Maschinelle Beatmung						
nein			10.882	93,4	10.481	93,5
ja, ausschließlich nicht-invasiv			288	2,5	232	2,1
ja, ausschließlich invasiv			296	2,5	293	2,6
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			183	1,6	209	1,9
wenn ja						
Dauer (Stunden)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			767		734	
Median				90,0		108,0
Mittelwert				218,0		236,8
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden			62	0,5	58	0,5
Dauer der Beatmung (Median in Stunden)				314,5		367,0
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm Wassersäule			683	89,0	663	90,3

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 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		531		481	
Median			73,0		77,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		143		163	
Median			237,0		191,0
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		242		196	
Median			28,0		34,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		146		122	
Median			122,5		123,5
davon Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		29		14	
Median			80,0		374,0
Risikoklasse 2 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		98		90	
Median			129,0		133,5
Risikoklasse 3 (CRB-65)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		19		18	
Median			159,0		67,5

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

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 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die maschinell beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		151		122	
Median			9,0		7,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		147		140	
Median			48,0		48,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		49		36	
Median			116,0		115,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		184		183	
Median			353,5		346,0
Patienten, die sowohl nicht-invasiv als auch invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		10		16	
Median			12,0		15,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		32		34	
Median			46,5		52,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		10		14	
Median			116,0		114,5
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		91		99	
Median			387,0		352,0

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 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		113		82	
Median			9,0		7,0
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		77		74	
Median			48,0		48,0
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		27		13	
Median			116,0		115,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		25		27	
Median			240,0		223,0
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden					
<= 24 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		28		24	
Median			7,5		3,5
25 - 96 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		38		32	
Median			49,5		48,5
97 - 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		12		9	
Median			119,0		121,0
> 144 Stunden					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		68		57	
Median			365,5		417,0

¹ Patienten mit gültiger Beatmungsdauer (0 bis 8760 Stunden)

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet wurden			296	2,5	293	2,6
davon						
Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mindestens 5 cm H ₂ O			266	89,9	268	91,5
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?			465 / 11.649	4,0	460 / 11.215	4,1

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <=> 7	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			10.073	86,5	9.622	85,8
Desorientierung						
pneumoniebedingt			56	0,6	63	0,7
nicht pneumoniebedingt			2.135	21,2	2.124	22,1
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			9.205	91,4	8.808	91,5
Spontane Atemfrequenz						
maximal 24/min			8.944	88,8	8.516	88,5
über 24/min			124	1,2	108	1,1
nicht bestimmt			510	5,1	493	5,1
Herzfrequenz						
maximal 100/min			9.456	93,9	8.912	92,6
über 100/min			104	1,0	106	1,1
nicht bestimmt			36	0,4	104	1,1
Temperatur						
maximal 37,2° C			9.462	93,9	8.982	93,3
über 37,2° C			97	1,0	82	0,9
nicht bestimmt			34	0,3	56	0,6
Sauerstoffsättigung						
unter 90%			268	2,7	320	3,3
mindestens 90%			8.832	87,7	8.206	85,3
nicht bestimmt			492	4,9	594	6,2
Blutdruck systolisch						
unter 90 mmHg			173	1,7	145	1,5
mindestens 90 mmHg			9.334	92,7	8.837	91,8
nicht bestimmt			83	0,8	130	1,4

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7.715	66,2	7.277	64,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			177	1,5	195	1,7
03: aus sonstigen Gründen			10	0,1	14	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			91	0,8	94	0,8
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			361	3,1	349	3,1
07: Tod			1.576	13,5	1.593	14,2
08: Verlegung nach § 14			14	0,1	22	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			129	1,1	119	1,1
10: in Pflegeeinrichtung			1.506	12,9	1.488	13,3
11: in Hospiz			8	0,1	11	0,1
12: interne Verlegung			7	0,1	8	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			6	0,1	5	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			16	0,1	4	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			7	0,1	2	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	2	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			18	0,2	20	0,2
18: Rückverlegung			1	0,0	9	0,1
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			3	0,0	3	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			1	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			2	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | |

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <> 7)	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			7.971	79,1	7.634	79,3
davon						
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			246	3,1	262	3,4

