

# Jahresauswertung 2018 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 84  
Anzahl Datensätze Gesamt: 16.243  
Datensatzversion: PNEU 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17734-L112573-P53631

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2019 und  
des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

Jahresauswertung 2018  
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 84  
Anzahl Datensätze Gesamt: 16.243  
Datensatzversion: PNEU 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17734-L112573-P53631

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>Gruppe: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>							
2018/PNEU/2005							
<b>QI: Alle Patienten</b>			98,05%	>= 95,00%	innerhalb	98,61%	11
2018/PNEU/2006							
<b>TKez: Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden</b>			98,04%	-	-	98,66%	11
2018/PNEU/2007							
<b>TKez: Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden</b>			98,28%	-	-	97,24%	11
2018/PNEU/2009							
<b>QI: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>			93,55%	>= 90,00%	innerhalb	94,84%	16

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/PNEU/2013 <b>QI: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)</b>			91,99%	>= 90,00%	innerhalb	93,32%	19
2018/PNEU/2028 <b>QI: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>			94,14%	>= 95,00%	außerhalb	94,94%	22
2018/PNEU/2036 <b>TKez: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>			98,21%	-	-	98,32%	25

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/PNEU/50778							
<b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>			1,12	<= 1,58	innerhalb	1,05	28
2018/PNEU/50722							
<b>QI: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>			95,65%	>= 95,00%	innerhalb	97,14%	30

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. 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 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/PNEU/811821 <b>Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde</b>			10,56%	<= 30,00%	innerhalb	10,57%	32
2018/PNEU/811822 <b>Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit</b>			10,43%	<= 17,80%	innerhalb	11,49%	34
2018/PNEU/811825 <b>Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“</b>			19,16%	<= 31,99%	innerhalb	18,05%	36

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/PNEU/811826 <b>Häufige Angabe von &gt;= 30 Atem- zügen pro Minute bei „spontane Atem- frequenz bei Aufnahme“</b>			8,39%	<= 22,93%	innerhalb	8,61%	38
2018/PNEU/811827 <b>Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>			0,73%	<= 10,00%	innerhalb	0,72%	40

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. 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 2018 wurden erstmals 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 „KK“ oder „TK“ 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.

## **Auswertungseinheiten (Standorte)**

---

Standortbezogene Auswertungen werden ab dem Verfahrensjahr 2018 nicht mehr nach der Auswertungseinheit STANDORT (entlassender Standort), sondern nach dem aufnehmenden Standort vorgenommen. Bei Einrichtungen mit mehreren Standorten können hierdurch Vorjahresergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sein.



## 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 $\geq 65$ 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?"<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> Datenfeldbeschriftung in 2017 geändert (siehe Datensatz oder Spezifikation 2017 V05)

**Gruppe: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**

<b>Qualitätsziel:</b>	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten, die <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
	Gruppe 2:	Transparenzkennzahl
	Gruppe 3:	Transparenzkennzahl
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2018/PNEU/2005
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 2:	2018/PNEU/2006
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 3:	2018/PNEU/2007
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2018		
	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	>= 95,00%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	15.926 / 16.243 98,05%	15.356 / 15.663 98,04%	570 / 580 98,28%
Vertrauensbereich	97,82% - 98,25%	97,81% - 98,25%	96,86% - 99,06%
Referenzbereich	>= 95,00%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	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			

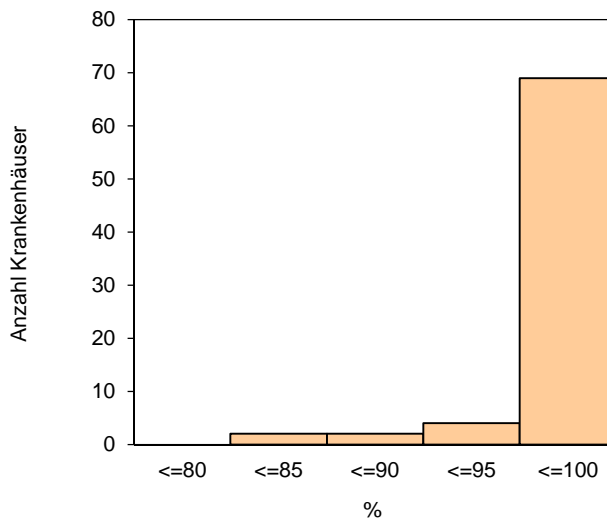
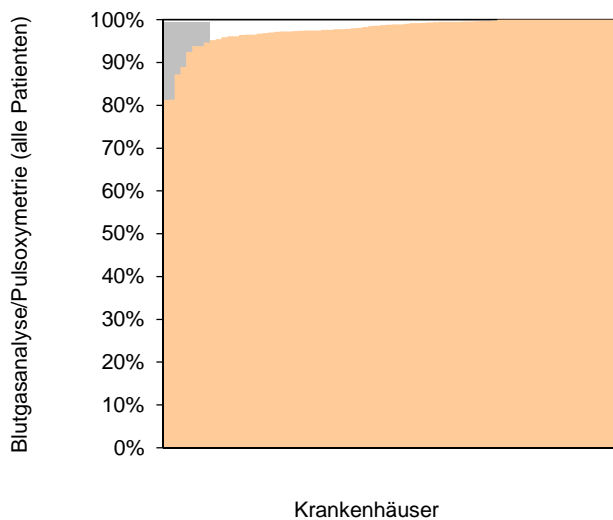
Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	15.578 / 15.797 98,61% 98,42% - 98,78%	15.049 / 15.253 98,66% 98,47% - 98,83%	529 / 544 97,24% 95,50% - 98,32%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2018/PNEU/2005]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

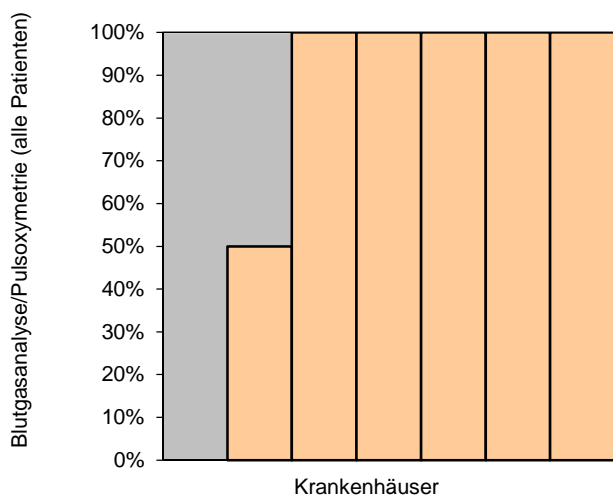
77 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,25	88,96	94,64	97,18	98,81	100,00	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.

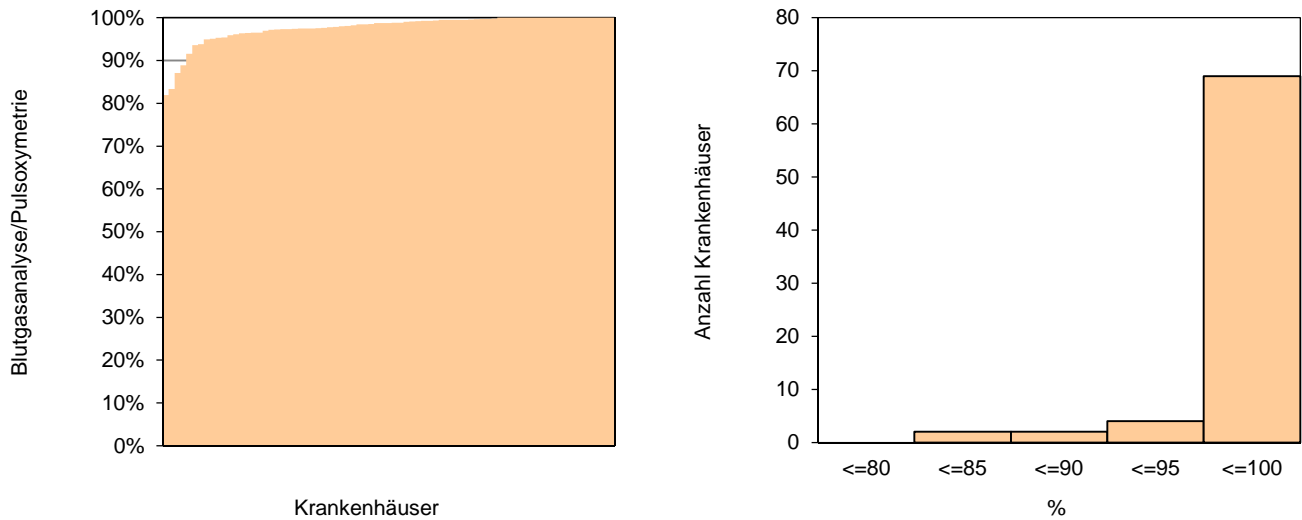


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			50,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

