

Jahresauswertung 2019 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 77
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.788
Datensatzversion: PNEU 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18454-L116494-P54770

Jahresauswertung 2019
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 77
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.788
Datensatzversion: PNEU 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18454-L116494-P54770

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie							
2019/PNEU/2005							
QI: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			98,69%	>= 95,00%	innerhalb	98,74%	10
2019/PNEU/2006							
TKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)			98,74%	-	-	98,75%	10
2019/PNEU/2007							
TKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)			96,32%	-	-	98,07%	10
2019/PNEU/2009							
QI: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme			94,63%	>= 90,00%	innerhalb	94,23%	15

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/PNEU/2013							
QI: Frühmobilisation nach Aufnahme			95,55%	>= 90,00%	innerhalb	95,47%	18
2019/PNEU/2028							
QI: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			97,65%	>= 95,00%	innerhalb	95,15%	21
2019/PNEU/2036							
TKez: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			98,70%	-	-	98,71%	24

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus							
2019/PNEU/50778							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			0,93	<= 1,88	innerhalb	1,03	27
2019/PNEU/231900							
TKez: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)			12,99%	-	-	14,83%	30
2019/PNEU/50722							
QI: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			97,50%	>= 95,00%	innerhalb	96,41%	32

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/PNEU/811822 Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit			6,44%	<= 16,79%	innerhalb	8,14%	34
2019/PNEU/811825 Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			16,28%	<= 29,77%	innerhalb	17,03%	36
2019/PNEU/811826 Häufige Angabe von >= 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			10,76%	<= 21,14%	innerhalb	11,94%	38
2019/PNEU/851900 Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben			12,84%	<= 50,00%	innerhalb	12,99%	40

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt „Beschlüsse“ ersichtlich ist.

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 bereits in der Auswertung für das Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt wurden, bezieht sich diese Auswertung nur auf Patientinnen und Patienten, die 2019 aufgenommen und 2019 entlassen wurden. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 sind daher mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für den Qualitätsindikator

- Frühmobilisation

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

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Indexes 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 Patientinnen und Patienten in die Risikoklassen:

1. Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit niedrig: ca. 1,20%)
2. Risikoklasse 2 = 1 - 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit mittel: ca. 8,15%)
3. Risikoklasse 3 = 3 - 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit hoch: ca. 31,00%)

Beatmete Patientinnen und Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

Im Datensatz für das Erfassungsjahr 2008 ist erstmals folgendes Datenfeld aufgenommen worden (Datenfeld 22):

"Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?"¹

Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel „nur palliative Zielsetzung“ oder „therapia minima“ dokumentiert ist. Hinweise wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ sind nicht ausreichend.

Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren (vgl. Datensatz und Ausfüllhinweise).

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

Bei folgenden Indikatoren und Kennzahlen werden Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (Datenfeld 22 = ja) ausgeschlossen:

- o Antimikrobielle Therapie,
- o Frühmobilisation,
- o Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien und
- o Klinische Stabilitätskriterien

¹ Datenfeldbeschriftung in 2017 geändert (siehe Datensatz oder Spezifikation 2017 V05)

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel:	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
	Gruppe 2:	Transparenzkennzahl
	Gruppe 3:	Transparenzkennzahl
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/PNEU/2005
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2019/PNEU/2006
Kennzahl-ID:	Gruppe 3:	2019/PNEU/2007
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,00%

Krankenhaus 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		

Gesamt 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	12.620 / 12.788	12.332 / 12.489	288 / 299
	98,69%	98,74%	96,32%
Vertrauensbereich	98,47% - 98,87%	98,53% - 98,92%	93,53% - 97,93%
Referenzbereich	>= 95,00%		

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	14.909 / 15.100	14.502 / 14.685	407 / 415
	98,74%	98,75%	98,07%
Vertrauensbereich	98,54% - 98,90%	98,56% - 98,92%	96,24% - 99,02%

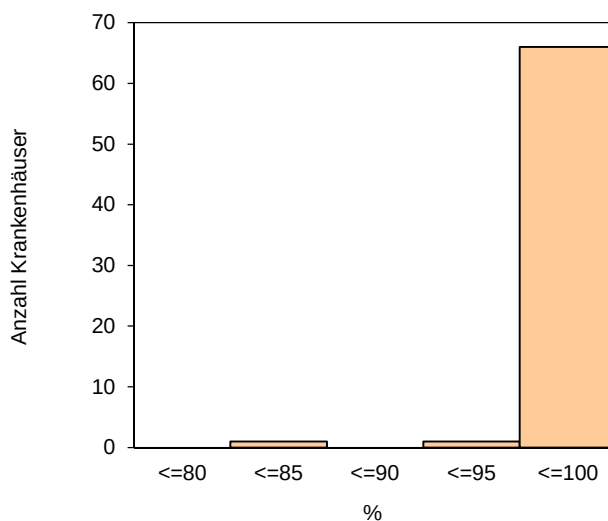
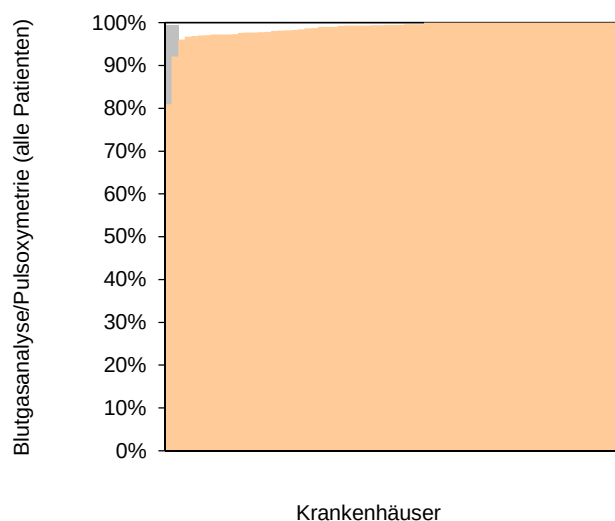
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2019/PNEU/2005]:

Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

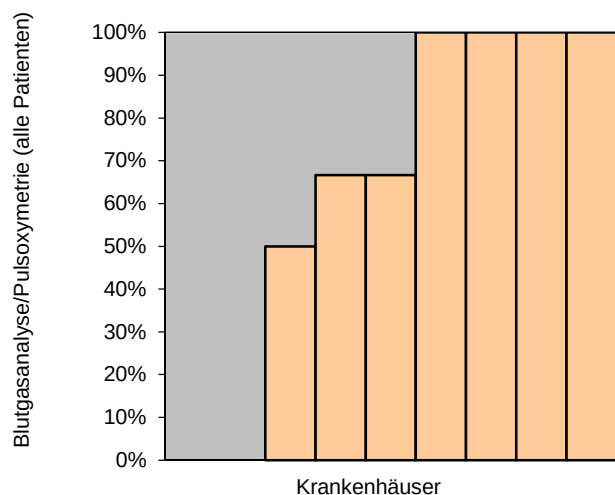
68 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,95	96,78	97,12	98,15	99,51	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			50,00	66,67	100,00			100,00

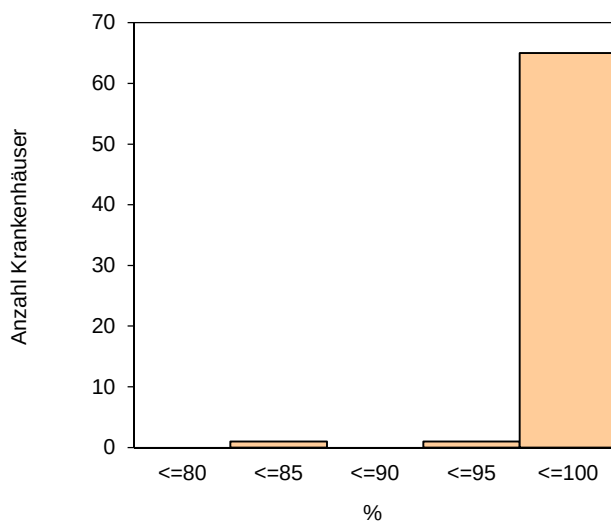
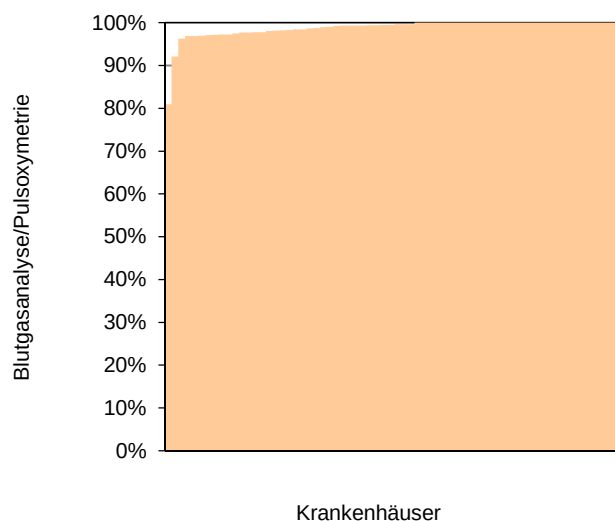
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b_TKz_2006, Kennzahl-ID 2019/PNEU/2006]:

