

Jahresauswertung 2020 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.429
Datensatzversion: PNEU 2020
Datenbankstand: 02. März 2021
2020 - D18591-L119785-P55717

Jahresauswertung 2020
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.429
Datensatzversion: PNEU 2020
Datenbankstand: 02. März 2021
2020 - D18591-L119785-P55717

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie							
2020/PNEU/2005							
QI: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			98,34%	>= 95,00%	innerhalb	98,48%	12
2020/PNEU/2006							
TKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)			98,59%	-	-	98,49%	12
2020/PNEU/2007							
TKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)			92,22%	-	-	97,96%	12
2020/PNEU/232000_2005							
EKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)			98,28%	-	-	-	17
2020/PNEU/232001_2006							
EKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)			98,61%	-	-	-	17

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/PNEU/232002_2007 EKez: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)			90,50%	-	-	-	17
2020/PNEU/2009 QI: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme			94,72%	>= 90,00%	innerhalb	95,22%	21
2020/PNEU/232003_2009 EKez: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)			84,33%	-	-	-	24
2020/PNEU/2013 QI: Frühmobilisation nach Aufnahme			90,82%	>= 90,00%	innerhalb	93,85%	26
2020/PNEU/232004_2013 EKez: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)			90,65%	-	-	-	29

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/PNEU/2028							
QI: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			94,50%	>= 95,00%	außerhalb	96,87%	31
2020/PNEU/232005_2028							
EKez: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)			94,01%	-	-	-	34
2020/PNEU/2036							
TKez: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			98,26%	-	-	98,70%	36
2020/PNEU/232006_2036							
EKez: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)			98,84%	-	-	-	39

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus							
2020/PNEU/50778							
QI: Sterblichkeit im Krankenhaus			1,04	<= 1,98	innerhalb	0,76	41
2020/PNEU/232007_50778							
EKez: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)			1,08	-	-	-	44
2020/PNEU/232010_50778							
EKez: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)			1,18	-	-	-	46
2020/PNEU/231900							
TKez: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)			15,77%	-	-	11,78%	48
2020/PNEU/232008_231900							
EKez: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)			17,55%	-	-	-	50

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/PNEU/50722							
QI: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			95,30%	>= 95,00%	innerhalb	96,15%	52
2020/PNEU/232009_50722							
EKez: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)			94,87%	-	-	-	54

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. 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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/PNEU/811822 Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit			7,12%	<= 16,18%	innerhalb	7,62%	56
2020/PNEU/811825 Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			17,34%	<= 31,14%	innerhalb	18,08%	58
2020/PNEU/811826 Häufige Angabe von >= 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			9,40%	<= 20,17%	innerhalb	7,17%	60
2020/PNEU/851900 Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben			10,64%	<= 50,00%	innerhalb	12,97%	62

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 2020. 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 2020 wurden kalkulatorische Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und ergänzende Kennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ 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

Da in den QS-Daten eine Datenannahme über den Datenannahmeschluss des Verfahrensjahres hinaus erfolgt, fließen in die Berechnung grundsätzlich auch die Fälle mit ein, die auf dem erweiterten Datenpool beruhen. Dieser berücksichtigt alle Patientinnen und Patienten, deren Aufnahme im Jahr 2019 oder 2020 und die Entlassung zwischen dem 01.01.2020 und dem 31.12.2020 erfolgte. Das heißt, so genannte Überliegerfälle sind im Datensatz 2020 enthalten und können bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten führen.

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien des Erfassungsjahres 2020 mit den Vorjahresergebnissen kommen.

Da die Vorjahresdaten der ergänzenden Kennzahlen mit den Vorjahresdaten der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen identisch sind, werden diese Kennzahlen ohne Vorjahrestabellen abgebildet.

Weitere Informationen dazu finden Sie in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL auf der Homepage des IQTIG.

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:	2020/PNEU/2005
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2020/PNEU/2006
Kennzahl-ID:	Gruppe 3:	2020/PNEU/2007
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2020		
	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	[Bar]		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		

	Gesamt 2020		
	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	6.322 / 6.429 98,34%	6.085 / 6.172 98,59%	237 / 257 92,22%
Vertrauensbereich	97,99% - 98,62%	98,26% - 98,86%	88,29% - 94,91%
Referenzbereich	>= 95,00%		

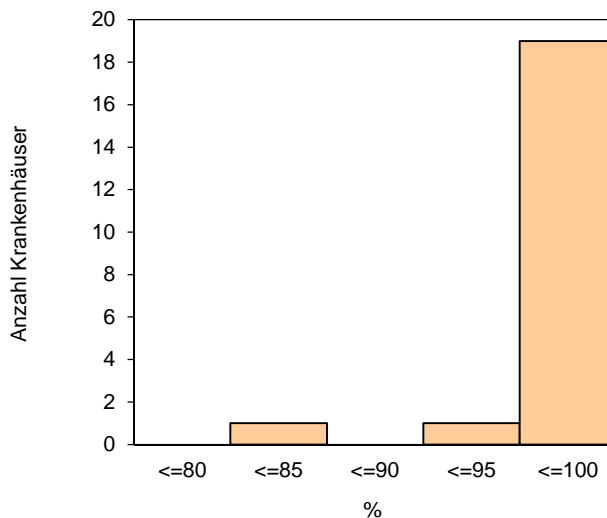
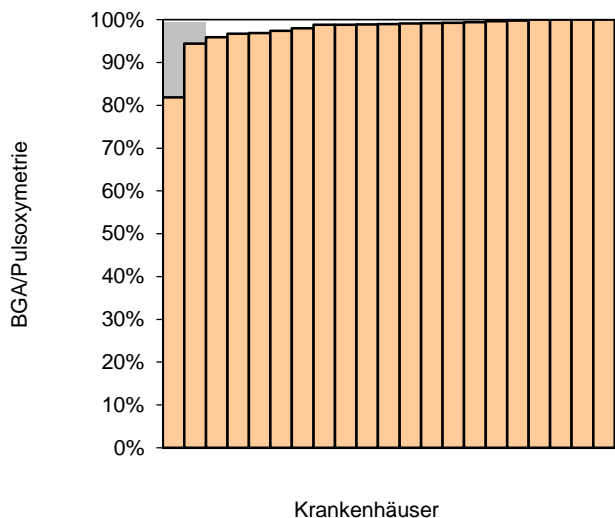
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	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 Vertrauensbereich	5.942 / 6.034 98,48%	5.750 / 5.838 98,49%	192 / 196 97,96%
	98,13% - 98,76%	98,15% - 98,77%	94,87% - 99,20%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

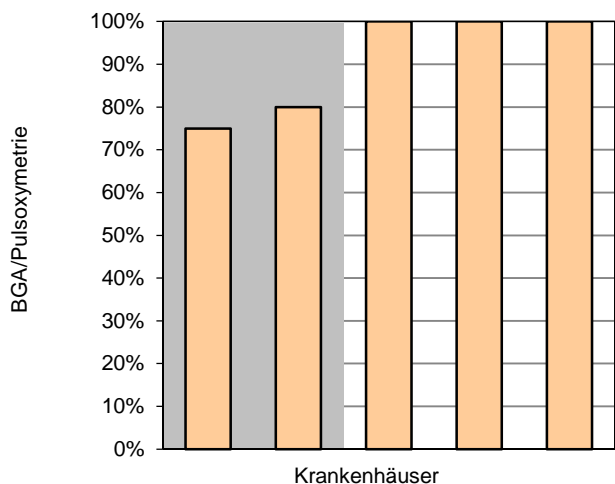
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2020/PNEU/2005]:
Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,89	94,44	95,96	97,41	98,96	99,65	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