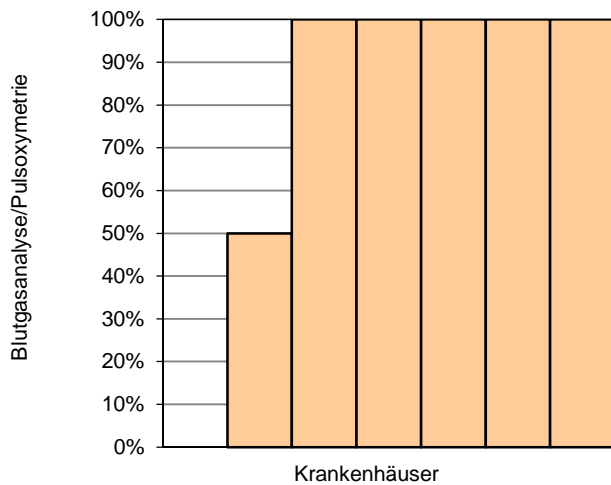
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b\_TK\_2006, Kennzahl-ID 2018/PNEU/2006]:  
 Anteil von Patienten bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,90	88,89	94,97	97,27	98,80	100,00	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			50,00	100,00	100,00			100,00

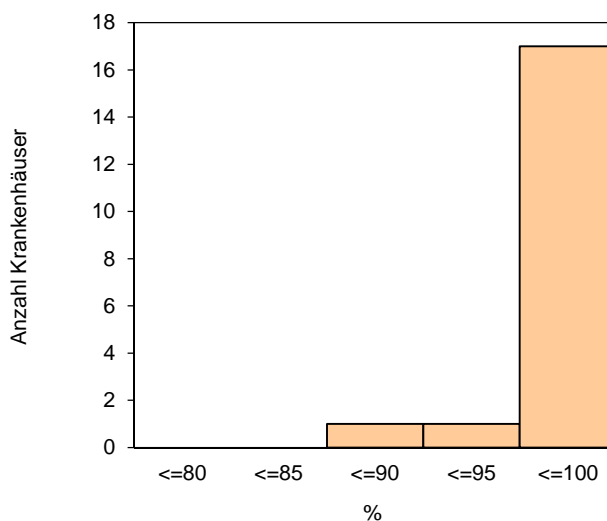
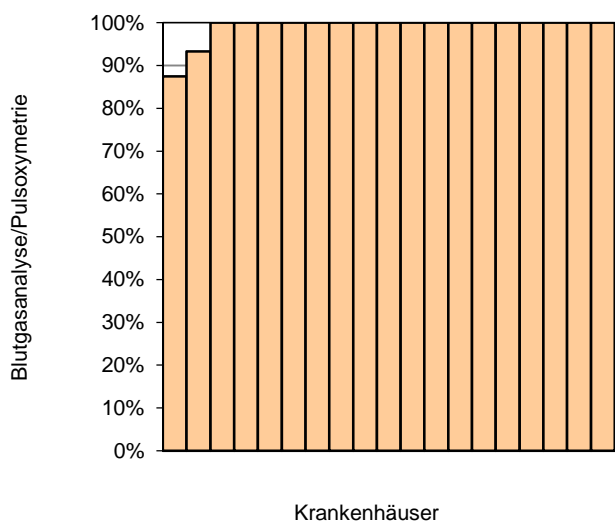
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c\_TK\_2007, Kennzahl-ID 2018/PNEU/2007]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

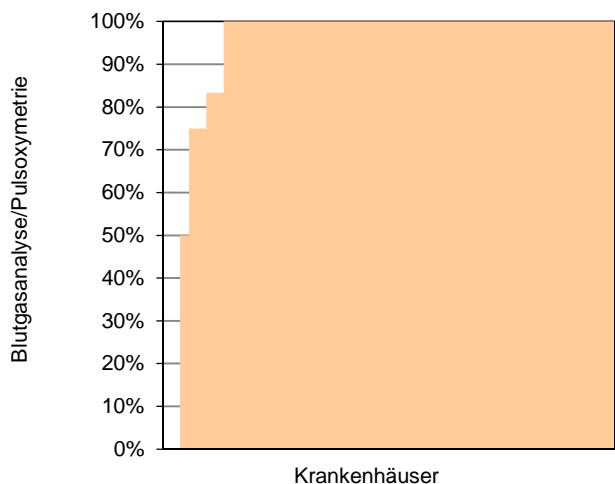
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,50		93,33	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

52 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	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Patienten, die <b>nicht</b> 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)
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 2:	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 2:	2018/PNEU/2009
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 2:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich Referenzbereich  Patienten ohne antimikrobielle Therapie		 >= 90,00%	

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich Referenzbereich  Patienten ohne antimikrobielle Therapie	13.594 / 14.527 93,58%	13.123 / 14.028 93,55% 93,13% - 93,94% >= 90,00%	471 / 499 94,39%
	164 / 14.527 1,13%	151 / 14.028 1,08%	13 / 499 2,61%



Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich			
Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

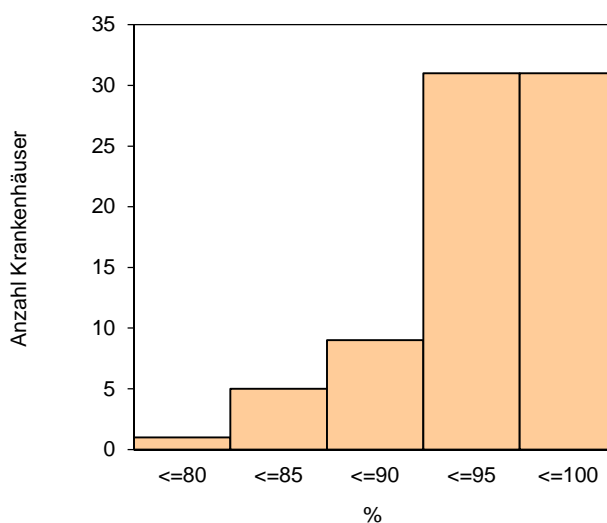
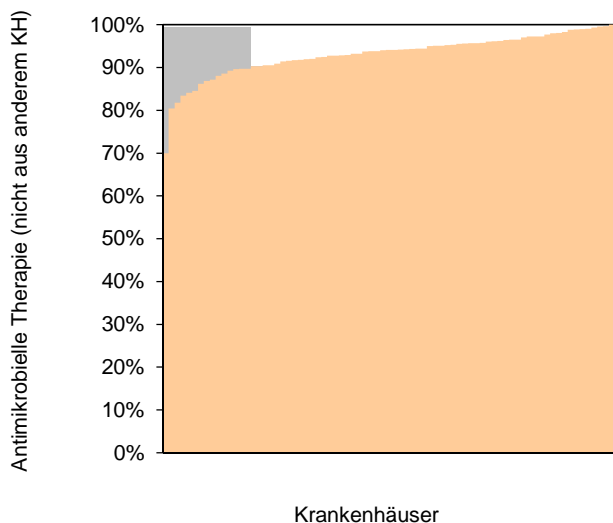
Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich	13.391 / 14.127 94,79%	12.949 / 13.654 94,84% 94,45% - 95,20%	442 / 473 93,45%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	118 / 14.127 0,84%	112 / 13.654 0,82%	6 / 473 1,27%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/PNEU/2009]:**

**Anteil von 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 Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

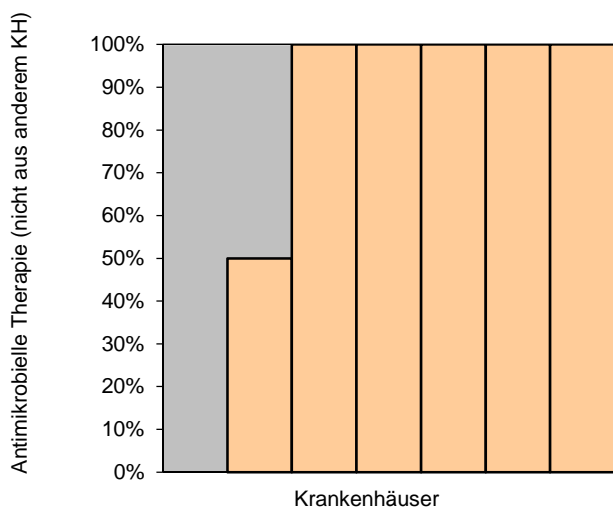
77 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,00	83,44	86,86	90,91	94,12	96,20	98,82	99,33	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			50,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)**

**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 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			9.640 / 10.393	92,75%

**Risikoklassen nach Index 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 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: 2018/PNEU/2013