Anteil von Patientinnen und Patienten bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

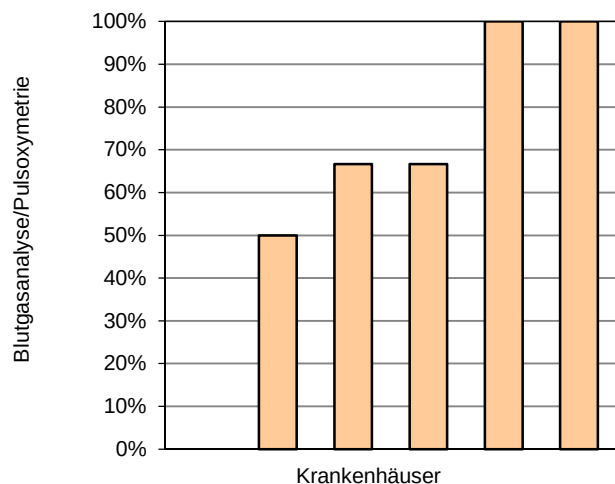
67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,95	96,90	97,12	98,15	99,51	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			50,00	66,67	100,00			100,00

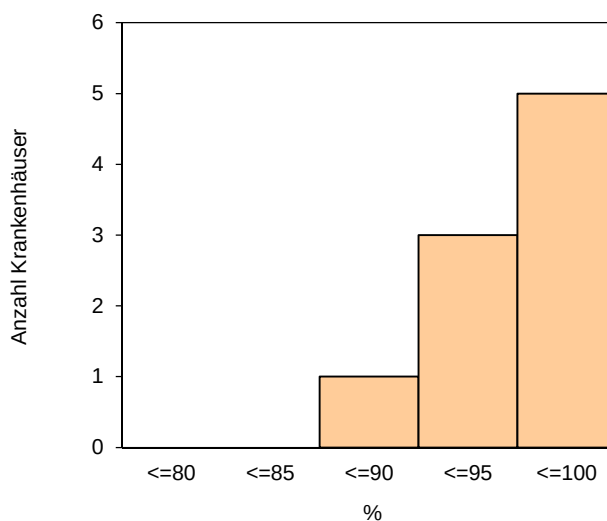
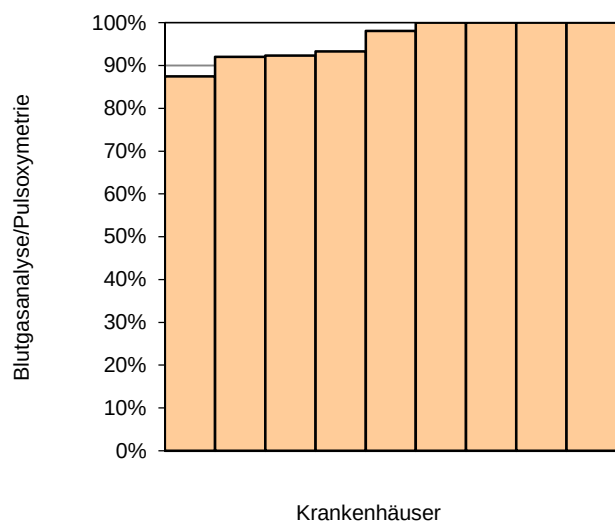
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c_TKz_2007, Kennzahl-ID 2019/PNEU/2007]:

Anteil von Patientinnen und Patienten bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

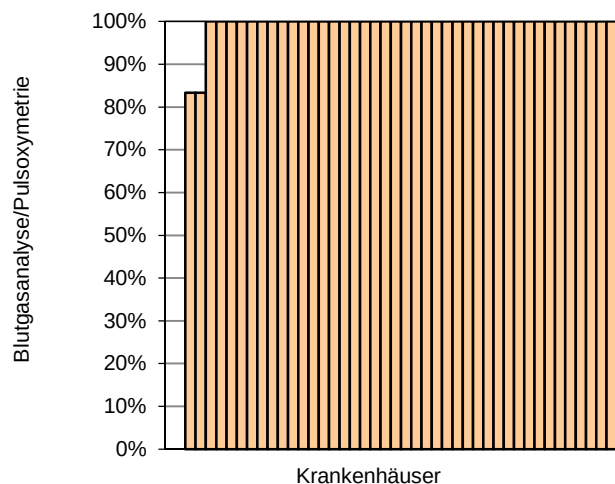
9 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,50			92,31	98,08	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

44 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

24 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 3:	Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Art des Wertes:	Gruppe 2:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 2:	2019/PNEU/2009
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	10.952 / 11.580	10.695 / 11.302	257 / 278
Vertrauensbereich	94,58%	94,63%	92,45%
Referenzbereich		94,20% - 95,03%	
		>= 90,00%	
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie	118 / 11.580	114 / 11.302	4 / 278
	1,02%	1,01%	1,44%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich			
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich	12.743 / 13.535 94,15%	12.393 / 13.152 94,23% 93,82% - 94,61%	350 / 383 91,38%
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie	141 / 13.535 1,04%	127 / 13.152 0,97%	14 / 383 3,66%

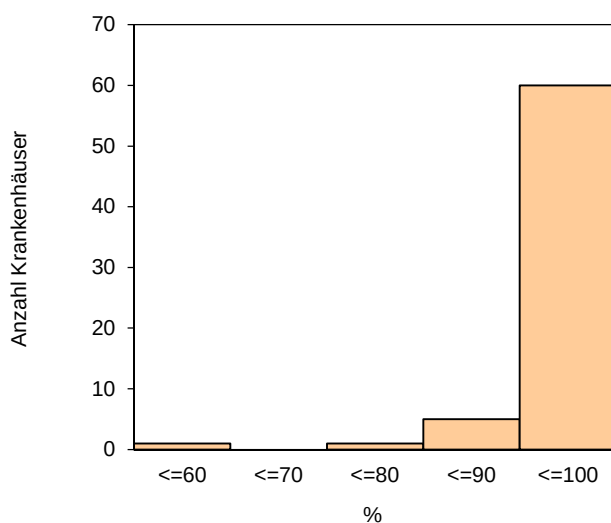
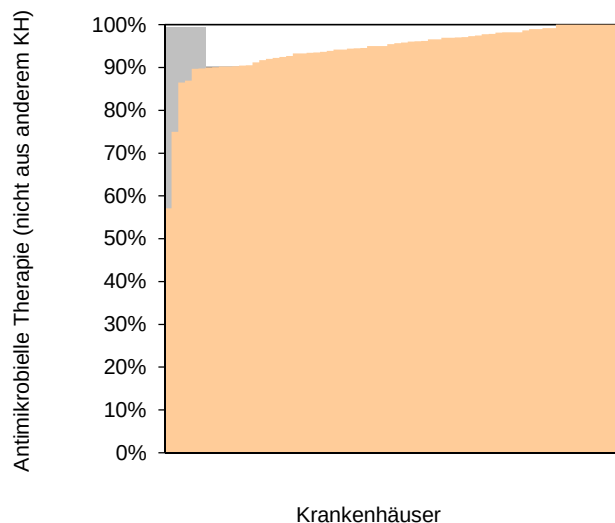
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/PNEU/2009]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

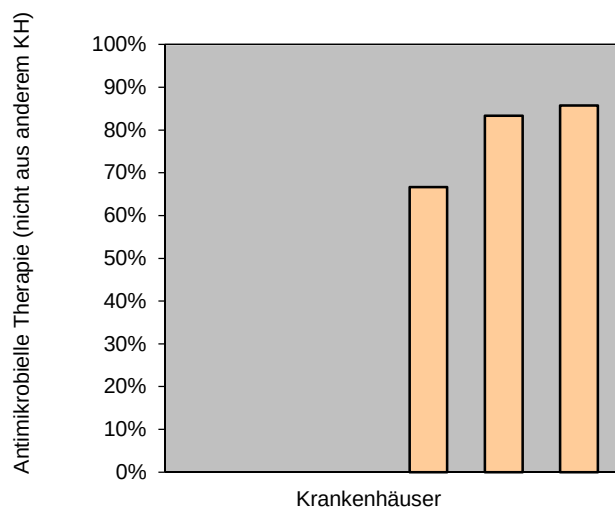
67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,14	86,93	90,00	92,26	95,48	98,21	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	33,33	83,33			85,71