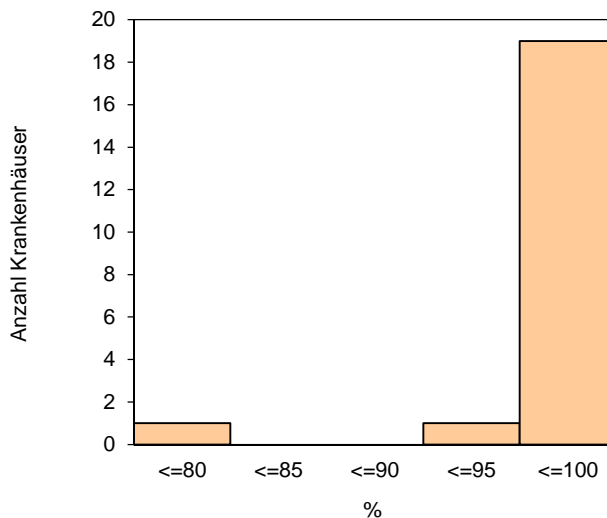
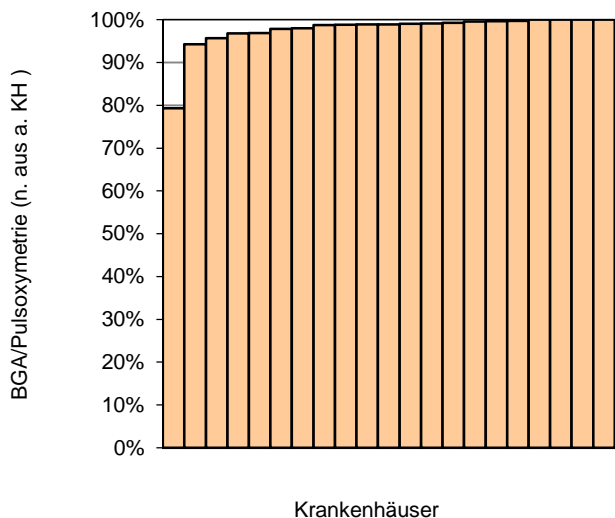
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b_TKez_2006, Kennzahl-ID 2020/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:

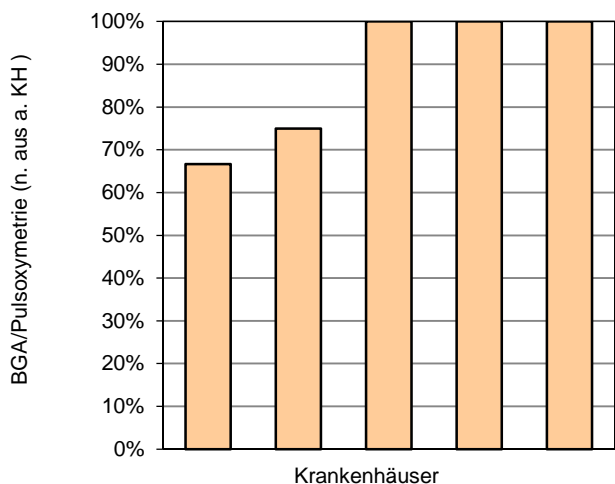
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,31	94,29	95,72	97,89	98,94	99,65	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
	66,67			75,00	100,00	100,00			100,00

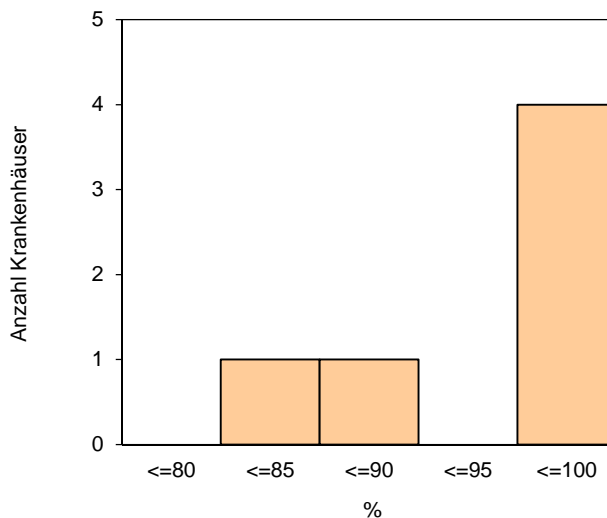
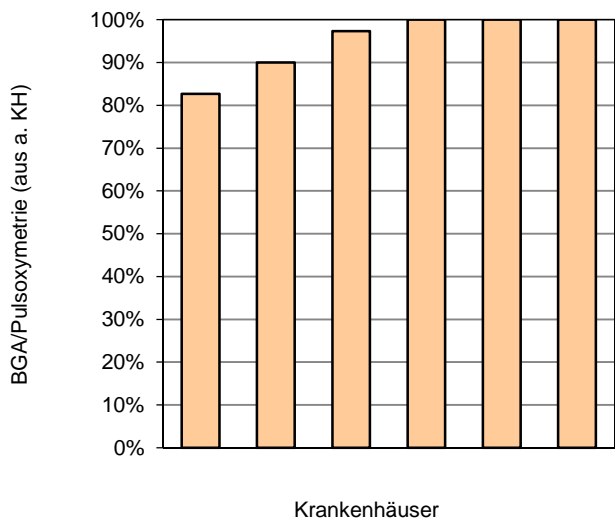
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c_TKez_2007, Kennzahl-ID 2020/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:

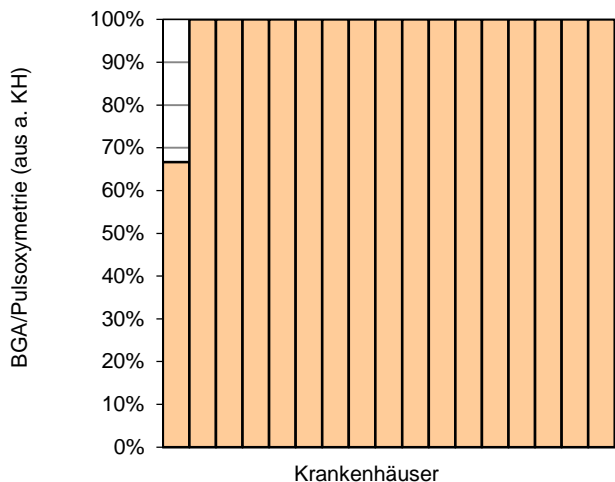
6 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,65			90,00	98,68	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

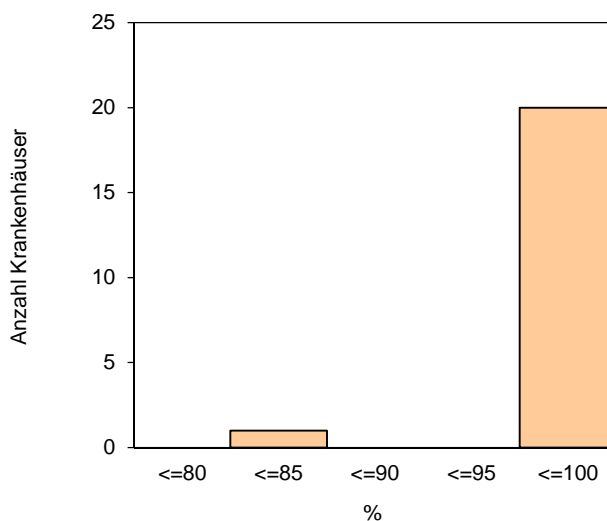
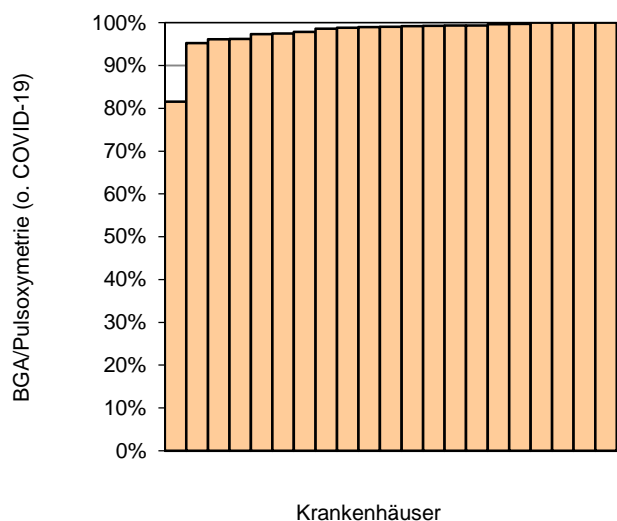
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Ergänzende Kennzahl
	Gruppe 2:	Ergänzende Kennzahl
	Gruppe 3:	Ergänzende Kennzahl
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2020/PNEU/232000_2005
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2020/PNEU/232001_2006
Kennzahl-ID:	Gruppe 3:	2020/PNEU/232002_2007