**Referenzbereich:** Risikoklasse 2: >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich Referenzbereich			>= 90,00%

	Gesamt 2018		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich Referenzbereich	2.158 / 2.232 96,68%	7.324 / 7.962 91,99% 91,37% - 92,56% >= 90,00%	158 / 199 79,40%

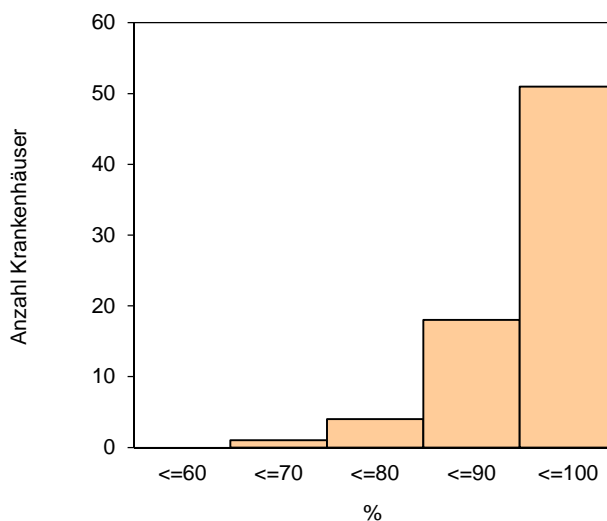
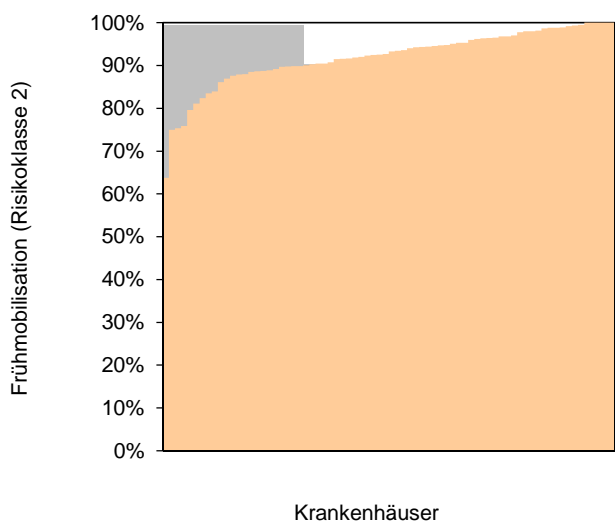
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	2.038 / 2.109 96,63%	7.198 / 7.713 93,32%	155 / 213 72,77%
		92,74% - 93,86%	

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/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-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:**

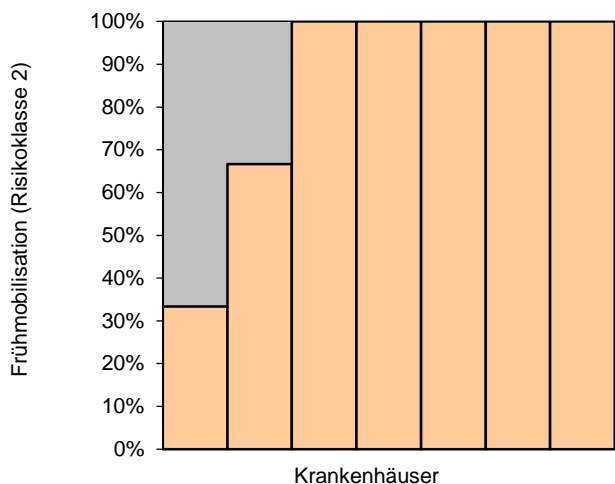
74 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,78	75,86	83,54	89,23	92,98	96,81	99,25	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
	33,33			66,67	100,00	100,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

**Qualitätsziel:** Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung

**Grundgesamtheit:** 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: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/PNEU/2028

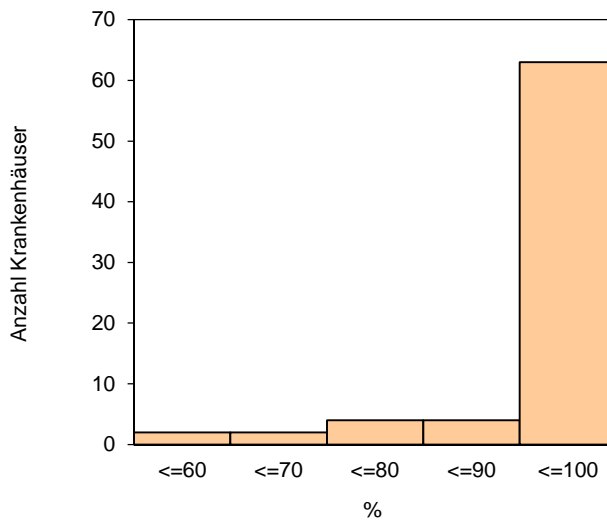
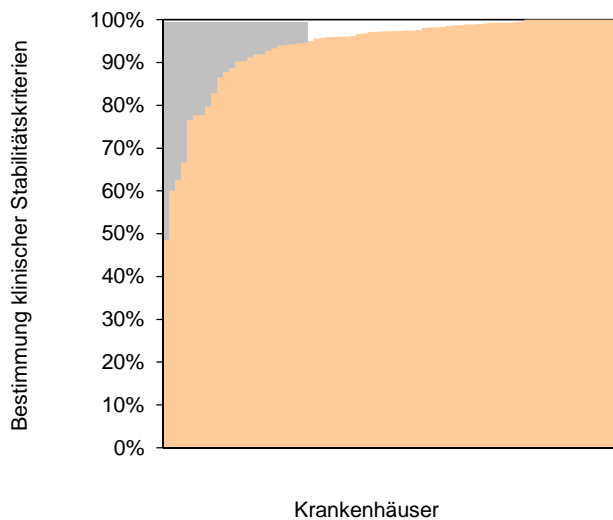
**Referenzbereich:** >= 95,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			9.696 / 10.300	94,14%
Vertrauensbereich				93,67% - 94,57%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			10.300 / 10.300	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			10.300 / 10.300	100,00%
Spontane Atemfrequenz			9.820 / 10.300	95,34%
Herzfrequenz			10.281 / 10.300	99,82%
Temperatur			10.275 / 10.300	99,76%
Sauerstoffsättigung			10.093 / 10.300	97,99%
Blutdruck systolisch			10.273 / 10.300	99,74%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung Vertrauensbereich			9.485 / 9.990	94,94% 94,50% - 95,36%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			9.990 / 9.990	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			9.990 / 9.990	100,00%
Spontane Atemfrequenz			9.575 / 9.990	95,85%
Herzfrequenz			9.976 / 9.990	99,86%
Temperatur			9.977 / 9.990	99,87%
Sauerstoffsättigung			9.771 / 9.990	97,81%
Blutdruck systolisch			9.977 / 9.990	99,87%

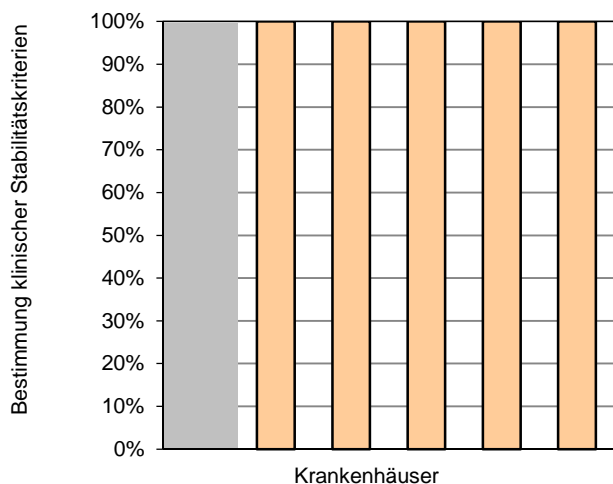
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/PNEU/2028]:  
 Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,53	66,67	79,80	93,28	97,33	99,28	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			100,00	100,00	100,00			100,00

3 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:** 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: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl

**Kennzahl-ID:** 2018/PNEU/2036

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			9.513 / 9.686	98,21% 97,93% - 98,46%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			9.605 / 9.686	99,16%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			9.305 / 9.686	96,07%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			9.560 / 9.686	98,70%
Herzfrequenz maximal 100/Min			9.581 / 9.686	98,92%
Temperatur maximal 37,2°C			9.400 / 9.686	97,05%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			9.507 / 9.686	98,15%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			9.600 / 9.686	99,11%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			9.323 / 9.482	98,32% 98,04% - 98,56%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			9.403 / 9.482	99,17%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			9.245 / 9.482	97,50%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			9.392 / 9.482	99,05%
Herzfrequenz maximal 100/Min			9.360 / 9.482	98,71%
Temperatur maximal 37,2°C			9.237 / 9.482	97,42%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			9.269 / 9.482	97,75%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			9.380 / 9.482	98,92%