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Frühmobilisation nach Aufnahme

Qualitätsziel: Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			8.259 / 8.619	95,82%

Risikoklassen nach Index CRB-65

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

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

Art des Wertes: Risikoklasse 2: Qualitätsindikator

Indikator-ID: Risikoklasse 2: 2019/PNEU/2013

Referenzbereich: Risikoklasse 2: >= 90,00%

	Krankenhaus 2019		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 90,00%	

	Gesamt 2019		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.707 / 1.741 98,05%	6.312 / 6.606 95,55%	240 / 272 88,24%
Vertrauensbereich		95,03% - 96,02%	
Referenzbereich		>= 90,00%	

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.869 / 1.903 98,21%	7.147 / 7.486 95,47% 94,98% - 95,92%	270 / 311 86,82%

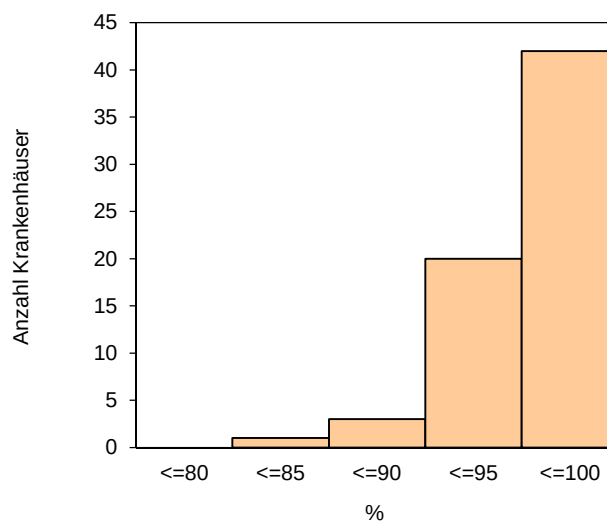
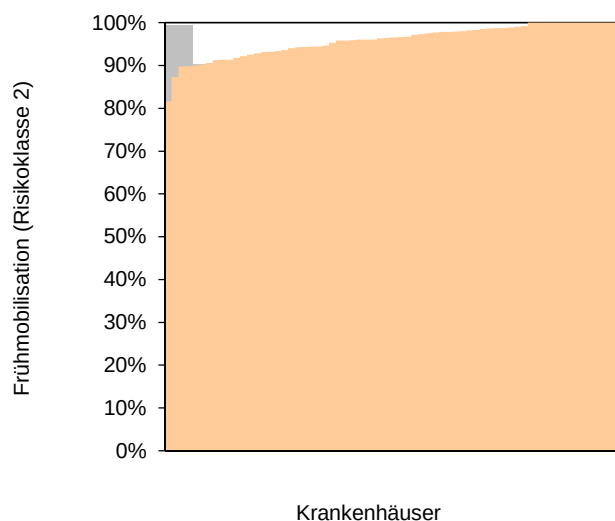
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/PNEU/2013]:

Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an allen lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (nach CRB-65-Index), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte Therapieeinstellung

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

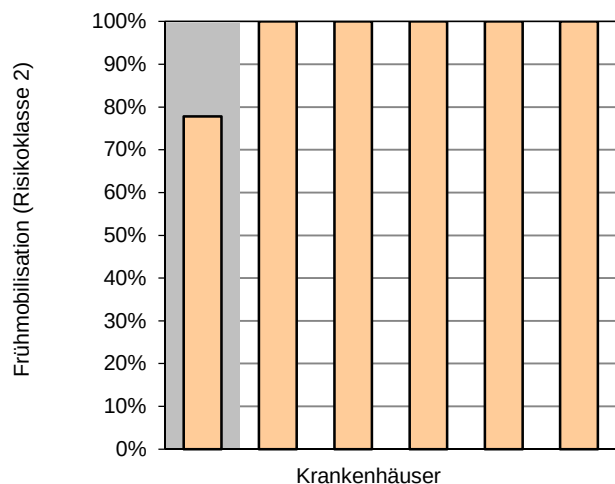
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,63	89,89	90,63	93,40	96,54	98,75	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,78			100,00	100,00	100,00			100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel:	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Grundgesamtheit:	Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe: - 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: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2019/PNEU/2028
Referenzbereich:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			8.176 / 8.373	97,65%
Vertrauensbereich				97,30% - 97,95%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			8.373 / 8.373	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			8.373 / 8.373	100,00%
Spontane Atemfrequenz			8.233 / 8.373	98,33%
Herzfrequenz			8.363 / 8.373	99,88%
Temperatur			8.370 / 8.373	99,96%
Sauerstoffsättigung			8.278 / 8.373	98,87%
Blutdruck systolisch			8.361 / 8.373	99,86%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung Vertrauensbereich			9.146 / 9.612	95,15% 94,70% - 95,56%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			9.612 / 9.612	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			9.612 / 9.612	100,00%
Spontane Atemfrequenz			9.225 / 9.612	95,97%
Herzfrequenz			9.585 / 9.612	99,72%
Temperatur			9.589 / 9.612	99,76%
Sauerstoffsättigung			9.438 / 9.612	98,19%
Blutdruck systolisch			9.584 / 9.612	99,71%

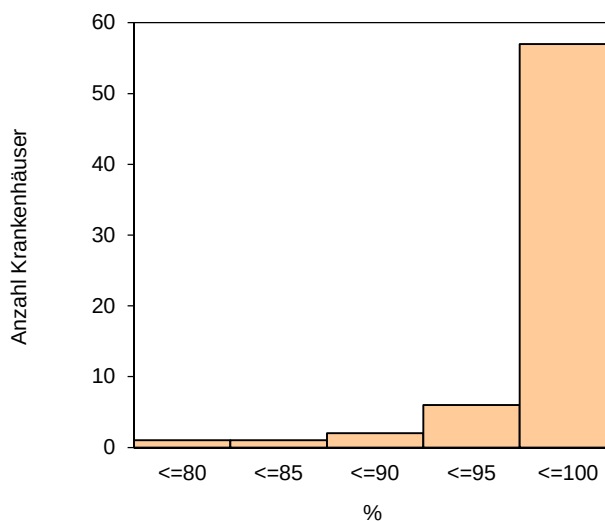
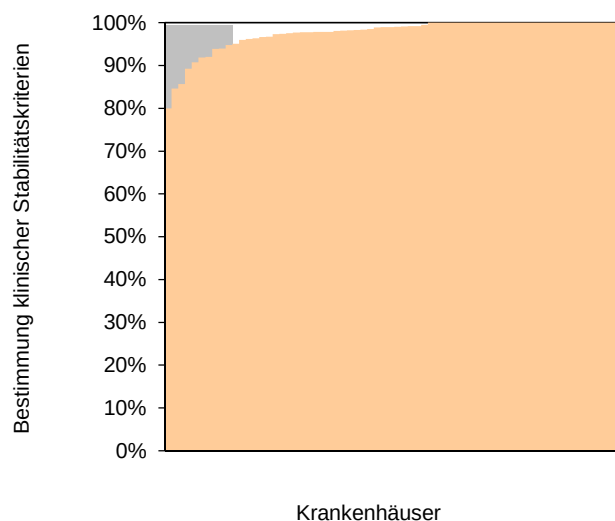
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/PNEU/2028]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

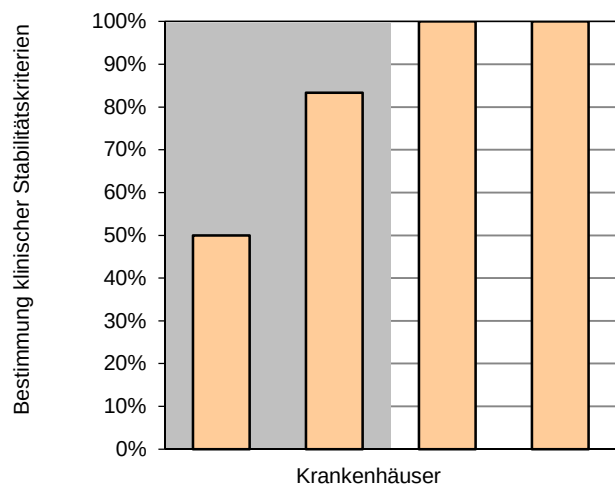
67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00	89,25	92,05	97,37	99,01	100,00	100,00	100,00	100,00

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
	50,00			66,67	91,67	100,00			100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

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

Grundgesamtheit: Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - 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: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2019/PNEU/2036