	Krankenhaus 2020		
	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			
	Gesamt 2020		
	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	4.787 / 4.871 98,28% 97,87% - 98,60%	4.606 / 4.671 98,61% 98,23% - 98,91%	181 / 200 90,50% 85,64% - 93,83%

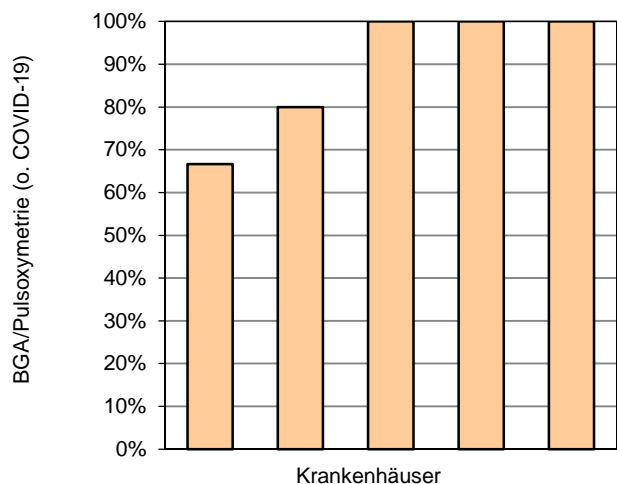
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1d_EKez_232000_2005, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232000_2005]:
Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,60	95,24	96,12	97,49	99,07	99,64	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.

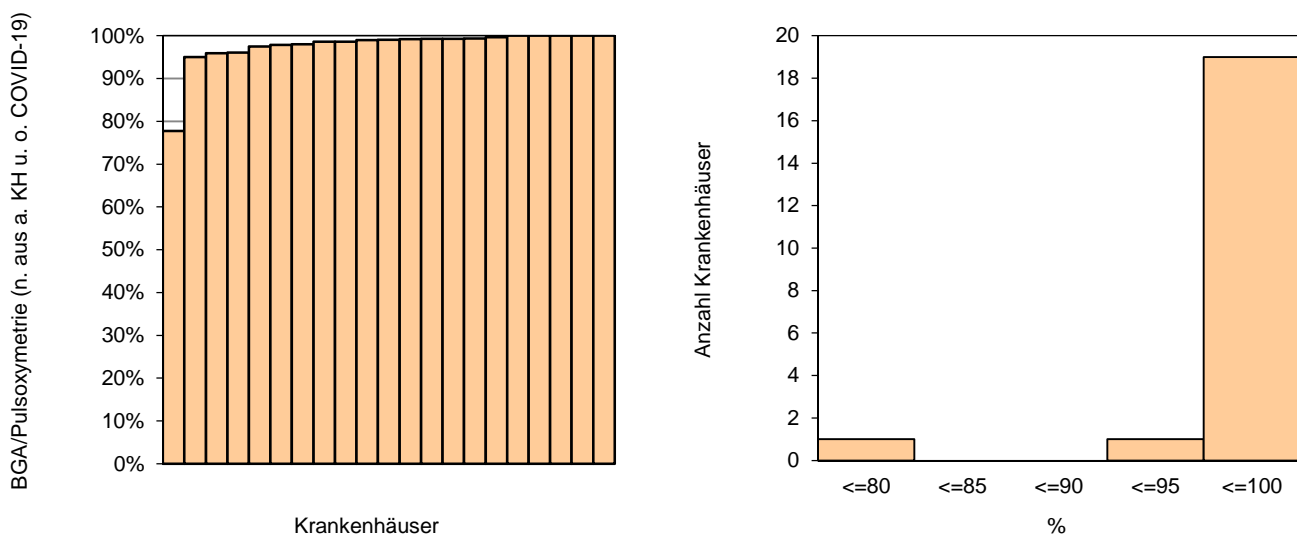


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67			80,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

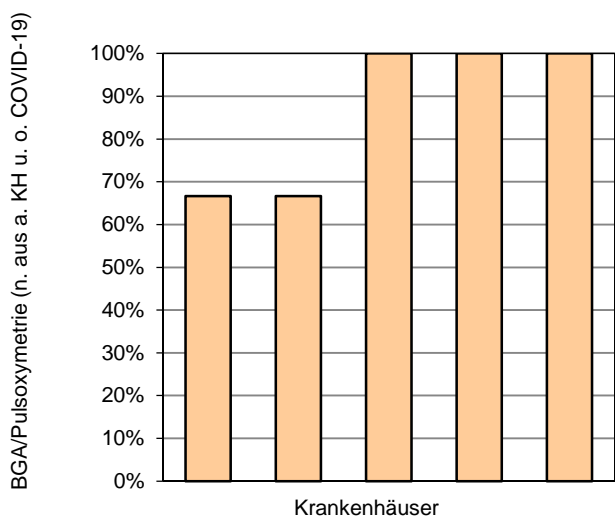
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1e_EKez_232001_2006, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232001_2006]:
Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,78	95,00	95,90	97,84	99,04	99,63	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.

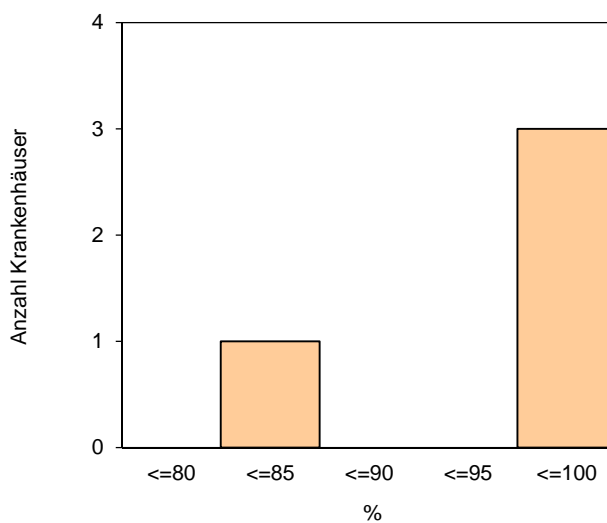
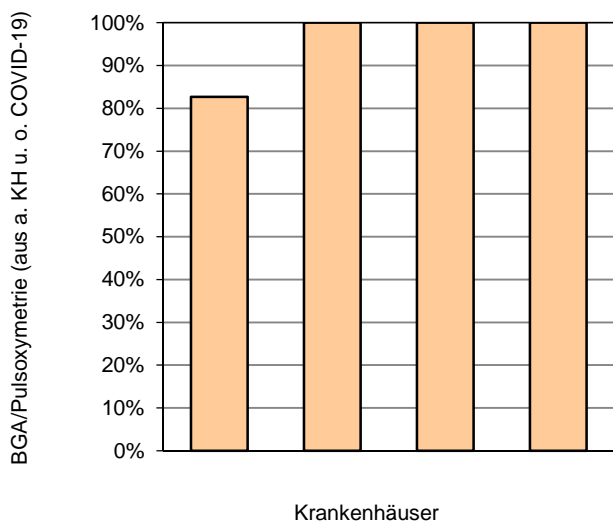