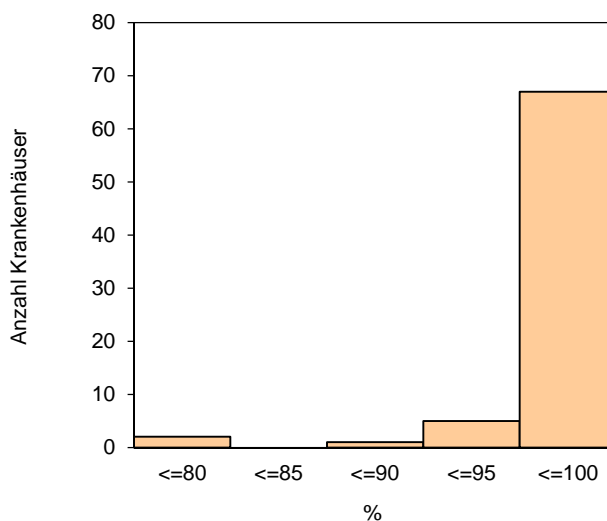
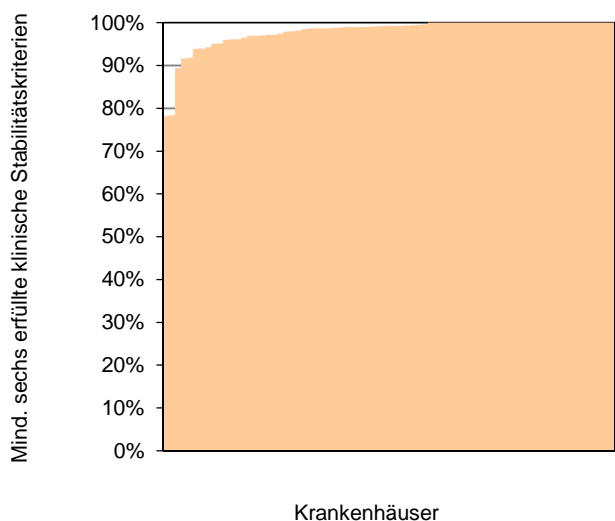
<sup>1</sup> Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5\_TK\_2036, Kennzahl-ID 2018/PNEU/2036]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

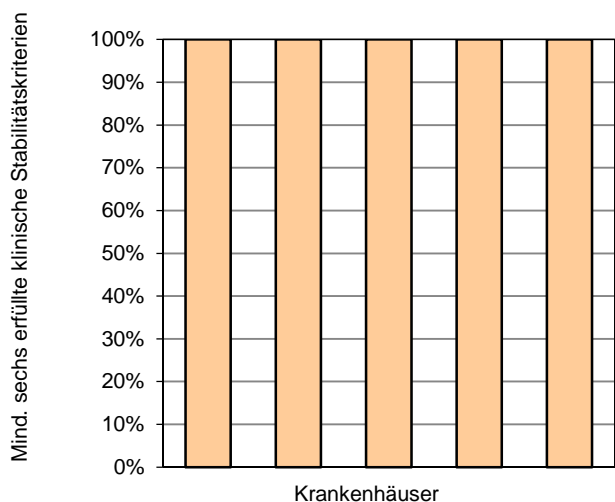
75 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,26	91,67	94,29	97,22	99,29	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
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2018/PNEU/50778  
**Referenzbereich:** <= 1,58 (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patienten		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		2.365 / 16.243 14,56%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		2.115,02 / 16.243 13,02%
O - E		1,54%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patienten		
O/E <sup>3</sup>		1,12
Vertrauensbereich		1,08 - 1,16
Referenzbereich	<= 1,58	<= 1,58

<b>Vorjahresdaten*</b>	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
verstorbene Patienten		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		2.201 / 15.797 13,93%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		2.106,17 / 15.797 13,33%
O - E		0,60%
O/E <sup>3</sup>		1,05
Vertrauensbereich		1,01 - 1,09

<sup>1</sup> KKez O\_50778: Beobachtete Rate an Todesfällen

<sup>2</sup> KKez E\_50778: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für QI-ID 50778.

<sup>3</sup> 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.

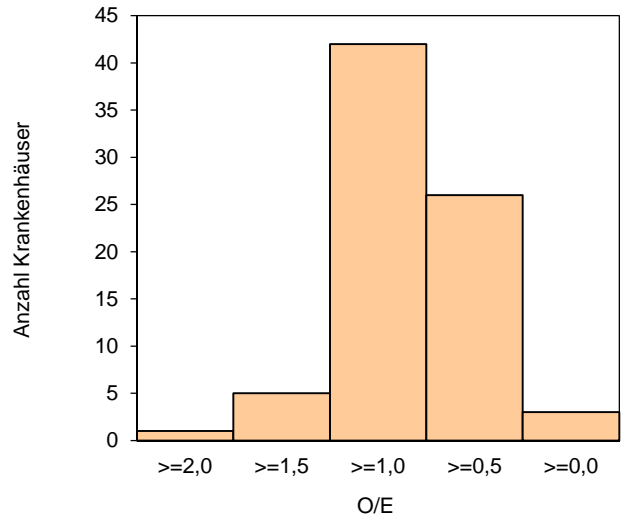
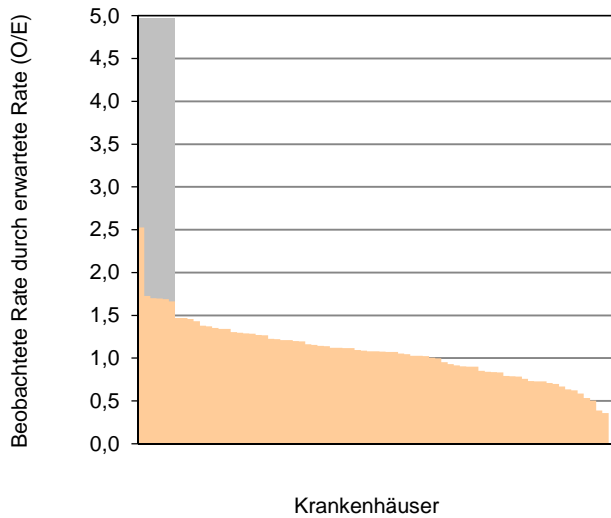
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

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

\* Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

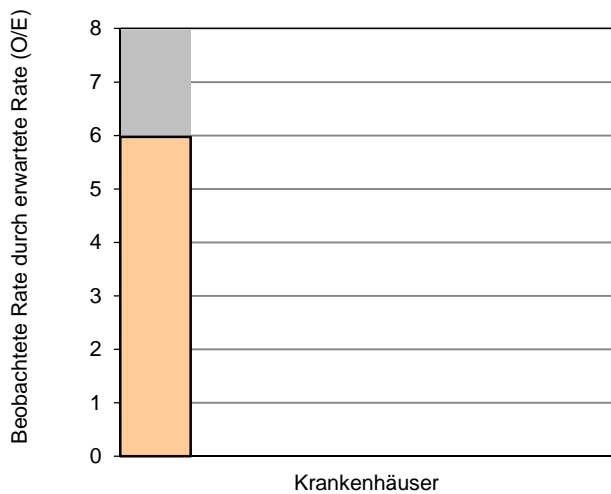
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2018/PNEU/50778]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 77 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	0,51	0,64	0,84	1,08	1,27	1,47	1,70	2,53

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 7 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			5,97

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**

**Qualitätsziel:** Möglichst immer Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2018/PNEU/50722  
**Referenzbereich:** >= 95,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			15.244 / 15.937	95,65%
Vertrauensbereich				95,32% - 95,96%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