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.576 / 11.649	13,5	1.593 / 11.215	14,2
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			722 / 2.824	25,6	722 / 2.710	26,6
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			69 / 188	36,7	83 / 214	38,8
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			69 / 409	16,9	66 / 388	17,0
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.507 / 11.240	13,4	1.527 / 10.827	14,1
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			24 / 62	38,7	16 / 58	27,6
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			785 / 8.416	9,3	805 / 8.117	9,9
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			280 / 767	36,5	283 / 734	38,6

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung			1.342 / 11.184	12,0	1.390 / 10.755	12,9
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung			625 / 2.664	23,5	616 / 2.544	24,2
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			53 / 168	31,5	61 / 187	32,6
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus			52 / 384	13,5	54 / 367	14,7
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus			1.290 / 10.800	11,9	1.336 / 10.388	12,9
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung			16 / 54	29,6	10 / 50	20,0
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			665 / 8.136	8,2	720 / 7.844	9,2
Maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts			225 / 692	32,5	233 / 665	35,0

Jahresauswertung 2011 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 69
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.649
Datensatzversion: PNEU 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11401-L75508-P35784

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
2011/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			4,0%	<= 20,0%	AK.1

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: 2011/PNEU/811821
Referenzbereich: <= 20,0%
ID-Bezugskennzahl(en): 2012, 11879, 11880, 11881

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung Vertrauensbereich Referenzbereich			465 / 11.649	4,0% 3,6% - 4,4% <= 20,0%

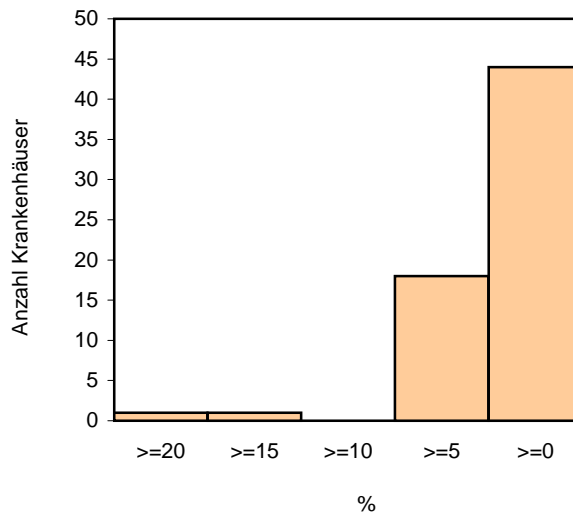
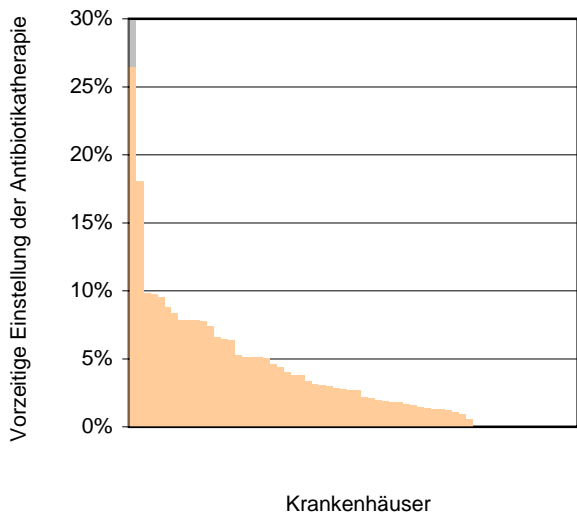
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung Vertrauensbereich			460 / 11.215	4,1% 3,7% - 4,5%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm AK6, Kennzahl-ID 2011/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:

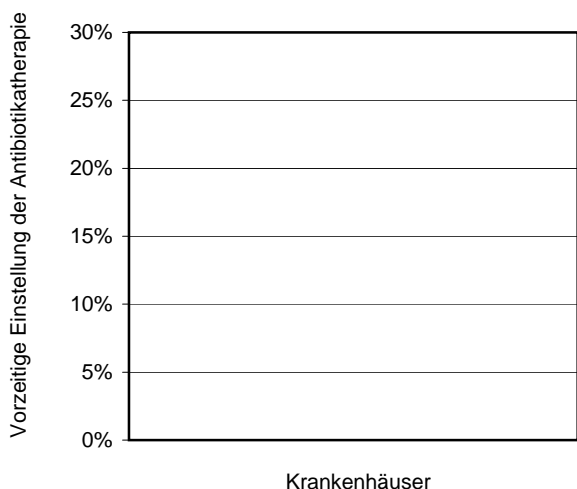
64 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,8	2,7	5,2	8,3	9,8	26,4