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67			66,67	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

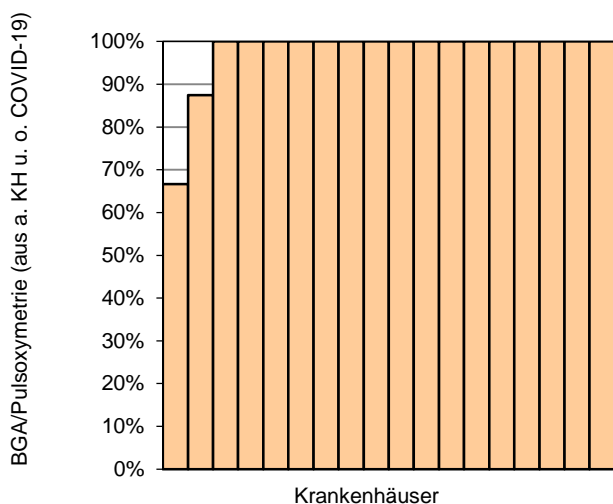
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1f_EKez_232002_2007, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232002_2007]:
Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,65			91,33	100,00	100,00			100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67		87,50	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

4 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 und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)
Art des Wertes:	Gruppe 2:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 2:	2020/PNEU/2009
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2020		
	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		94,72%	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

	Gesamt 2020		
	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	3.882 / 4.096 94,78%	3.711 / 3.918 94,72%	171 / 178 96,07%
Vertrauensbereich		93,97% - 95,37%	
Referenzbereich		>= 90,00%	
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie	70 / 4.096 1,71%	68 / 3.918 1,74%	2 / 178 1,12%

Vorjahresdaten ¹	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			
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie			

Vorjahresdaten ¹	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 Vertrauensbereich	5.103 / 5.355 95,29%	4.941 / 5.189 95,22% 94,61% - 95,77%	162 / 166 97,59%
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie	55 / 5.355 1,03%	54 / 5.189 1,04%	1 / 166 0,60%

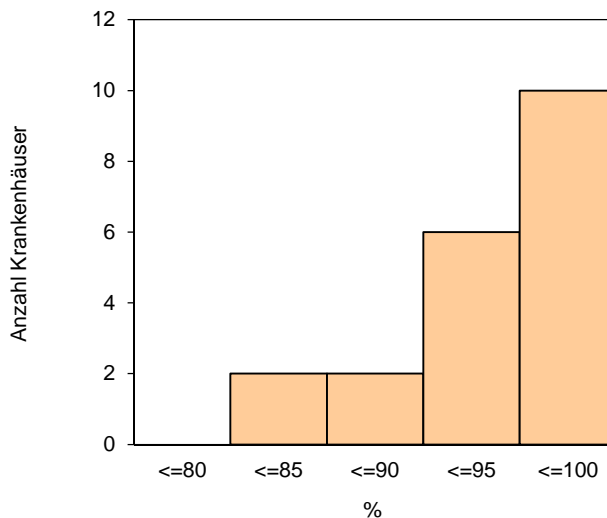
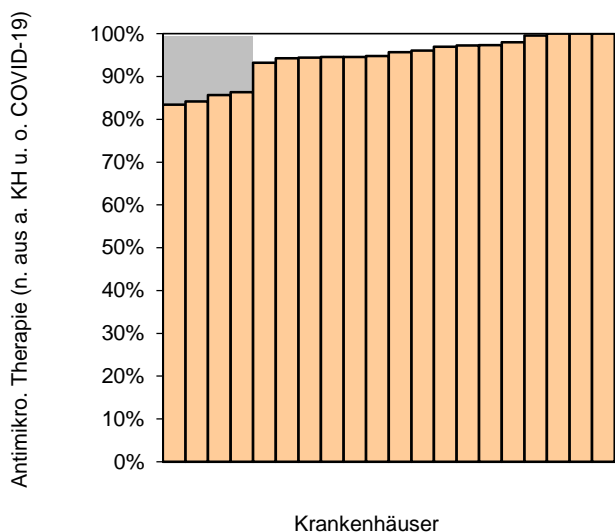
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2020/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 Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

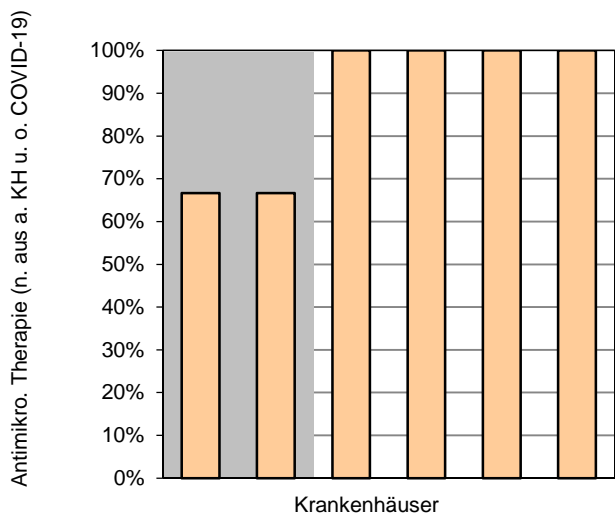
20 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,44	83,83	84,96	93,76	95,24	97,68	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
	66,67			66,67	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Art des Wertes:	Gruppe 2:	Ergänzende Kennzahl
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2020/PNEU/232003_2009

	Krankenhaus 2020		
	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			

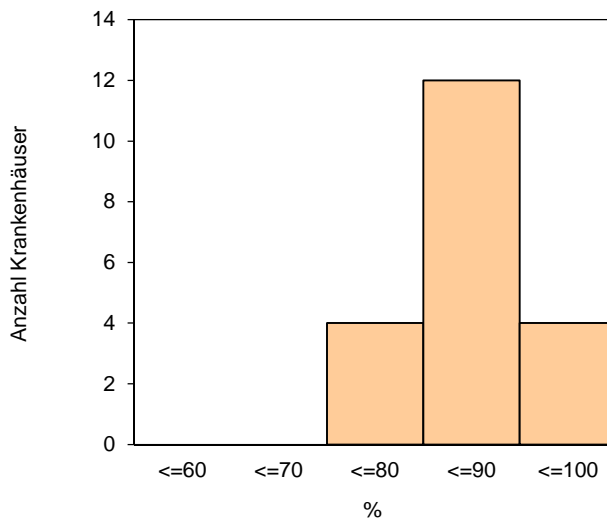
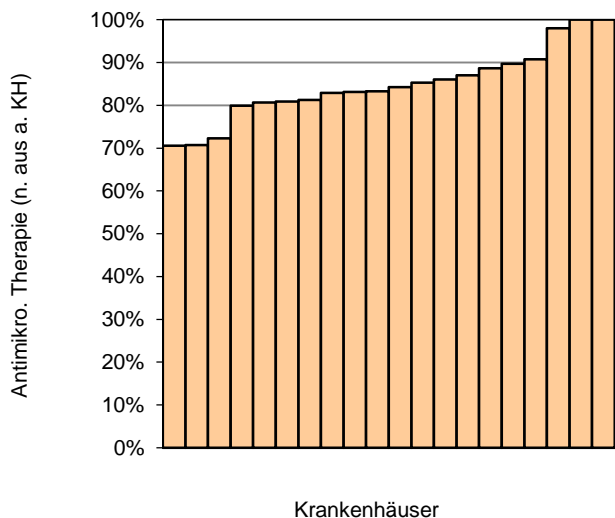
	Gesamt 2020		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich	4.571 / 5.396 84,71%	4.360 / 5.170 84,33% 83,32% - 85,30%	211 / 226 93,36%
Patientinnen und Patienten ohne antimikrobielle Therapie	524 / 5.396 9,71%	516 / 5.170 9,98%	8 / 226 3,54%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b_EKez_232003_2009, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232003_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 Patientinnen und 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:

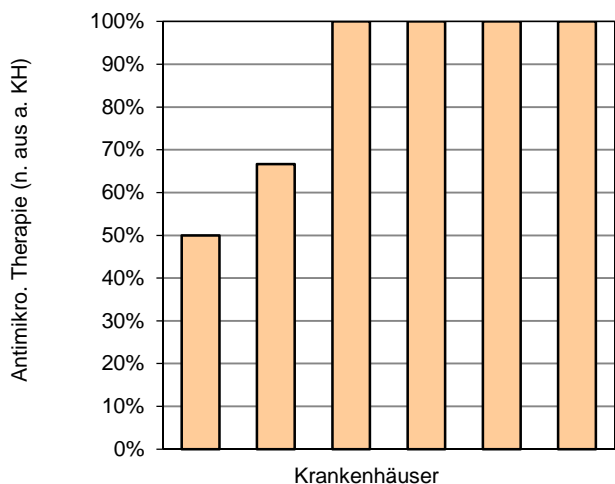
20 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,59	70,64	71,51	80,78	83,75	89,20	99,02	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
	50,00			66,67	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Frühmobilisation nach Aufnahme

Qualitätsziel: Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			3.325 / 3.610	92,11%

Risikoklassen nach Index CRB-65

Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer <= 1 Tag und 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: 2020/PNEU/2013

Referenzbereich: Risikoklasse 2: >= 90,00%

	Krankenhaus 2020		
	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 2020		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	1.035 / 1.081 95,74%	2.255 / 2.483 90,82%	35 / 46 76,09%
Vertrauensbereich		89,62% - 91,89%	
Referenzbereich		>= 90,00%	

Vorjahresdaten ¹	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			
Vorjahresdaten ¹	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 Vertrauensbereich	899 / 925 97,19%	2.702 / 2.879 93,85%	59 / 68 86,76%
		92,91% - 94,67%	

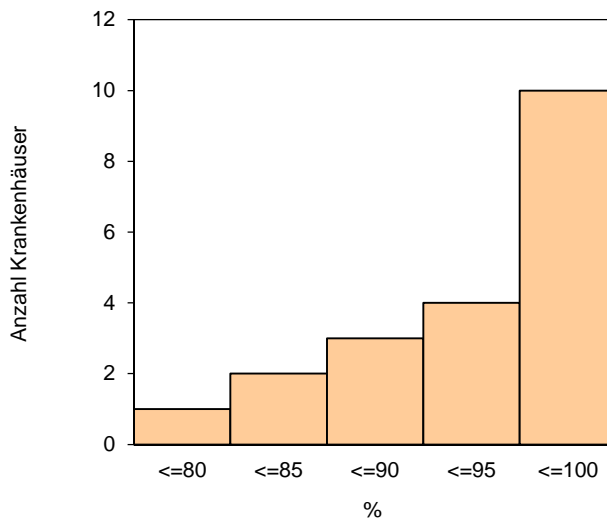
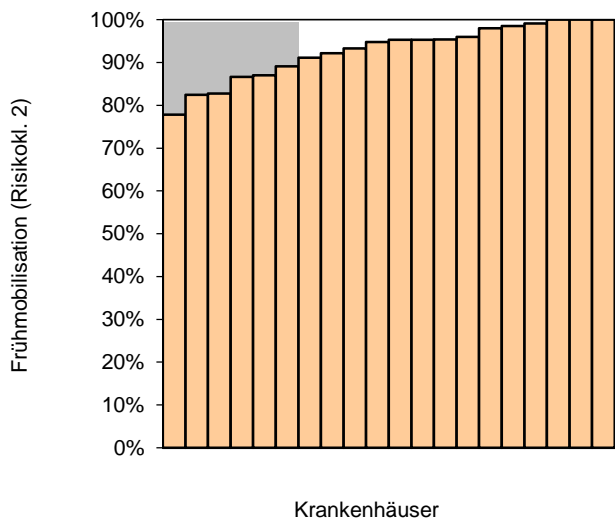
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2020/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:

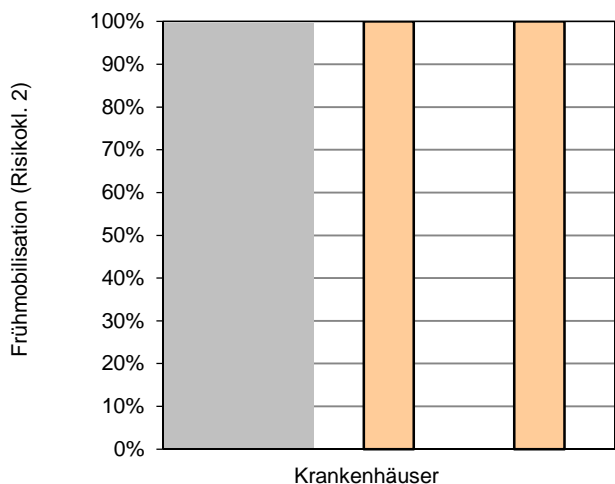
20 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,86	80,18	82,63	88,08	95,04	98,27	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)

Risikoklassen nach Index CRB-65

Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind
 (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer <= 1 Tag und Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung sowie Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)

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

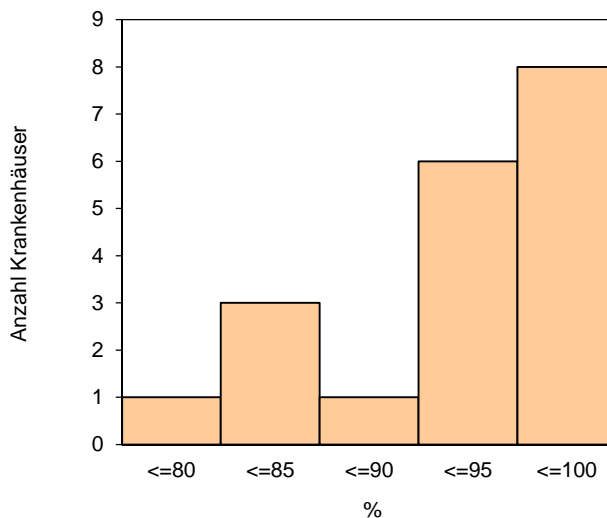
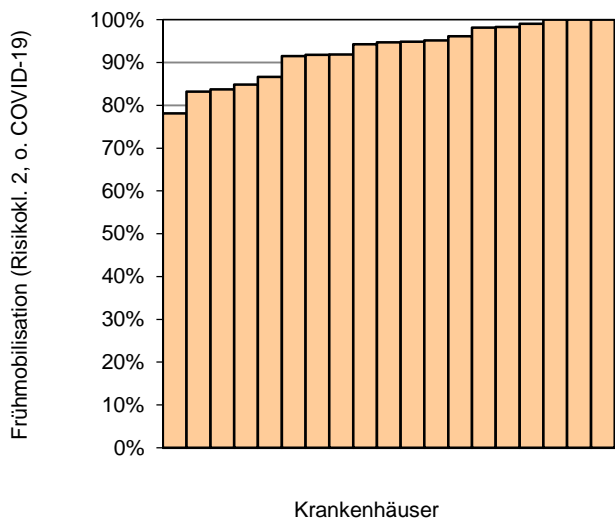
Art des Wertes: Risikoklasse 2: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: Risikoklasse 2: 2020/PNEU/232004_2013

	Krankenhaus 2020		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
	Gesamt 2020		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	649 / 682 95,16%	1.872 / 2.065 90,65%	30 / 41 73,17%
		89,32% - 91,83%	