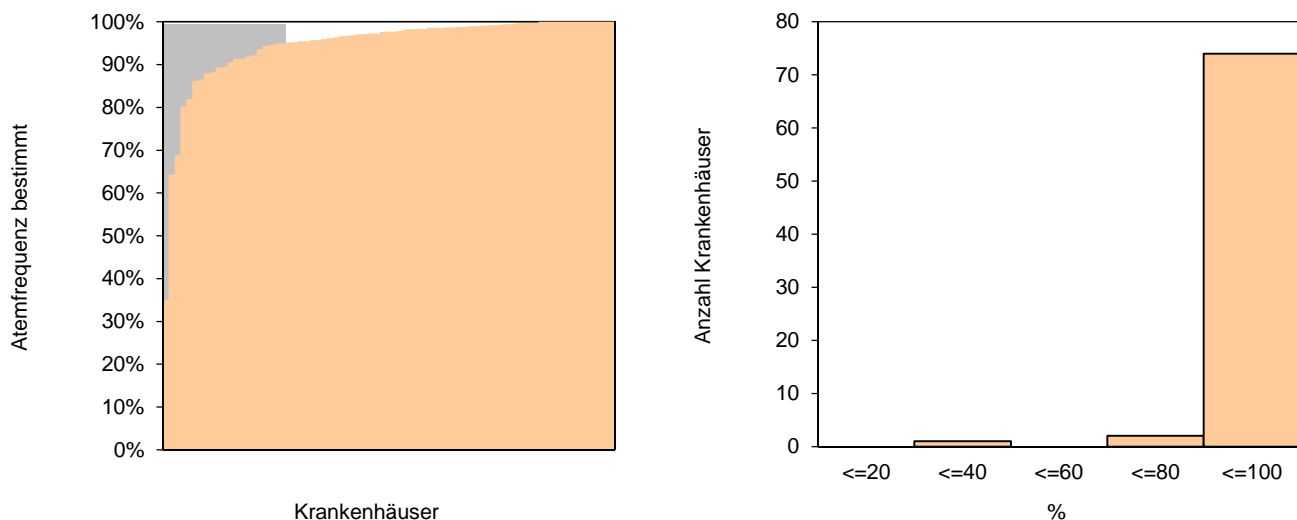
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			15.072 / 15.515	97,14%
Vertrauensbereich				96,87% - 97,40%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/PNEU/50722]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

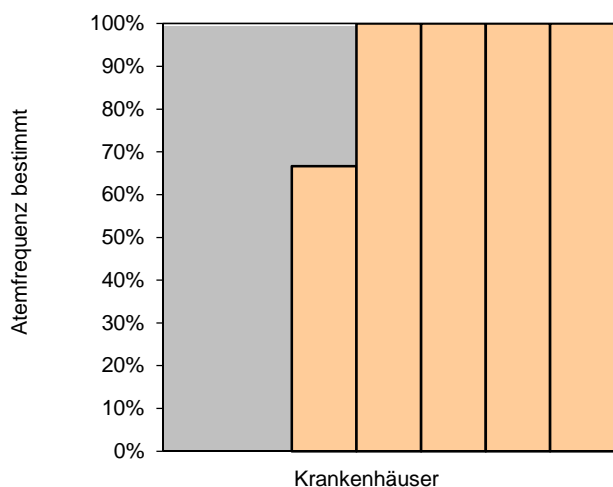
77 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	34,91	80,29	87,93	94,87	97,73	99,35	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	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**AK-ID:** 2018/PNEU/811821

**Referenzbereich:** <= 30,00%

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			1.716 / 16.243	10,56%
		<= 30,00%		10,10% - 11,05%
				<= 30,00%

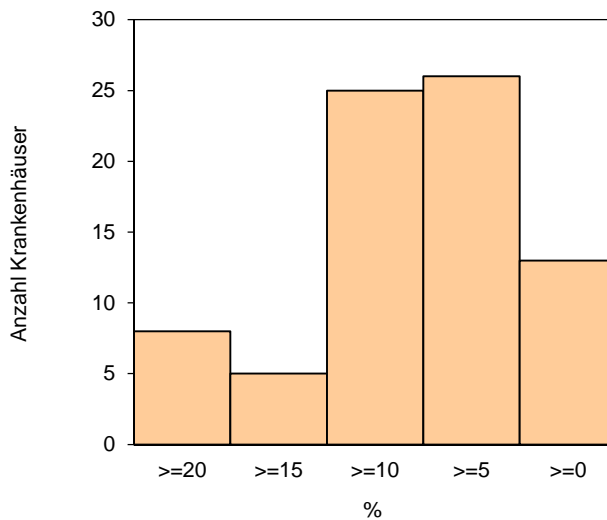
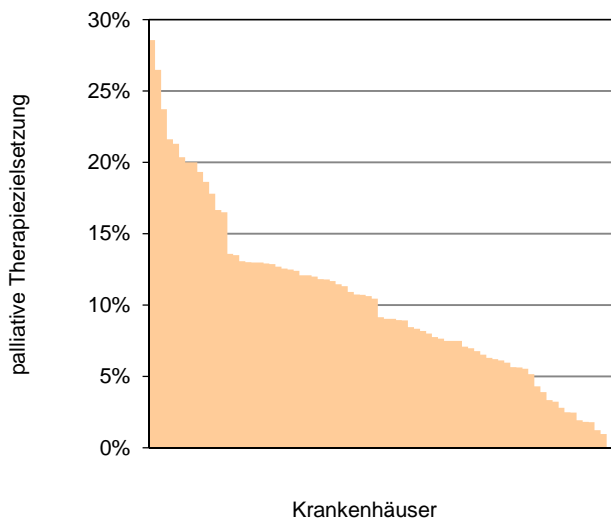
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde Vertrauensbereich			1.670 / 15.797	10,57%
				10,10% - 11,06%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.



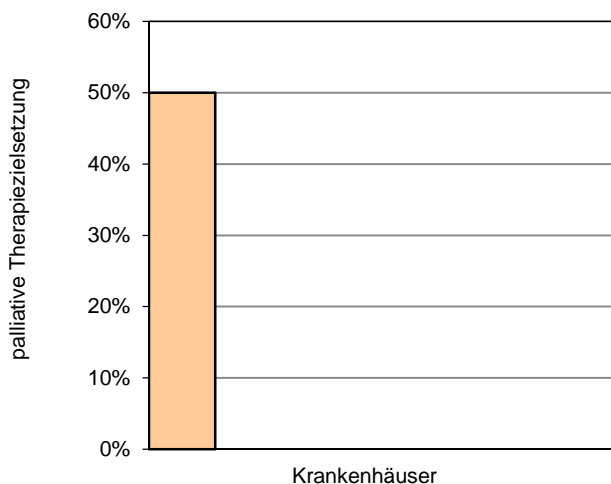
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_811821, AK-ID 2018/PNEU/811821]:  
 Anteil von Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,79	2,49	6,20	9,14	12,91	20,00	21,62	28,57

**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	0,00	0,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit**

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

**AK-ID:** 2018/PNEU/811822

**Referenzbereich:** <= 17,80% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ <sup>1</sup>			1.340 / 12.850	10,43%
Vertrauensbereich				9,91% - 10,97%
Referenzbereich		<= 17,80%		<= 17,80%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ <sup>1</sup>			1.416 / 12.319	11,49%
Vertrauensbereich				10,94% - 12,07%

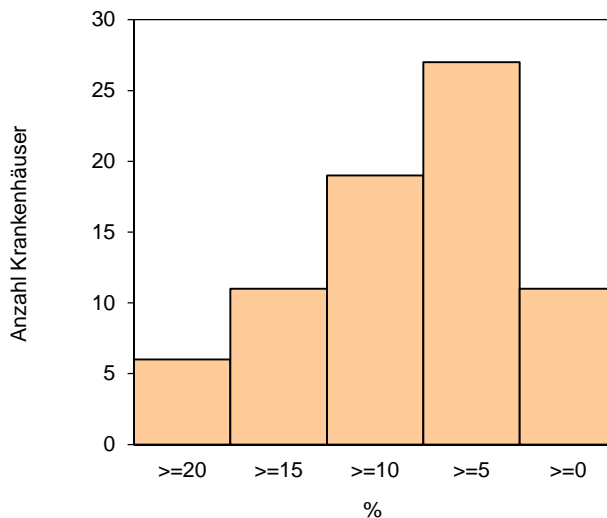
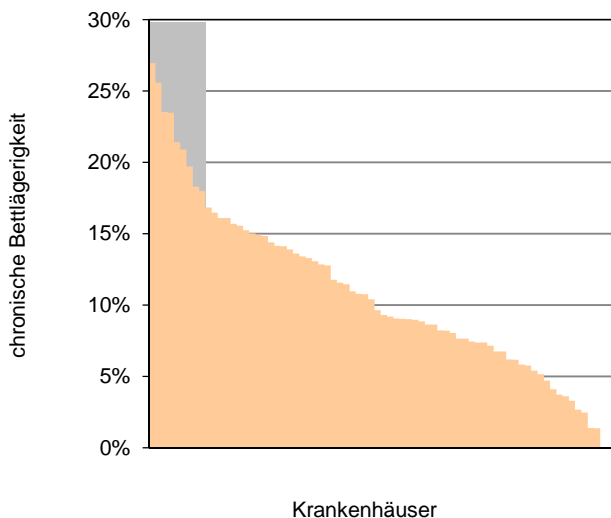
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_811822, AK-ID 2018/PNEU/811822]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