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			8.063 / 8.169	98,70% 98,43% - 98,93%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			8.133 / 8.169	99,56%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			8.022 / 8.169	98,20%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			8.109 / 8.169	99,27%
Herzfrequenz maximal 100/Min			8.079 / 8.169	98,90%
Temperatur maximal 37,2°C			8.069 / 8.169	98,78%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			7.994 / 8.169	97,86%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			8.081 / 8.169	98,92%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			9.026 / 9.144	98,71% 98,46% - 98,92%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			9.101 / 9.144	99,53%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			8.952 / 9.144	97,90%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			9.079 / 9.144	99,29%
Herzfrequenz maximal 100/Min			9.073 / 9.144	99,22%
Temperatur maximal 37,2°C			9.026 / 9.144	98,71%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			8.907 / 9.144	97,41%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			9.043 / 9.144	98,90%

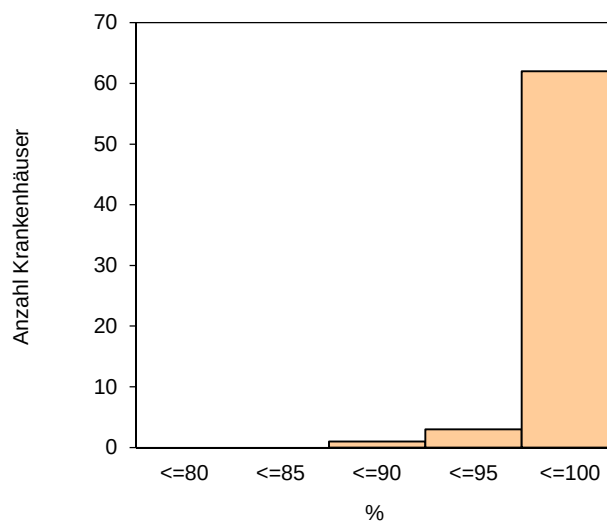
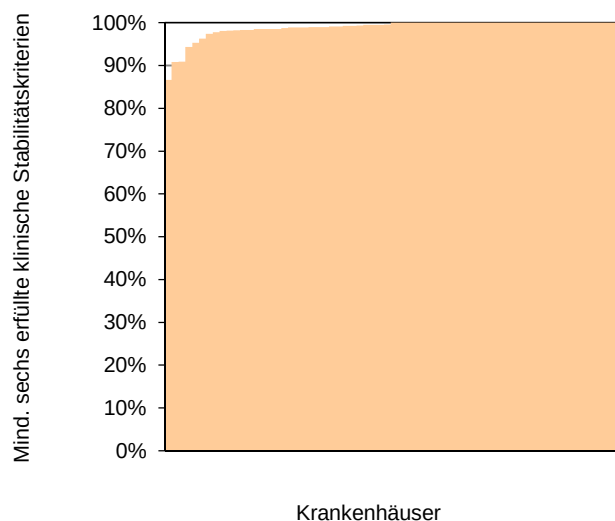
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5_TKez_2036, Kennzahl-ID 2019/PNEU/2036]:

Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen an allen Patientinnen und Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

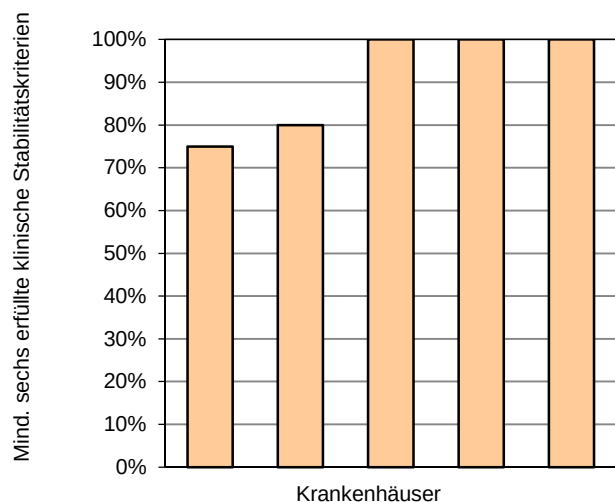
66 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,67	94,34	97,44	98,55	99,78	100,00	100,00	100,00	100,00

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
	75,00			80,00	100,00	100,00			100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/PNEU/50778

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: $\leq 1,88$ (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		818 / 11.580 7,06%
vorhergesagt (E) ²		877,39 / 11.580 7,58%
O - E		-0,51%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		0,93
Vertrauensbereich		0,87 - 1,00
Referenzbereich	$\leq 1,88$	$\leq 1,88$

¹ KKez O_50778: Beobachtete Rate an Todesfällen

² KKez E_50778: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für QI-ID 50778.

³ 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 ¹ verstorbene Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ²		1.111 / 13.535 8,21%
vorhergesagt (E) ³		1.081,12 / 13.535 7,99%
O - E		0,22%
O/E ⁴ Vertrauensbereich		1,03 0,97 - 1,09

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

² KKez O_50778: Beobachtete Rate an Todesfällen

³ KKez E_50778: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für-QI-ID 50778.

⁴ 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.

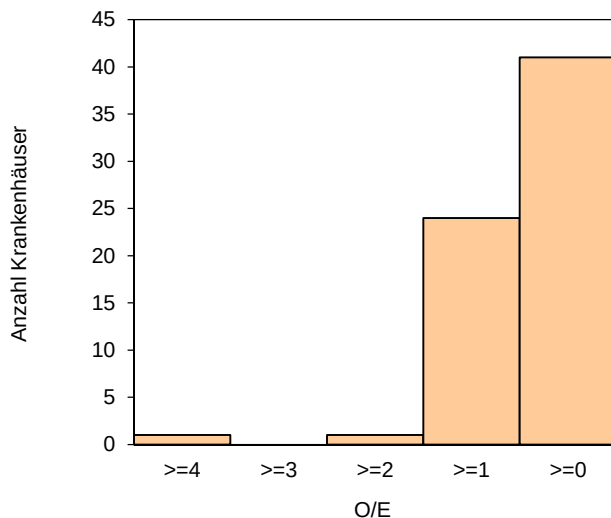
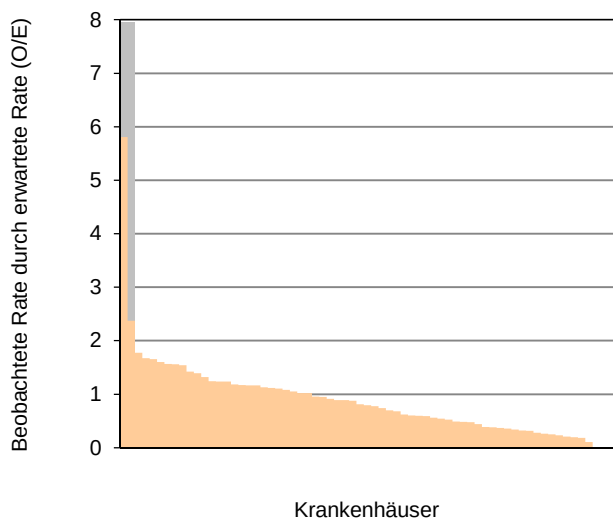
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2019/PNEU/50778]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen an allen Patientinnen und Patienten (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

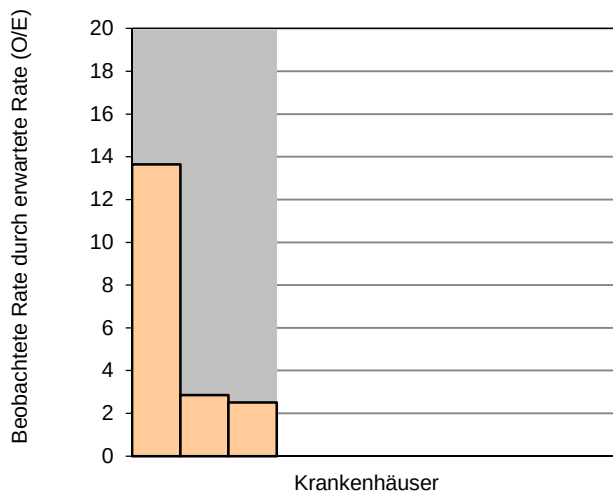
67 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,10	0,21	0,38	0,79	1,17	1,57	1,67	5,81