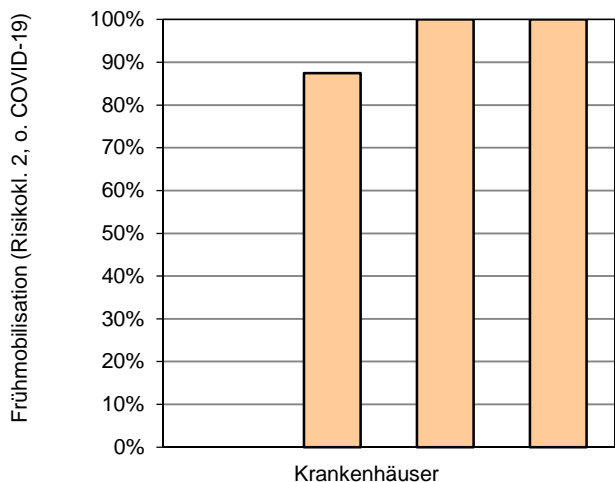
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b_EKz_232004_2013, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232004_2013]:
Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde, an allen lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (nach CRB-65-Index), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

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
	78,10		83,18	86,69	94,70	98,33	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
	0,00			43,75	93,75	100,00			100,00

3 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: 2020/PNEU/2028

Referenzbereich: >= 95,00%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			3.571 / 3.779	94,50%
Vertrauensbereich				93,72% - 95,18%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			3.779 / 3.779	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.779 / 3.779	100,00%
Spontane Atemfrequenz			3.582 / 3.779	94,79%
Herzfrequenz			3.773 / 3.779	99,84%
Temperatur			3.772 / 3.779	99,81%
Sauerstoffsättigung			3.762 / 3.779	99,55%
Blutdruck systolisch			3.773 / 3.779	99,84%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung Vertrauensbereich			3.776 / 3.898	96,87% 96,28% - 97,37%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			3.898 / 3.898	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.898 / 3.898	100,00%
Spontane Atemfrequenz			3.786 / 3.898	97,13%
Herzfrequenz			3.891 / 3.898	99,82%
Temperatur			3.890 / 3.898	99,79%
Sauerstoffsättigung			3.876 / 3.898	99,44%
Blutdruck systolisch			3.893 / 3.898	99,87%

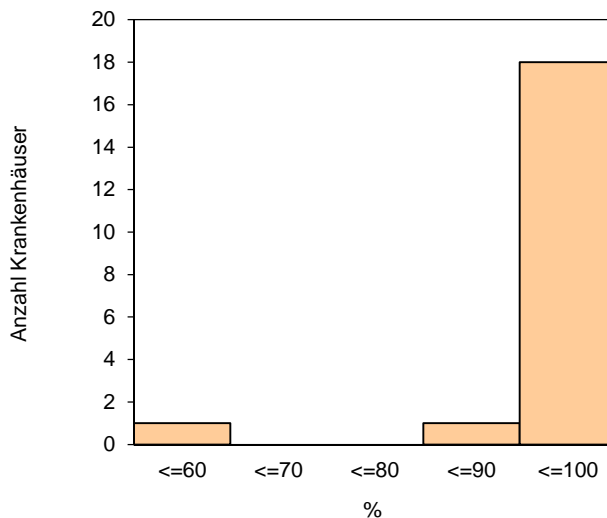
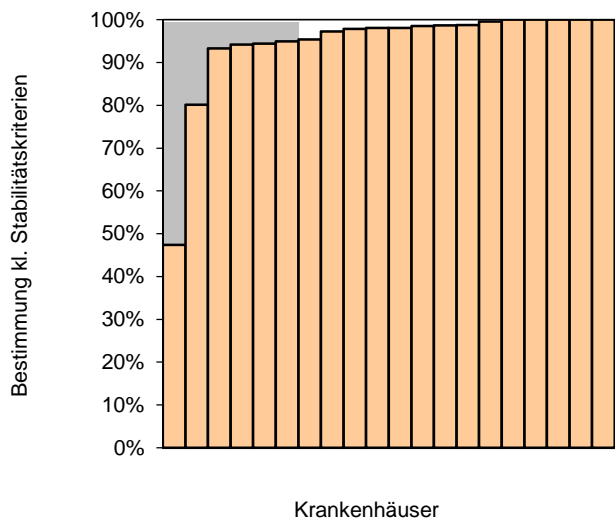
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2020/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:

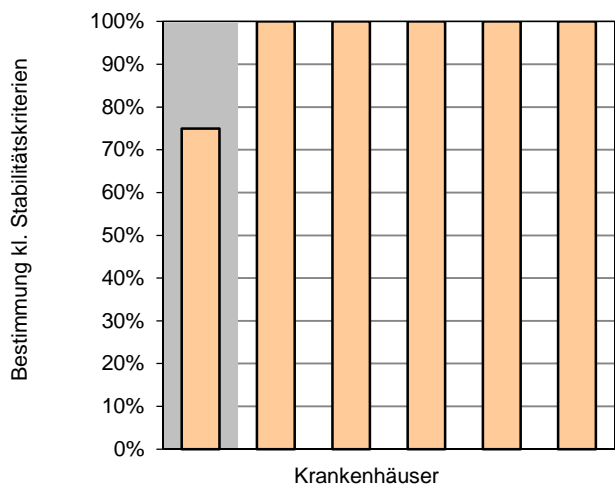
20 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	47,41	63,77	86,73	94,71	98,11	99,79	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
	75,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
 (ohne COVID-19-Fälle)**

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
 und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)

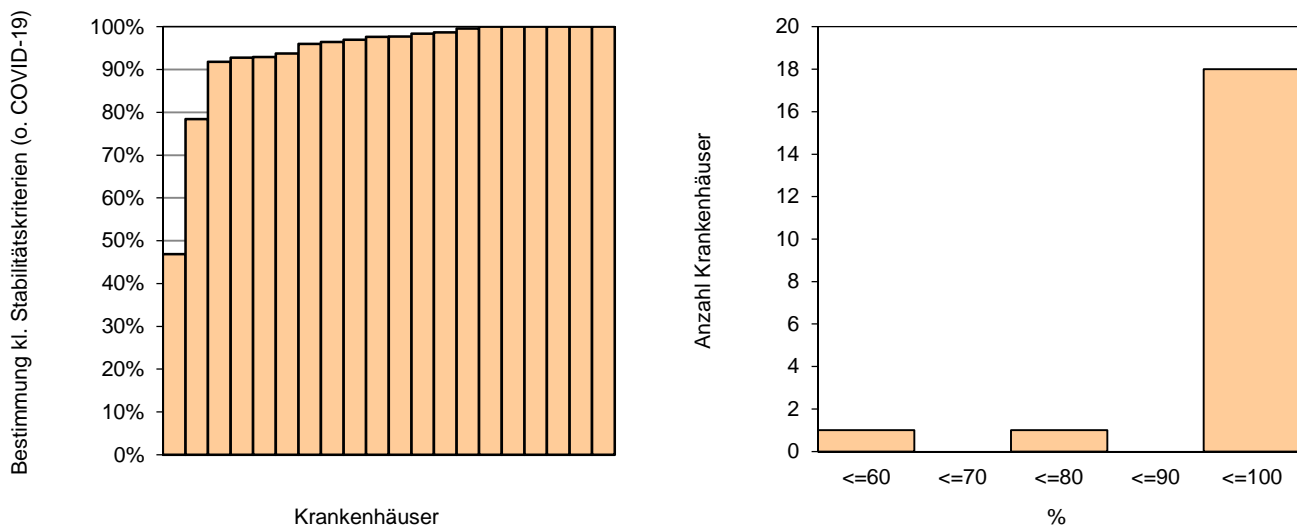
Art des Wertes: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/232005_2028