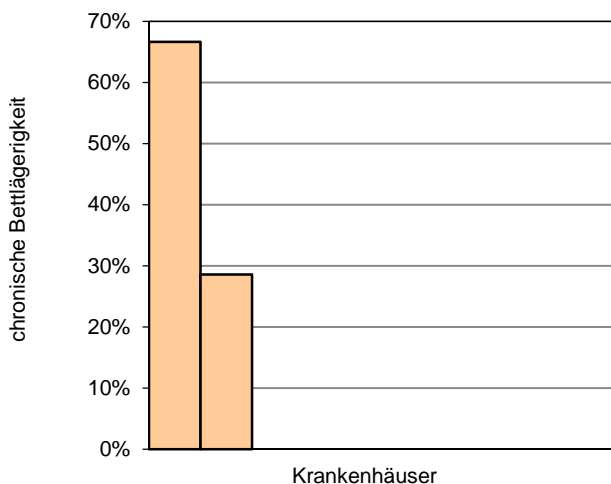
74 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,39	3,60	6,75	9,48	14,85	18,29	23,49	26,96

**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			66,67

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2018/PNEU/811825

**Referenzbereich:** <= 31,99% (97%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 50778

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht <sup>1</sup>			2.921 / 15.244	19,16%
Vertrauensbereich				18,54% - 19,79%
Referenzbereich		<= 31,99%		<= 31,99%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht			2.720 / 15.072	18,05%
Vertrauensbereich				17,44% - 18,67%

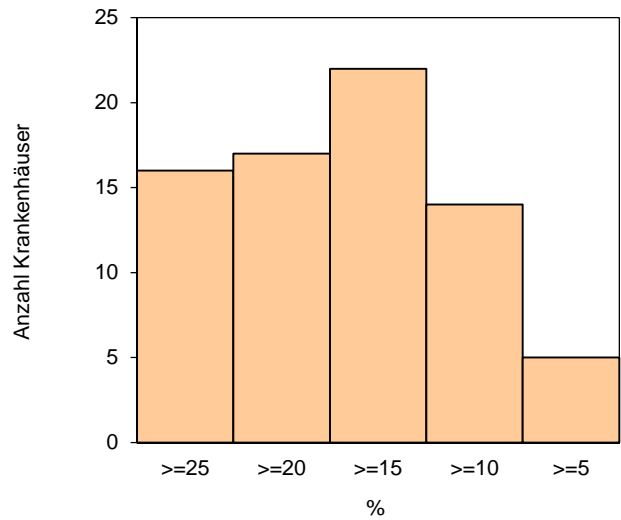
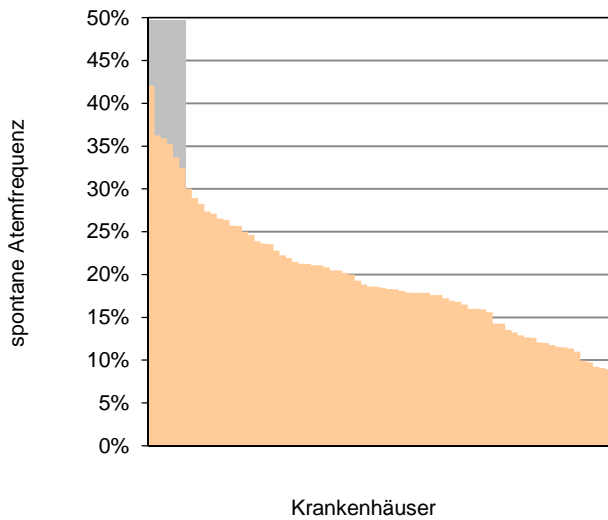
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_811825, AK-ID 2018/PNEU/811825]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

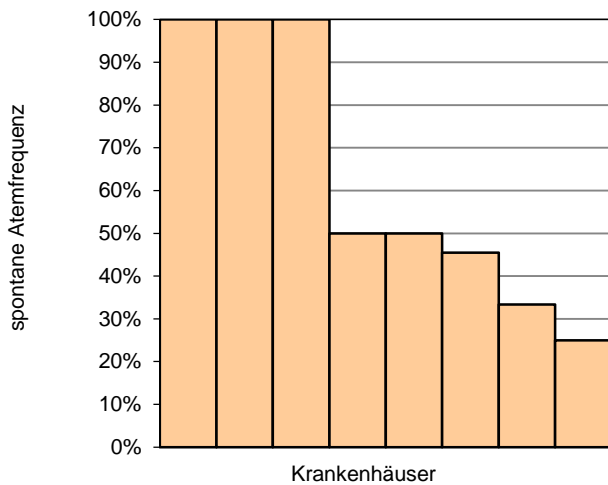
74 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,96	9,76	11,49	14,29	18,51	23,61	28,92	35,29	42,07

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,00			39,39	50,00	100,00			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von  $\geq 30$  Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“**

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

**AK-ID:** 2018/PNEU/811826

**Referenzbereich:**  $\leq 22,93\%$  (97%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 50778

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			1.279 / 15.244	8,39%
		$\leq 22,93\%$	7,96% - 8,84%	$\leq 22,93\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute Vertrauensbereich			1.298 / 15.072	8,61%
			8,17% - 9,07%	

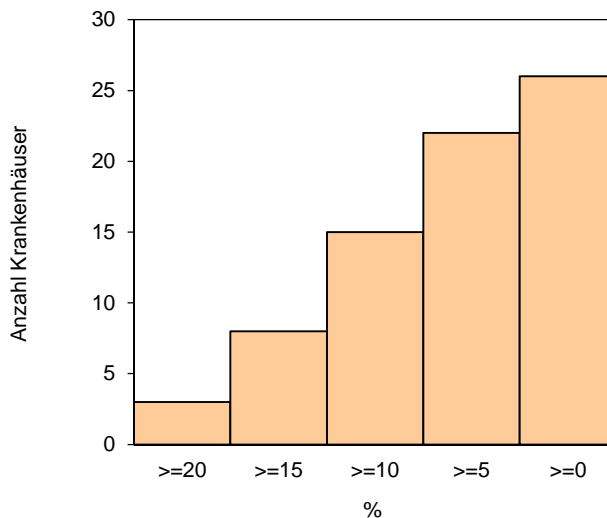
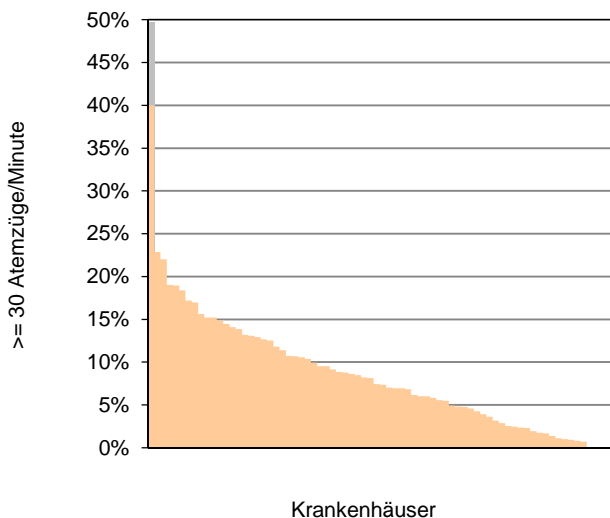
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_811826, AK-ID 2018/PNEU/811826]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

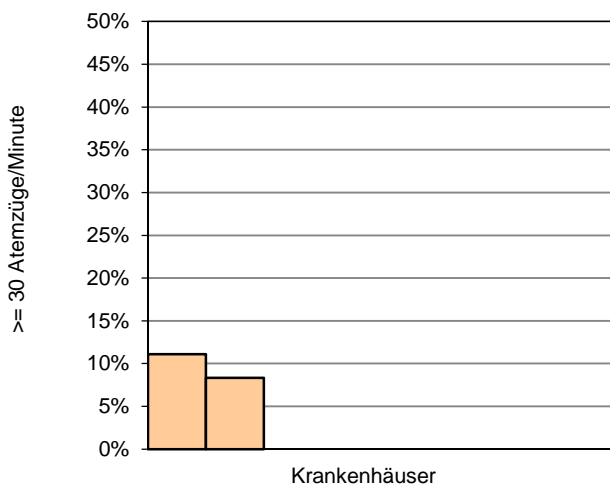
74 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	1,00	3,17	7,40	12,68	16,97	19,01	40,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

8 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	4,17			11,11

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**AK-ID:** 2018/PNEU/811827

**Referenzbereich:** <= 10,00%

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 2005, 2009

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später oder Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			118 / 16.243	0,73% 0,61% - 0,87% <= 10,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später oder Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme Vertrauensbereich			114 / 15.797	0,72% 0,60% - 0,87%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