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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	0,0	0,0	0,0	0,0

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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2011 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

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 - 12,0%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Einflüsse überdeckt der Vertrauensbereich 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 95%. Als Berechnungsvorschrift kann die DIN ISO 11453 herangezogen werden. Die Umsetzung der Berechnung erfolgte hier jedoch nach DIN 55303 Teil 6. Für die dargestellten Ergebnisse, mit Rundung auf eine Nachkommastelle, ergeben sich dabei praktisch keine Unterschiede.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (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 2011.

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 2011 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2010 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 © 2011. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2010 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2011 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2011 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.

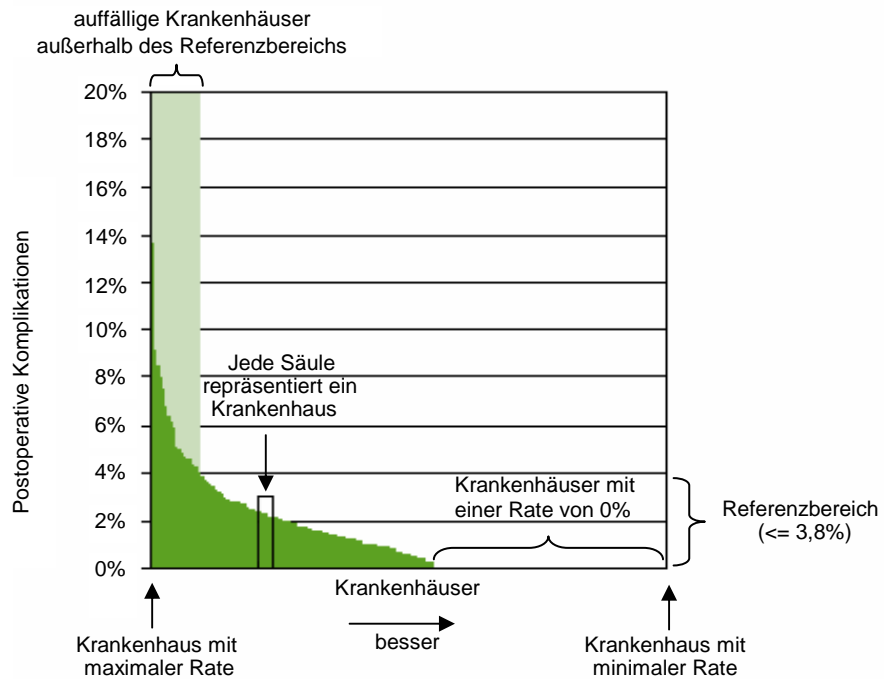
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 Krankenhauseergebnisse 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.

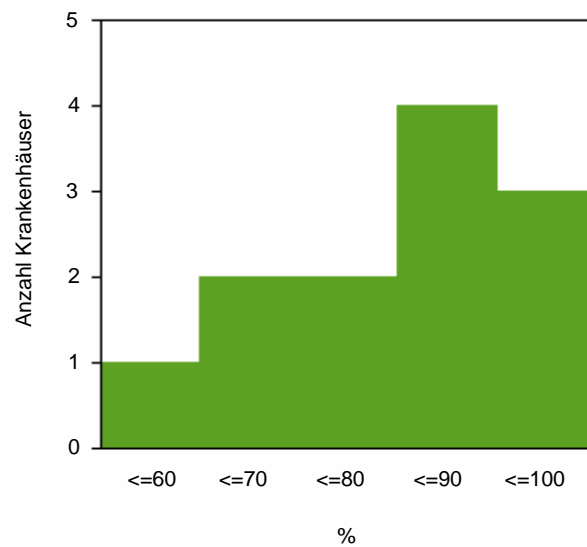
Beispiel:

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 2011/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2011.

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.