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung Vertrauensbereich			2.685 / 2.856	94,01% 93,08% - 94,83%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			2.856 / 2.856	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			2.856 / 2.856	100,00%
Spontane Atemfrequenz			2.696 / 2.856	94,40%
Herzfrequenz			2.850 / 2.856	99,79%
Temperatur			2.849 / 2.856	99,75%
Sauerstoffsättigung			2.839 / 2.856	99,40%
Blutdruck systolisch			2.851 / 2.856	99,82%

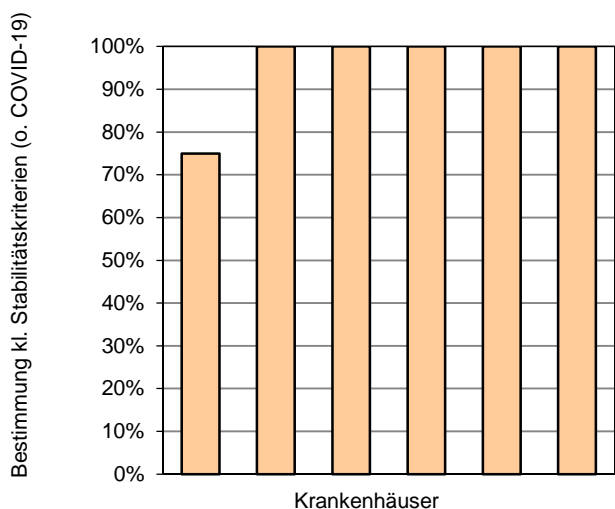
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b_EKez_232005_2028, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232005_2028]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patientinnen und Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,88	62,65	85,13	93,34	97,69	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
	75,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 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: 2020/PNEU/2036

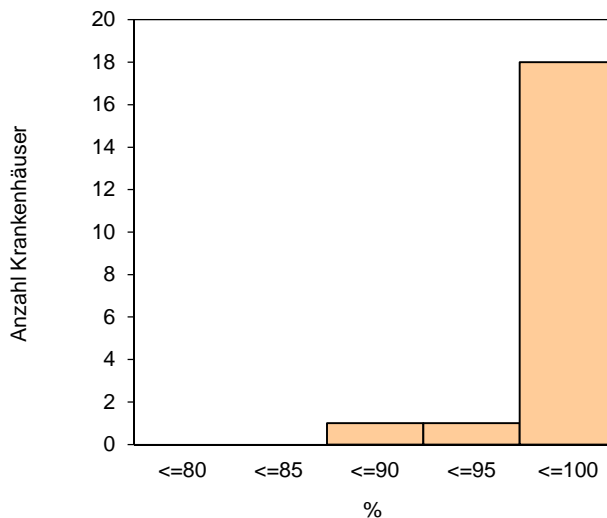
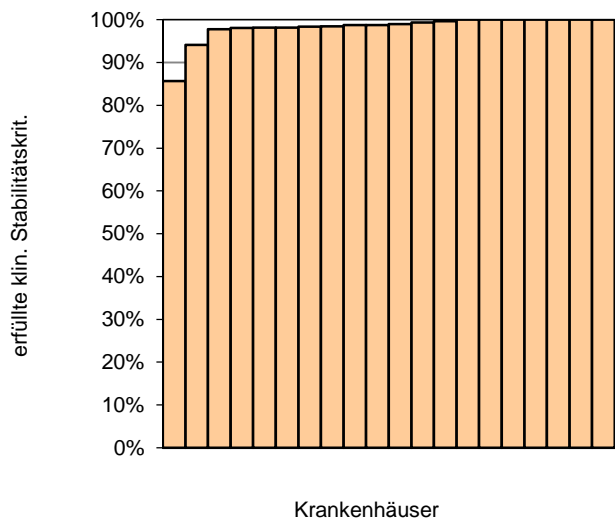
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			3.507 / 3.569	98,26% 97,78% - 98,64%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			3.549 / 3.569	99,44%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.453 / 3.569	96,75%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			3.519 / 3.569	98,60%
Herzfrequenz maximal 100/Min			3.517 / 3.569	98,54%
Temperatur maximal 37,8°C			3.512 / 3.569	98,40%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.511 / 3.569	98,37%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.537 / 3.569	99,10%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			3.725 / 3.774	98,70% 98,29% - 99,02%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			3.757 / 3.774	99,55%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			3.637 / 3.774	96,37%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			3.734 / 3.774	98,94%
Herzfrequenz maximal 100/Min			3.736 / 3.774	98,99%
Temperatur maximal 37,8°C			3.718 / 3.774	98,52%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			3.726 / 3.774	98,73%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			3.720 / 3.774	98,57%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

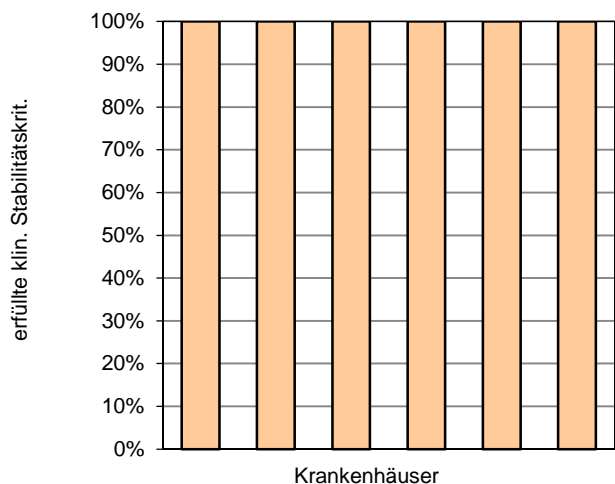
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a_TKez_2036, Kennzahl-ID 2020/PNEU/2036]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen an allen Patientinnen und Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,71	89,92	95,96	98,19	98,88	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
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)

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
 und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)

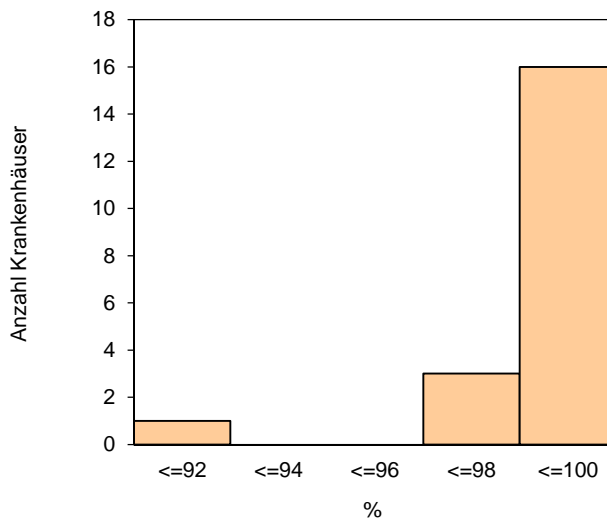
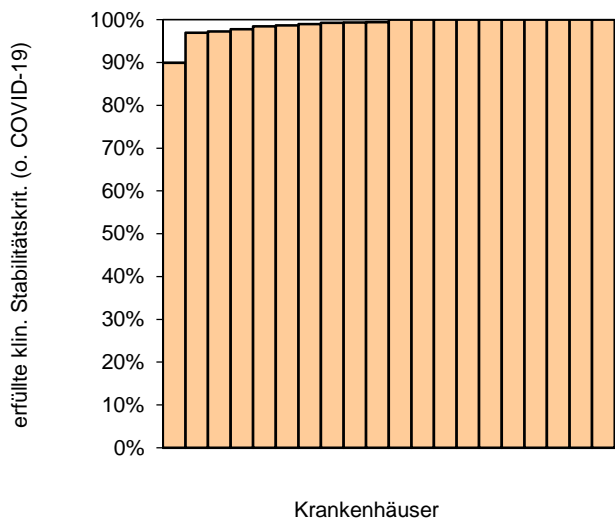
Art des Wertes: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/232006_2036