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	2,51	8,25		13,65

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2019/PNEU/231900

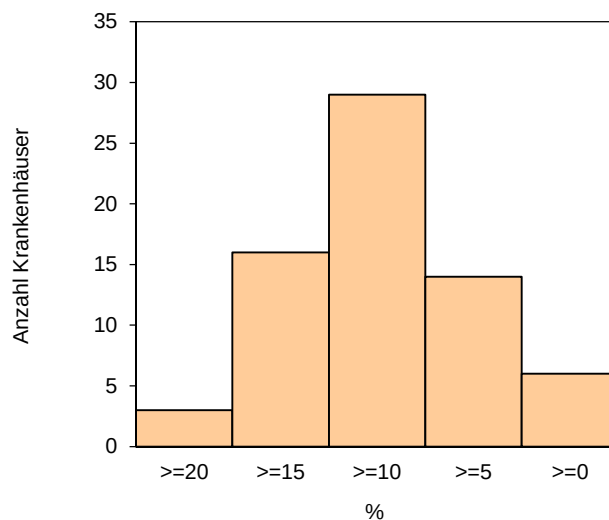
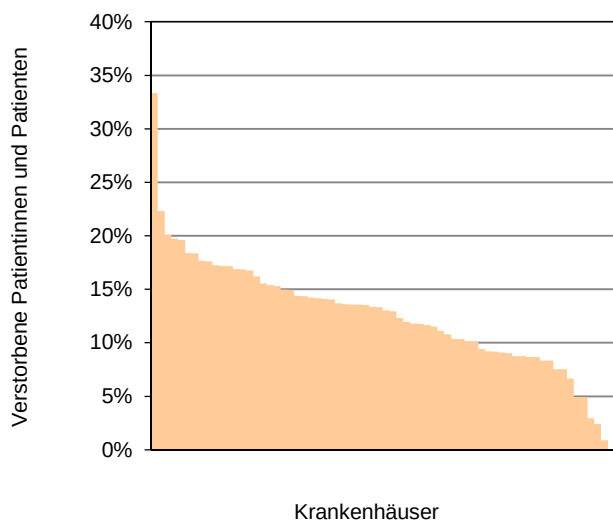
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patientinnen und Patienten Vertrauensbereich			1.661 / 12.788 12,42% - 13,58%	12,99%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patientinnen und Patienten Vertrauensbereich			2.239 / 15.100 14,27% - 15,40%	14,83%

¹ Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet.

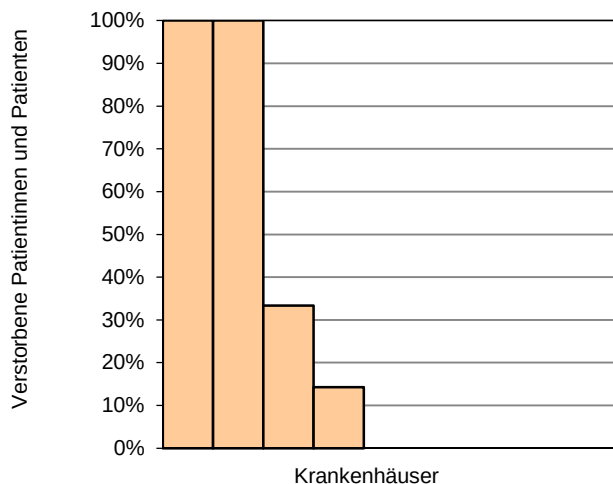
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7_TKez_231900, Indikator-ID 2019/PNEU/231900]:
Anteil von verstorbenen Patientinnen und Patienten an allen Patientinnen und Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
68 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	2,94	6,67	9,13	13,19	15,47	18,36	19,74	33,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	33,33			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Qualitätsziel:	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2019/PNEU/50722
Referenzbereich:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			12.279 / 12.594	97,50%
Vertrauensbereich				97,21% - 97,76%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

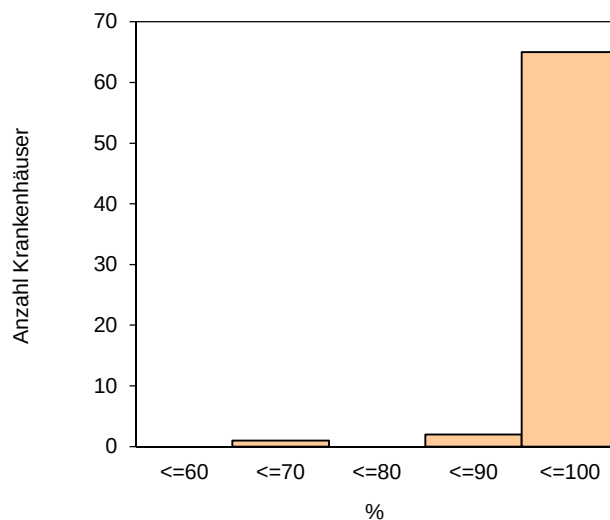
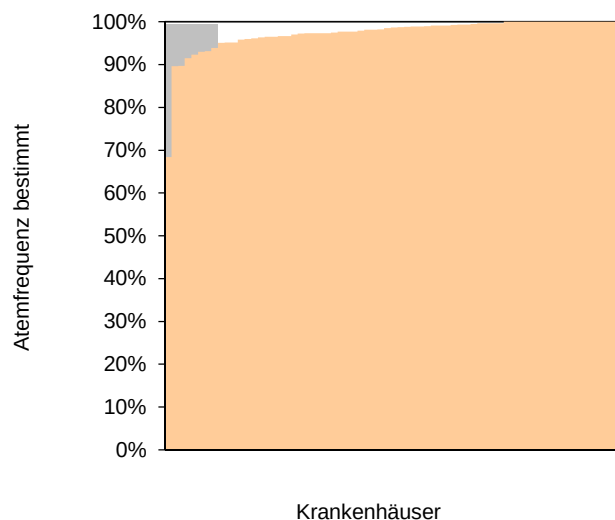
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			14.298 / 14.830	96,41%
Vertrauensbereich				96,10% - 96,70%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/PNEU/50722]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme an allen Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

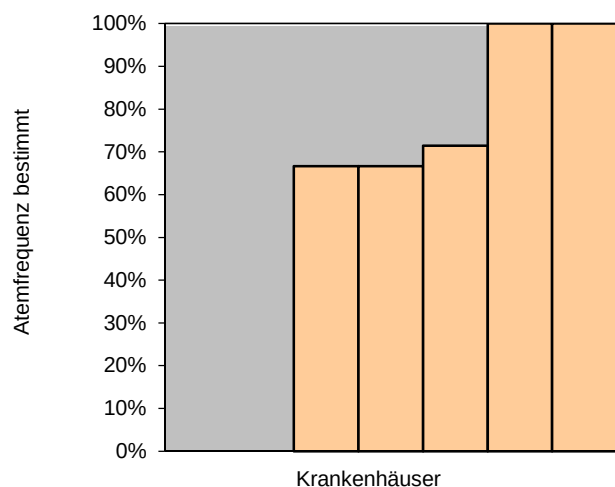
68 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,42	91,53	93,17	96,60	98,62	99,84	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	66,67	100,00			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung

AK-ID: 2019/PNEU/811822

Referenzbereich: <= 16,79% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 2013, 50778

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ ¹			632 / 9.821	6,44%
Vertrauensbereich				5,97% - 6,94%
Referenzbereich		<= 16,79%		<= 16,79%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“			936 / 11.496	8,14%
Vertrauensbereich				7,66% - 8,66%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

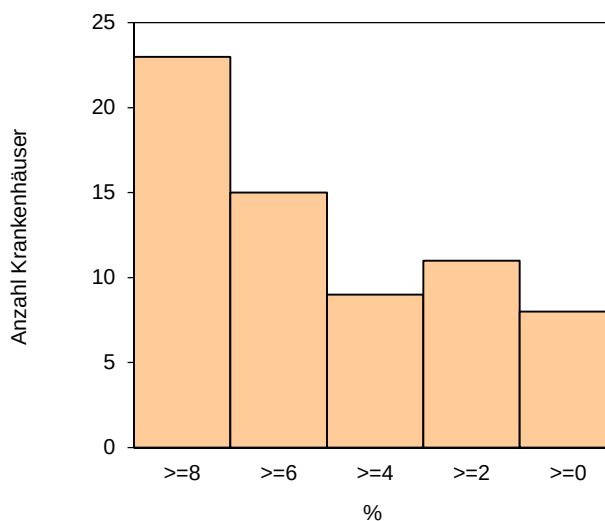
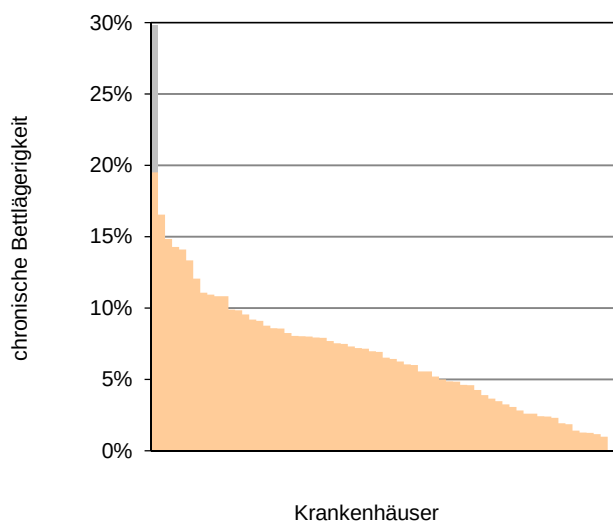
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_811822, AK-ID 2019/PNEU/811822]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ an allen Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