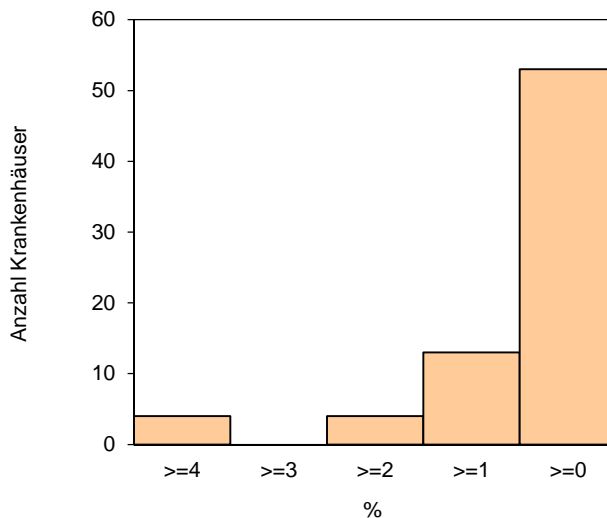
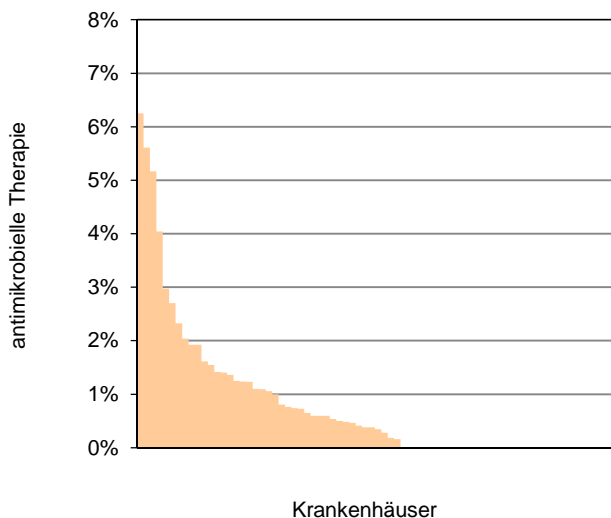


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_811827, AK-ID 2018/PNEU/811827]:**

**Anteil von Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später oder Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

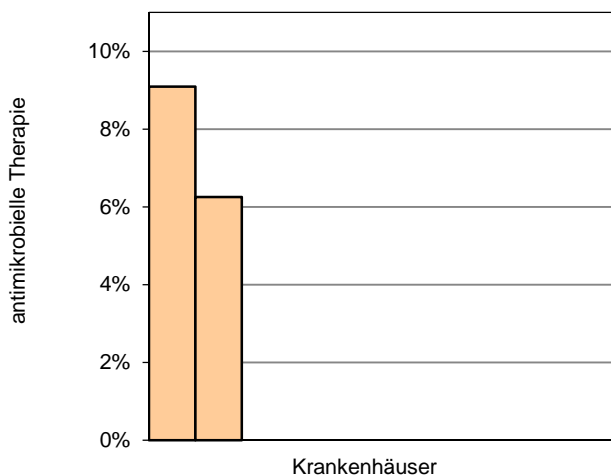
74 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36	1,10	2,04	4,04	6,25

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 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	0,00	7,67		9,09

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2018 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

## Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 84  
Anzahl Datensätze Gesamt: 16.243  
Datensatzversion: PNEU 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17734-L112573-P53631

### Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			6.278	38,65	5.632	35,65
2. Quartal			3.543	21,81	3.489	22,09
3. Quartal			2.950	18,16	2.945	18,64
4. Quartal			3.472	21,38	3.731	23,62
Gesamt			16.243		15.797	

### Behandlungszeit

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			16.243		15.797	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				9,46		9,56

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

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
2	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
3	E86	Volumenmangel
4	E87.6	Hypokaliämie
5	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
6	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
7	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
8	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				I10.00	5.576	34,33	I10.00	4.105	25,99
2				J96.00	4.815	29,64	J18.9	3.470	21,97
3				E86	3.384	20,83	J18.0	3.042	19,26
4				E87.6	3.075	18,93	J96.00	2.938	18,60
5				J18.1	2.972	18,30	J18.1	2.783	17,62
6				J18.9	2.963	18,24	E86	2.238	14,17
7				Z92.1	2.605	16,04	E87.6	1.876	11,88
8				J18.0	2.503	15,41	J69.0	1.825	11,55

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2017 und ICD-10-GM 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

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

**Patienten**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			16.243 / 16.243		15.797 / 15.797	
18 - 19 Jahre			42 / 16.243	0,26	54 / 15.797	0,34
20 - 29 Jahre			265 / 16.243	1,63	271 / 15.797	1,72
30 - 39 Jahre			382 / 16.243	2,35	352 / 15.797	2,23
40 - 49 Jahre			558 / 16.243	3,44	534 / 15.797	3,38
50 - 59 Jahre			1.359 / 16.243	8,37	1.232 / 15.797	7,80
60 - 69 Jahre			2.405 / 16.243	14,81	2.218 / 15.797	14,04
70 - 79 Jahre			4.049 / 16.243	24,93	3.967 / 15.797	25,11
80 - 89 Jahre			5.449 / 16.243	33,55	5.431 / 15.797	34,38
>= 90 Jahre			1.734 / 16.243	10,68	1.738 / 15.797	11,00
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			16.243		15.797	
Median				78,00		78,00
Mittelwert				73,98		74,32
<b>Geschlecht</b>						
männlich			9.236	56,86	8.979	56,84
weiblich			7.007	43,14	6.818	43,16
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

## Aufnahme

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung<sup>1</sup></b>			3.145	19,36	3.253	20,59
<b>Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung</b>			580	3,57	544	3,44
<b>Chronische Bettlägerigkeit<sup>2</sup></b>			3.186	19,61	3.394	21,49
<b>bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle<sup>3</sup></b>						
ja			306	1,88	282	1,79
nein			15.937	98,12	15.515	98,21
wenn nein:						
<b>Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinsstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?</b>						
nein			10.943	68,66	10.515	67,77
ja, pneumoniebedingt			1.246	7,82	1.024	6,60
ja, nicht pneumoniebedingt			3.748	23,52	3.976	25,63
<b>Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)</b>						
Anzahl gültiger Angaben			15.244		15.072	
Median				20,00		20,00
Mittelwert				20,49		20,68
nicht bestimmt			693	4,35	443	2,86
<b>Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)</b>						
Anzahl gültiger Angaben			15.937		15.515	
Median				130,00		130,00
Mittelwert				131,27		131,42
<b>Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)</b>						
Anzahl gültiger Angaben			15.937		15.515	
Median				74,00		74,00
Mittelwert				74,18		73,97

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

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

<sup>3</sup> Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			201	1,24	121	0,77
4 bis unter 8 Stunden			15.810	97,33	15.489	98,05
8 Stunden und später			116	0,71	89	0,56
			116	0,71	98	0,62
<b>Initiale antimikrobielle Therapie</b>						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			239	1,47	192	1,22
4 bis unter 8 Stunden			13.930	85,76	13.765	87,14
8 Stunden und später			934	5,75	891	5,64
Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie			859	5,29	686	4,34
			281	1,73	263	1,66

**Verlauf**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe))</b>						
keine Mobilisation			2.988	18,40	2.716	17,19
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			12.142	74,75	12.005	76,00
nach 24 Stunden und später			1.113	6,85	1.076	6,81
<b>Maschinelle Beatmung<sup>1</sup></b>						
nein			14.664	90,28	14.412	91,23
ja, ausschließlich nicht-invasiv			790	4,86	680	4,30
ja, ausschließlich invasiv			408	2,51	341	2,16
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			381	2,35	364	2,30
<b>Dokumentierter Therapieverzicht</b>						
Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapieziel- setzung festgelegt wurde? <sup>2</sup>						
ja			1.716	10,56	1.670	10,57
nein			14.527	89,44	14.127	89,43

<sup>1</sup> nicht invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP, invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle

<sup>2</sup> 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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten</b>			13.878 / 16.243	85,44	13.596 / 15.797	86,07
<b>Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, qualitative Beurteilung)						
nein			10.586 / 13.878	76,28	10.119 / 13.596	74,43
ja, pneumoniebedingt			171 / 13.878	1,23	157 / 13.596	1,15
ja, nicht pneumoniebedingt			2.819 / 13.878	20,31	3.046 / 13.596	22,40
<b>Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
nein			705 / 13.878	5,08	504 / 13.596	3,71
ja			12.849 / 13.878	92,59	12.810 / 13.596	94,22
<b>Spontane Atemfrequenz</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 24/min			12.595 / 13.878	90,76	12.538 / 13.596	92,22
über 24/min			204 / 13.878	1,47	155 / 13.596	1,14
nicht bestimmt			731 / 13.878	5,27	598 / 13.596	4,40
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			42 / 13.878	0,30	29 / 13.596	0,21
<b>Herzfrequenz</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 100/min			13.333 / 13.878	96,07	13.076 / 13.596	96,18
über 100/min			207 / 13.878	1,49	226 / 13.596	1,66
nicht bestimmt			35 / 13.878	0,25	19 / 13.596	0,14
<b>Temperatur</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 37,2° C			13.013 / 13.878	93,77	12.873 / 13.596	94,68
über 37,2° C			529 / 13.878	3,81	431 / 13.596	3,17
nicht bestimmt			34 / 13.878	0,24	17 / 13.596	0,13

**Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung (Fortsetzung)**

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten</b>			13.878 / 16.243	85,44	13.596 / 15.797	86,07
<b>Sauerstoffsättigung</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90%			344 / 13.878	2,48	340 / 13.596	2,50
mindestens 90%			12.905 / 13.878	92,99	12.650 / 13.596	93,04
nicht bestimmt			324 / 13.878	2,33	327 / 13.596	2,41
<b>Blutdruck systolisch</b> (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90 mmHg			143 / 13.878	1,03	175 / 13.596	1,29
mindestens 90 mmHg			13.390 / 13.878	96,48	13.115 / 13.596	96,46
nicht bestimmt			40 / 13.878	0,29	26 / 13.596	0,19

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			10.422	64,16	10.067	63,73
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			153	0,94	184	1,16
03: aus sonstigen Gründen			21	0,13	25	0,16
04: gegen ärztlichen Rat			312	1,92	239	1,51
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			610	3,76	576	3,65
07: Tod			2.365	14,56	2.201	13,93
08: Verlegung nach § 14			21	0,13	24	0,15
09: in Rehabilitationseinrichtung			137	0,84	164	1,04
10: in Pflegeeinrichtung			2.139	13,17	2.250	14,24
11: in Hospiz			9	0,06	14	0,09
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			5	0,03	11	0,07
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,02	1	0,01
15: gegen ärztlichen Rat			7	0,04	3	0,02
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			39	0,24	37	0,23
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	1	0,01

<sup>1</sup> 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)</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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte</b>			11.517	82,99	11.145	81,97
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			450	3,91	467	4,19

## Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>						
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.365 / 16.243	14,56	2.201 / 15.797	13,93
18 - 19 Jahre			2 / 42	4,76	0 / 54	0,00
20 - 29 Jahre			4 / 265	1,51	3 / 271	1,11
30 - 39 Jahre			8 / 382	2,09	4 / 352	1,14
40 - 49 Jahre			14 / 558	2,51	13 / 534	2,43
50 - 59 Jahre			94 / 1.359	6,92	72 / 1.232	5,84
60 - 69 Jahre			209 / 2.405	8,69	191 / 2.218	8,61
70 - 79 Jahre			546 / 4.049	13,48	500 / 3.967	12,60
80 - 89 Jahre			1.045 / 5.449	19,18	990 / 5.431	18,23
>= 90 Jahre			443 / 1.734	25,55	428 / 1.738	24,63
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung <sup>1</sup>			784 / 3.145	24,93	802 / 3.253	24,65
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle <sup>2</sup>			113 / 306	36,93	108 / 282	38,30
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			144 / 580	24,83	101 / 544	18,57
Aufnahme <b>nicht</b> aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			2.221 / 15.663	14,18	2.100 / 15.253	13,77
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 <sup>2</sup>			26 / 60	43,33	16 / 61	26,23
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung und <b>nicht</b> aus stationärer Pflegeeinrichtung			1.437 / 12.518	11,48	1.298 / 12.000	10,82

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

<sup>2</sup> Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.

### Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>						
Patienten mit:						
maschinellem Beatmung während des stationären Aufenthaltes <sup>1</sup>			582 / 1.579	36,86	491 / 1.385	35,45
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes <sup>1</sup>			224 / 790	28,35	191 / 680	28,09
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes <sup>1</sup>			199 / 408	48,77	161 / 341	47,21
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes <sup>1</sup>			159 / 381	41,73	139 / 364	38,19

<sup>1</sup> nicht-Invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP, invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle

**Letalität (Fortsetzung)**

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>						
Alle Patienten			2.365 / 16.243	14,56	2.201 / 15.797	13,93
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung <sup>1</sup>			1.216 / 14.527	8,37	1.100 / 14.127	7,79
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung <sup>2</sup>			357 / 2.463	14,49	357 / 2.531	14,11
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle <sup>3</sup>			65 / 243	26,75	50 / 213	23,47
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung			82 / 499	16,43	50 / 473	10,57
Aufnahme <b>nicht</b> aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			1.134 / 14.028	8,08	1.050 / 13.654	7,69
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle <sup>3</sup>			21 / 54	38,89	7 / 52	13,46
Aufnahme <b>nicht</b> aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Reha- bilitationseinrichtung und <b>nicht</b> aus stationärer Pflegeeinrichtung			777 / 11.565	6,72	693 / 11.123	6,23

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

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

<sup>3</sup> Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.

**Letalität (Fortsetzung)**

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Verstorbene Patienten</b>						
Patienten mit:						
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes <sup>1</sup>			306 / 1.251	24,46	245 / 1.087	22,54
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes <sup>1</sup>			87 / 624	13,94	71 / 530	13,40
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes <sup>1</sup>			127 / 323	39,32	92 / 256	35,94
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes <sup>1</sup>			92 / 304	30,26	82 / 301	27,24

<sup>1</sup> 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 Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse (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](http://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 2018.

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 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 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.

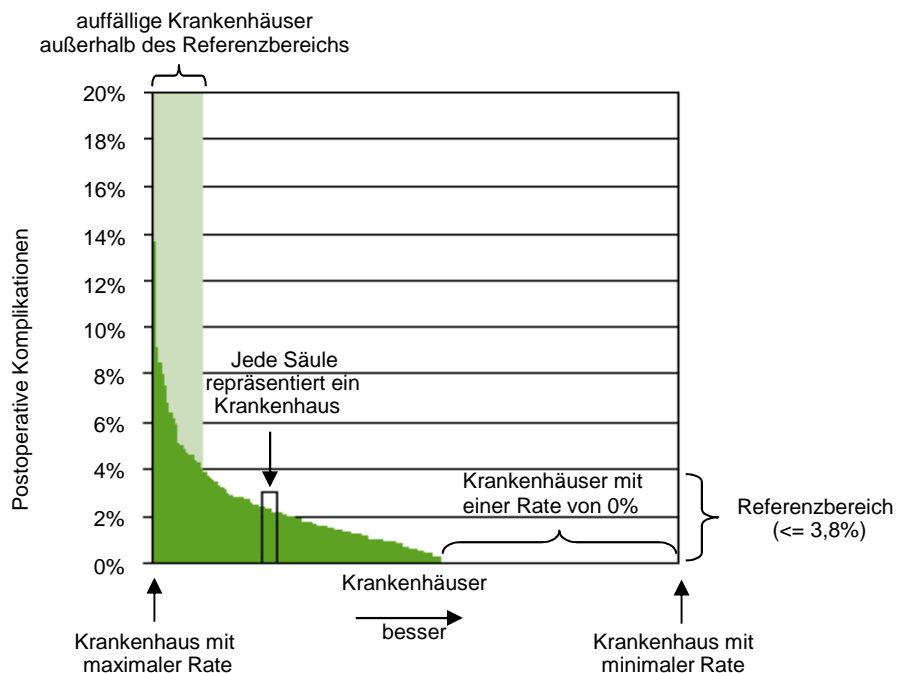
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 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 Krankenhausergebnisse 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.

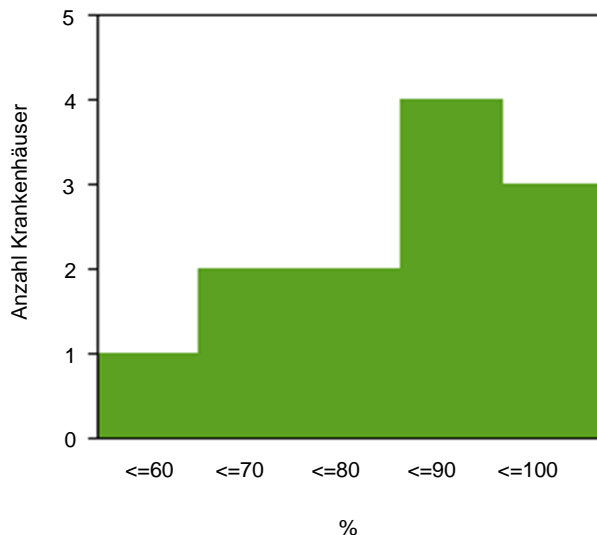
**Beispiel:**

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen  
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten  
 Mögliche Klasseneinteilung:

- 1. Klasse: <= 60%
- 2. Klasse: > 60% bis <= 70%
- 3. Klasse: > 70% bis <= 80%
- 4. Klasse: > 80% bis <= 90%
- 5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 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.

## 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 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. 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 Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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.