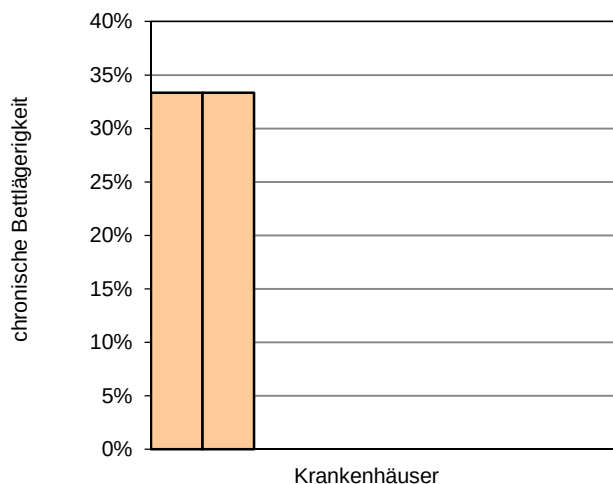
66 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,25	1,85	3,48	6,72	8,77	12,07	14,29	19,51

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
	0,00			0,00	0,00	0,00			33,33

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme

AK-ID: 2019/PNEU/811825

Referenzbereich: <= 29,77% (97%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50778

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen und Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			1.999 / 12.279	16,28%
				15,64% - 16,94%
		<= 29,77%		<= 29,77%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen und Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht Vertrauensbereich			2.435 / 14.298	17,03%
				16,42% - 17,66%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

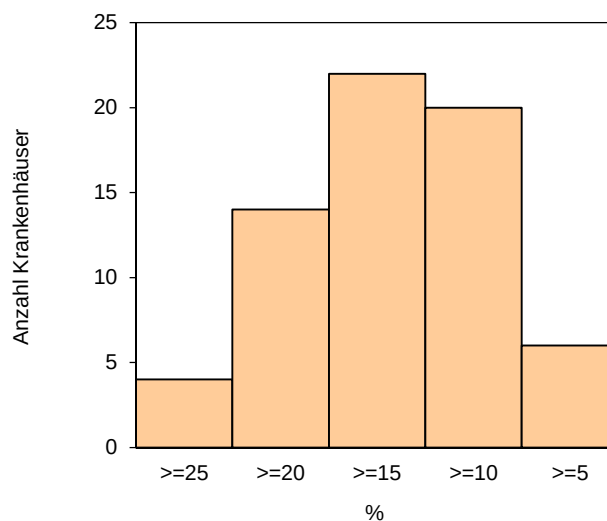
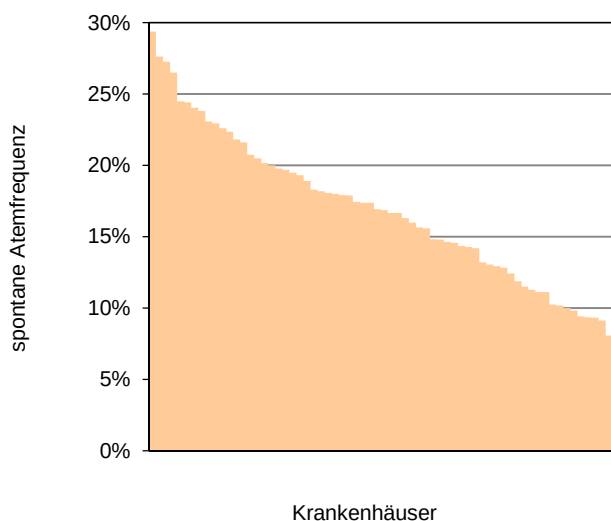
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_811825, AK-ID 2019/PNEU/811825]:

Anteil an Patientinnen und Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht an allen Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

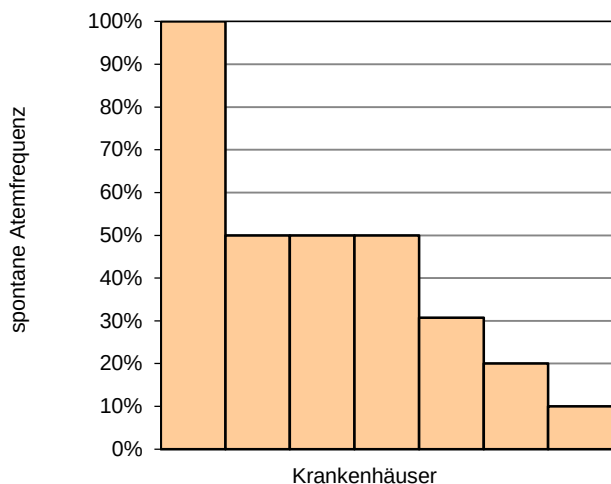
66 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,07	9,36	10,00	12,94	16,89	20,17	24,05	26,52	29,38

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
	10,00			20,00	50,00	50,00			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme

AK-ID: 2019/PNEU/811826

Referenzbereich: $\leq 21,14\%$ (97%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50778

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute ¹			1.321 / 12.279	10,76%
Vertrauensbereich				10,22% - 11,32%
Referenzbereich		$\leq 21,14\%$		$\leq 21,14\%$

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute			1.707 / 14.298	11,94%
Vertrauensbereich				11,42% - 12,48%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

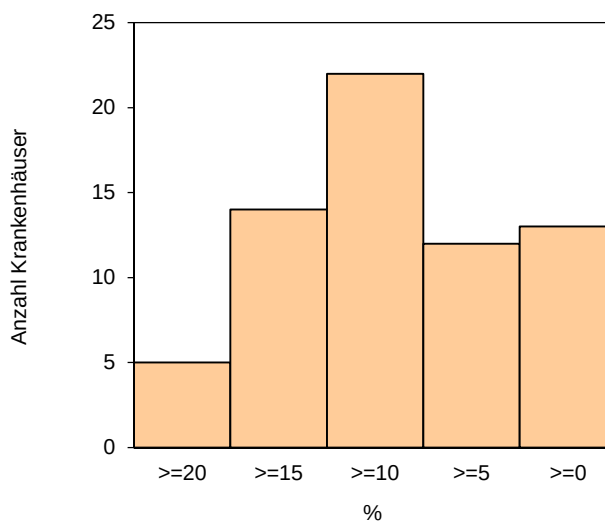
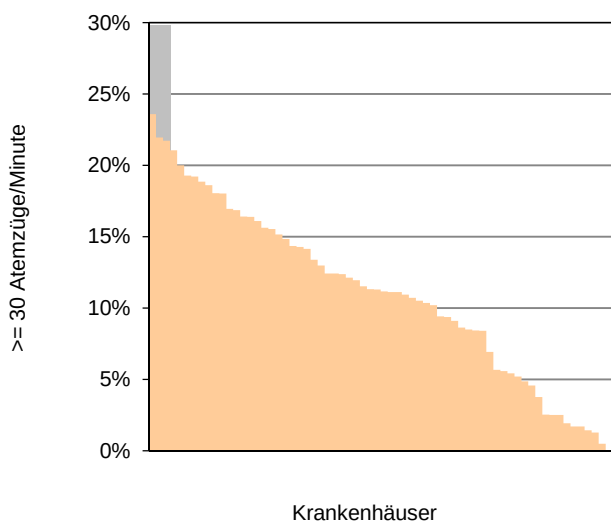
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_811826, AK-ID 2019/PNEU/811826]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute an allen Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

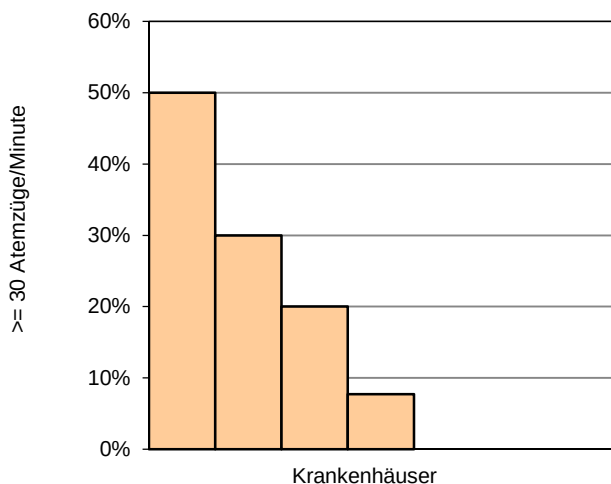
66 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,43	1,91	5,67	11,24	15,64	19,23	21,05	23,60

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
	0,00			0,00	7,69	30,00			50,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mindestens 4 Tage war

AK-ID: 2019/PNEU/851900

Referenzbereich: <= 50,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 2009, 2013, 2028, 50778

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum ¹			66 / 514	12,84%
Vertrauensbereich				10,22% - 16,01%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum			87 / 670	12,99%
Vertrauensbereich				10,65% - 15,74%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 4 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

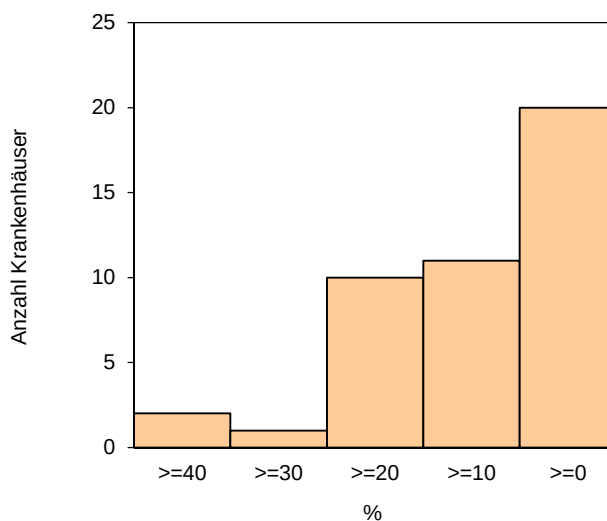
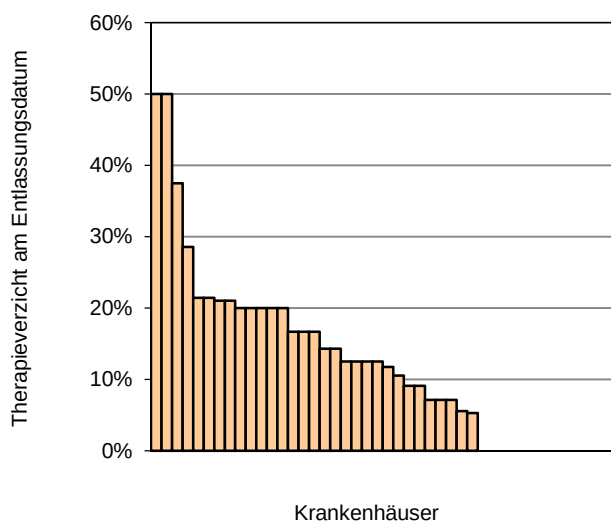
² Auffälligkeitskriterium wurde im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_851900, AK-ID 2019/PNEU/851900]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum an allen Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mindestens 4 Tage war

Krankenhäuser mit mindestens 4 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

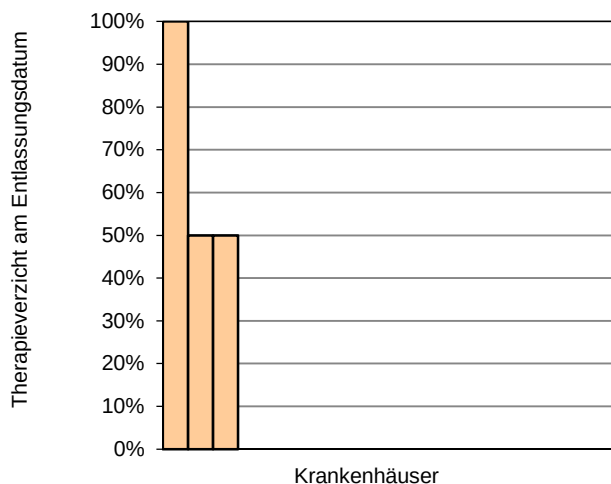
44 Krankenhäuser haben mindestens 4 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	12,13	20,00	21,43	37,50	50,00

Krankenhäuser mit weniger als 4 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 4 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	50,00		100,00

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2019 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 77
Anzahl Datensätze Gesamt: 12.788
Datensatzversion: PNEU 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18454-L116494-P54770

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			4.309	33,70	6.214	41,15
2. Quartal			3.292	25,74	3.283	21,74
3. Quartal			2.402	18,78	2.637	17,46
4. Quartal			2.785	21,78	2.966	19,64
Gesamt			12.788		15.100	

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			12.788		15.100	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				8,96		9,25

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
3	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
4	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
5	E86	Volumenmangel
6	R15	Stuhlinkontinenz
7	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	E87.6	Hypokaliämie

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				I10.00	3.939	30,80	I10.00	4.352	28,82
2				J18.9	3.494	27,32	J18.9	3.951	26,17
3				J96.00	2.610	20,41	J18.0	3.348	22,17
4				J18.0	2.573	20,12	E86	3.134	20,75
5				E86	2.516	19,67	J96.00	2.995	19,83
6				R15	2.172	16,98	R15	2.535	16,79
7				E11.90	1.994	15,59	E11.90	2.371	15,70
8				E87.6	1.973	15,43	E87.6	2.353	15,58

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			12.788 / 12.788		15.100 / 15.100	
18 - 19 Jahre			25 / 12.788	0,20	26 / 15.100	0,17
20 - 29 Jahre			149 / 12.788	1,17	191 / 15.100	1,26
30 - 39 Jahre			344 / 12.788	2,69	407 / 15.100	2,70
40 - 49 Jahre			377 / 12.788	2,95	409 / 15.100	2,71
50 - 59 Jahre			1.034 / 12.788	8,09	1.112 / 15.100	7,36
60 - 69 Jahre			1.917 / 12.788	14,99	2.188 / 15.100	14,49
70 - 79 Jahre			3.106 / 12.788	24,29	3.949 / 15.100	26,15
80 - 89 Jahre			4.496 / 12.788	35,16	5.153 / 15.100	34,13
>= 90 Jahre			1.340 / 12.788	10,48	1.665 / 15.100	11,03
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			12.788		15.100	
Median				78,00		78,00
Mittelwert				74,45		74,67
Geschlecht						
männlich			7.594	59,38	8.783	58,17
weiblich			5.194	40,62	6.317	41,83
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Aufnahme

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung¹			2.827	22,11	3.389	22,44
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			299	2,34	415	2,75
Chronische Bettlägerigkeit²			2.298	17,97	2.965	19,64
bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle³						
ja			194	1,52	270	1,79
nein			12.594	98,48	14.830	98,21
wenn nein:						
Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinsstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?⁴						
nein			8.374	66,49	9.615	64,83
ja, pneumoniebedingt			1.303	10,35	1.608	10,84
ja, nicht pneumoniebedingt			2.917	23,16	3.607	24,32
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (Atemzüge/min)						
Anzahl gültiger Angaben			12.279		14.298	
Median				21,00		21,00
Mittelwert				21,74		22,20
nicht bestimmt			315	2,50	532	3,59

¹ Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden.

² Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr - auch nicht mit Hilfe - aufstehen.

³ Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.

⁴ qualitative Beurteilung bei Aufnahme

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blutdruck systolisch (Erste Messung bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			12.594		14.830	
Median				135,00		134,00
Mittelwert				135,74		135,01
Blutdruck diastolisch (Erste Messung bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			12.594		14.830	
Median				75,00		75,00
Mittelwert				75,54		75,00
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			84	0,66	108	0,72
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			12.516	97,87	14.806	98,05
4 bis unter 8 Stunden			104	0,81	103	0,68
8 Stunden und später			84	0,66	83	0,55
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			168	1,31	199	1,32
4 bis unter 8 Stunden			10.987	85,92	12.960	85,83
8 Stunden und später			704	5,51	841	5,57
Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie			555	4,34	725	4,80
			374	2,92	375	2,48

Verlauf

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe))						
keine Mobilisation			1.845	14,43	2.261	14,97
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			10.248	80,14	12.019	79,60
nach 24 Stunden und später			695	5,43	820	5,43
Maschinelle Beatmung¹						
nein			11.634	90,98	13.563	89,82
ja, ausschließlich nicht-invasiv			548	4,29	729	4,83
ja, ausschließlich invasiv			281	2,20	375	2,48
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			325	2,54	433	2,87
Dokumentierter Therapieverzicht						
Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapieziel- setzung festgelegt wurde? ²						
ja			1.208	9,45	1.565	10,36
nein			11.580	90,55	13.535	89,64

¹ nicht invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP, invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle

² Hinweise in der Patientenakte wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ sind nicht ausreichend, um „ja“ anzugeben.

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			11.127 / 12.788	87,01	12.861 / 15.100	85,17
Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, qualitative Beurteilung)						
nein			8.472 / 11.127	76,14	9.764 / 12.861	75,92
ja, pneumoniebedingt			93 / 11.127	0,84	113 / 12.861	0,88
ja, nicht pneumoniebedingt			2.341 / 11.127	21,04	2.744 / 12.861	21,34
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
nein			338 / 11.127	3,04	422 / 12.861	3,28
ja			10.569 / 11.127	94,99	12.199 / 12.861	94,85
Spontane Atemfrequenz (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 24/min			10.547 / 11.127	94,79	11.941 / 12.861	92,85
über 24/min			110 / 11.127	0,99	120 / 12.861	0,93
nicht bestimmt			218 / 11.127	1,96	519 / 12.861	4,04
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			34 / 11.127	0,31	40 / 12.861	0,31
Herzfrequenz (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 100/min			10.744 / 11.127	96,56	12.440 / 12.861	96,73
über 100/min			143 / 11.127	1,29	151 / 12.861	1,17
nicht bestimmt			21 / 11.127	0,19	33 / 12.861	0,26
Temperatur (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 37,8° C ¹			10.744 / 11.127	96,56	12.377 / 12.861	96,24
über 37,8° C ¹			153 / 11.127	1,38	214 / 12.861	1,66
nicht bestimmt			9 / 11.127	0,08	30 / 12.861	0,23

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung (Fortsetzung)

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			11.127 / 12.788	87,01	12.861 / 15.100	85,17
Sauerstoffsättigung (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90%			311 / 11.127	2,80	395 / 12.861	3,07
mindestens 90%			10.444 / 11.127	93,86	11.981 / 12.861	93,16
nicht bestimmt			152 / 11.127	1,37	245 / 12.861	1,90
Blutdruck systolisch (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90 mmHg			143 / 11.127	1,29	205 / 12.861	1,59
mindestens 90 mmHg			10.744 / 11.127	96,56	12.376 / 12.861	96,23
nicht bestimmt			19 / 11.127	0,17	39 / 12.861	0,30

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8.377	65,51	9.627	63,75
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			173	1,35	183	1,21
03: aus sonstigen Gründen			17	0,13	22	0,15
04: gegen ärztlichen Rat			156	1,22	182	1,21
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			467	3,65	501	3,32
07: Tod			1.661	12,99	2.239	14,83
08: Verlegung nach § 14			6	0,05	10	0,07
09: in Rehabilitationseinrichtung			104	0,81	151	1,00
10: in Pflegeeinrichtung			1.770	13,84	2.128	14,09
11: in Hospiz			8	0,06	5	0,03
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,02	4	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			7	0,05	6	0,04
15: gegen ärztlichen Rat			7	0,05	3	0,02
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			33	0,26	39	0,26
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|---|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> | <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>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</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p> |
|---|---|

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			8.997	80,86	10.444	81,21
davon						
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			312	3,47	385	3,69

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.661 / 12.788	12,99	2.239 / 15.100	14,83
18 - 19 Jahre			1 / 25	4,00	0 / 26	0,00
20 - 29 Jahre			3 / 149	2,01	3 / 191	1,57
30 - 39 Jahre			4 / 344	1,16	7 / 407	1,72
40 - 49 Jahre			6 / 377	1,59	15 / 409	3,67
50 - 59 Jahre			57 / 1.034	5,51	80 / 1.112	7,19
60 - 69 Jahre			168 / 1.917	8,76	169 / 2.188	7,72
70 - 79 Jahre			346 / 3.106	11,14	526 / 3.949	13,32
80 - 89 Jahre			750 / 4.496	16,68	1.011 / 5.153	19,62
>= 90 Jahre			326 / 1.340	24,33	428 / 1.665	25,71
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung ¹			697 / 2.827	24,66	972 / 3.389	28,68
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ²			84 / 194	43,30	115 / 270	42,59
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			41 / 299	13,71	73 / 415	17,59
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			1.620 / 12.489	12,97	2.166 / 14.685	14,75
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ²			12 / 38	31,58	18 / 67	26,87
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			923 / 9.662	9,55	1.194 / 11.296	10,57

¹ Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden.

² Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Patienten mit:						
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts ¹			416 / 1.154	36,05	547 / 1.537	35,59
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			147 / 548	26,82	183 / 729	25,10
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			143 / 281	50,89	187 / 375	49,87
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			126 / 325	38,77	177 / 433	40,88

¹ nicht-Invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP, invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.661 / 12.788	12,99	2.239 / 15.100	14,83
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung ¹			818 / 11.580	7,06	1.111 / 13.535	8,21
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung ²			307 / 2.227	13,79	441 / 2.612	16,88
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ³			37 / 140	26,43	55 / 206	26,70
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung			25 / 278	8,99	47 / 383	12,27
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			793 / 11.302	7,02	1.064 / 13.152	8,09
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ³			8 / 33	24,24	13 / 61	21,31
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitations- einrichtung und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			486 / 9.075	5,36	623 / 10.540	5,91

¹ Hinweise in der Patientenakte wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ sind nicht ausreichend, um „ja“ anzugeben.

² Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden.

³ Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Patienten mit:						
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes ¹			189 / 895	21,12	276 / 1.234	22,37
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			59 / 444	13,29	64 / 591	10,83
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			66 / 196	33,67	100 / 281	35,59
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			64 / 255	25,10	112 / 362	30,94

¹ nicht-invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP, invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhauseergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (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) sowie die grafische Darstellung der Krankenhauseergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. 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. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. 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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

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)

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs hier „Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator 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“.

3.1 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ 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 2019.

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.

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)

10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (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 $\leq 2,50\%$

ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).

Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$

ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).

Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 IQTIG, Berlin © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

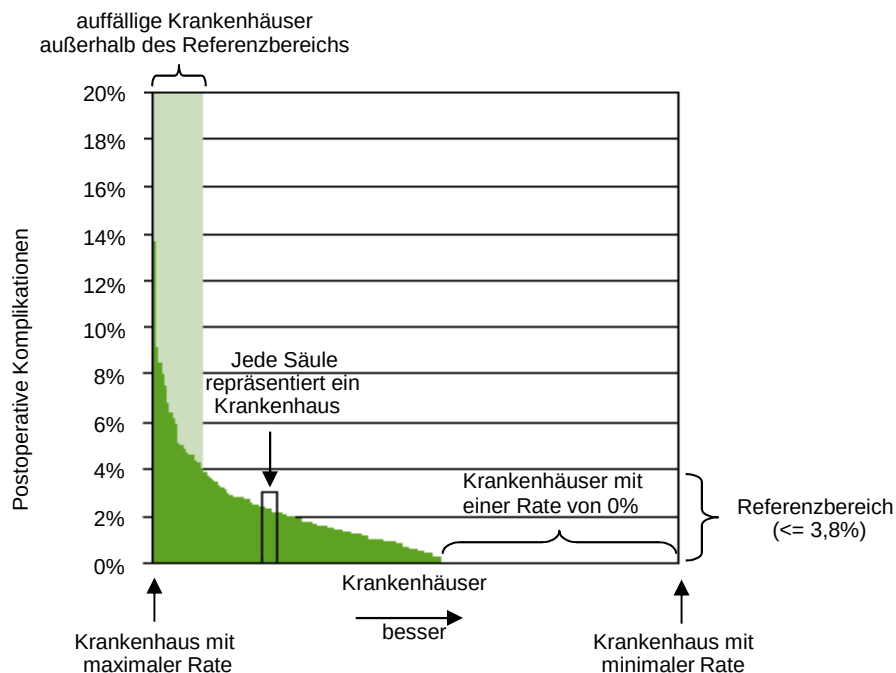
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



5.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhauseergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte 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.

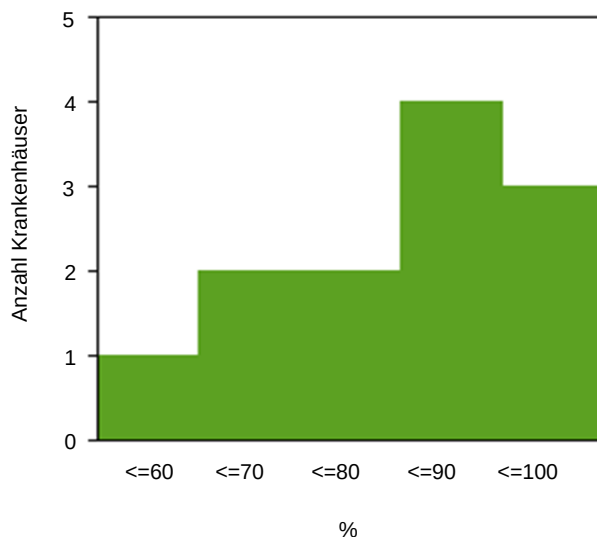
Beispiel:

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 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)

6. 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.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

7. Sonstiges

7.1 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.

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

7.3 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.

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator/Gruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen (EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

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 sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.