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			2.652 / 2.683	98,84% 98,36% - 99,18%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			2.668 / 2.683	99,44%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			2.597 / 2.683	96,79%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			2.656 / 2.683	98,99%
Herzfrequenz maximal 100/Min			2.654 / 2.683	98,92%
Temperatur maximal 37,8°C			2.658 / 2.683	99,07%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			2.648 / 2.683	98,70%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			2.660 / 2.683	99,14%

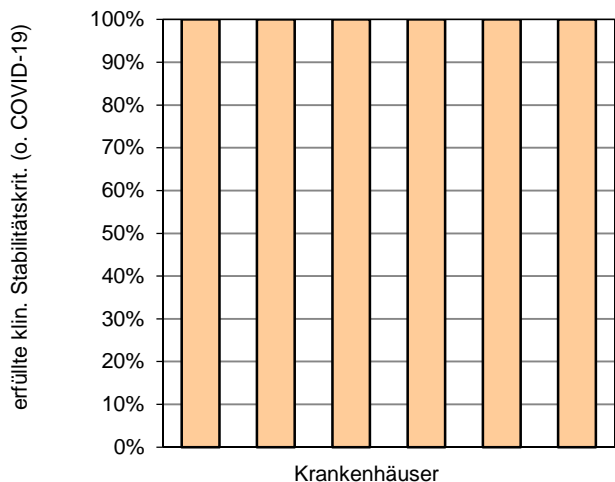
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b_EKez_232006_2036, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232006_2036]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen an allen Patientinnen und Patienten mit den regulären Entlassungsgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,91	93,44	97,11	98,58	99,71	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
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsindikator: Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/PNEU/50778

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 1,98 (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		324 / 4.096 7,91%
vorhergesagt (E) ²		312,30 / 4.096 7,62%
O - E		0,29%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		1,04
Vertrauensbereich		0,93 - 1,15
Referenzbereich	<= 1,98	<= 1,98

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 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ²		310 / 5.355 5,79%
vorhergesagt (E) ³		407,19 / 5.355 7,60%
O - E		-1,81%
O/E ⁴ Vertrauensbereich		0,76 0,68 - 0,85

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt 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.

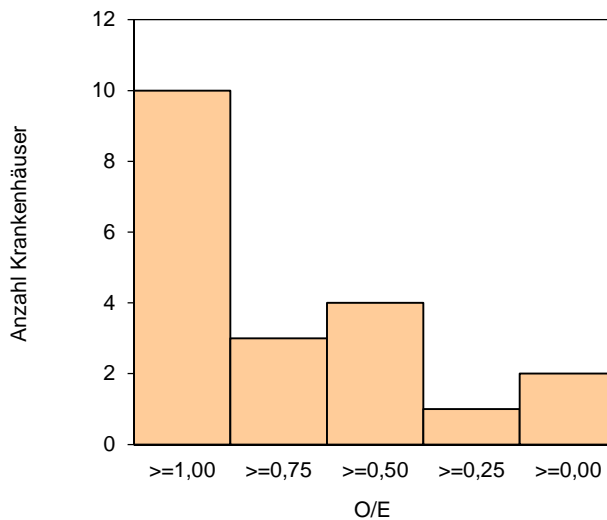
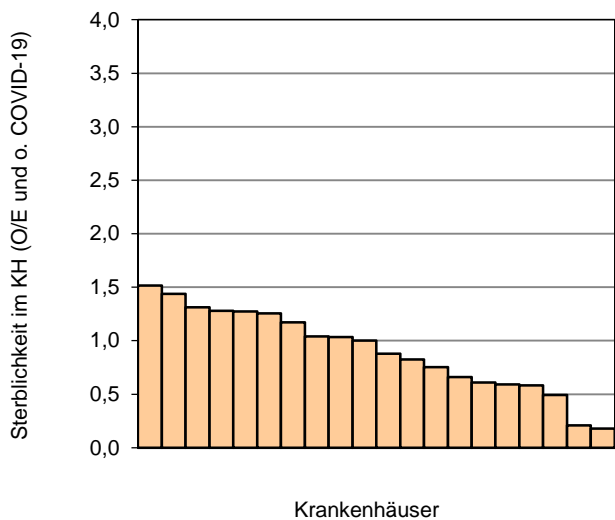
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2020/PNEU/50778]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen an allen Patientinnen und Patienten (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

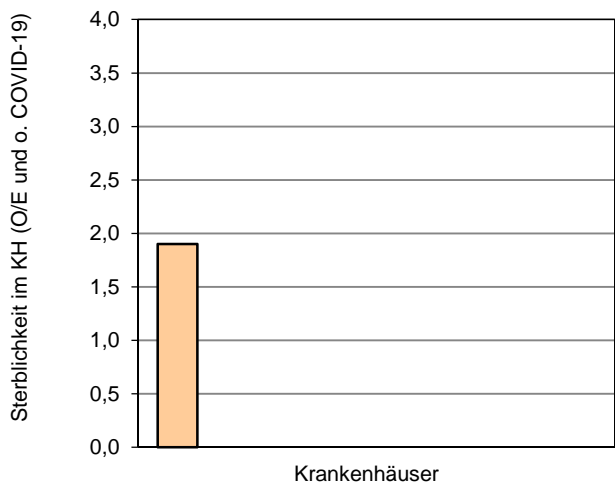
20 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,18	0,19	0,35	0,60	0,94	1,26	1,38	1,48	1,52

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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			1,90

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)

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

Art des Wertes: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/232007_50778

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		493 / 5.396 9,14%
vorhergesagt (E) ²		455,01 / 5.396 8,43%
O - E		0,70%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³ Vertrauensbereich		1,08 1,00 - 1,18

¹ KKez O_232007_50778: Beobachtete Rate an Todesfällen

² KKez E_232007_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.

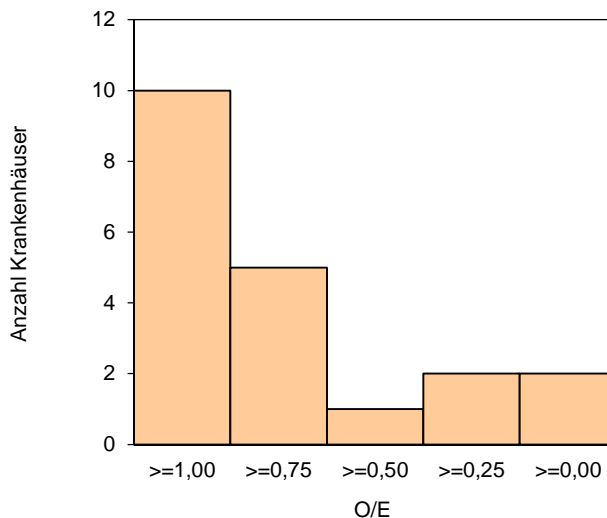
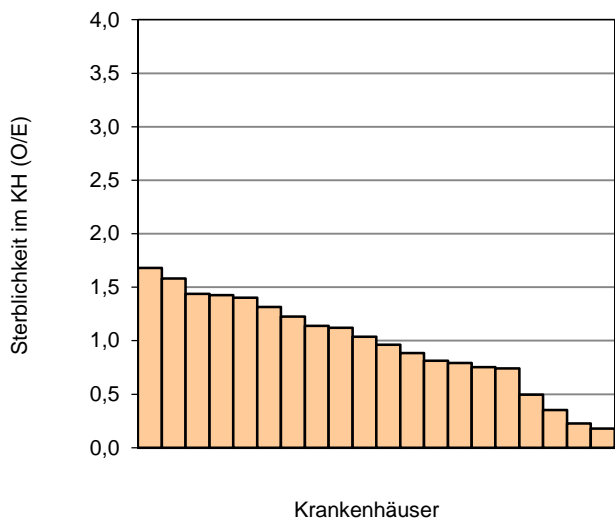
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

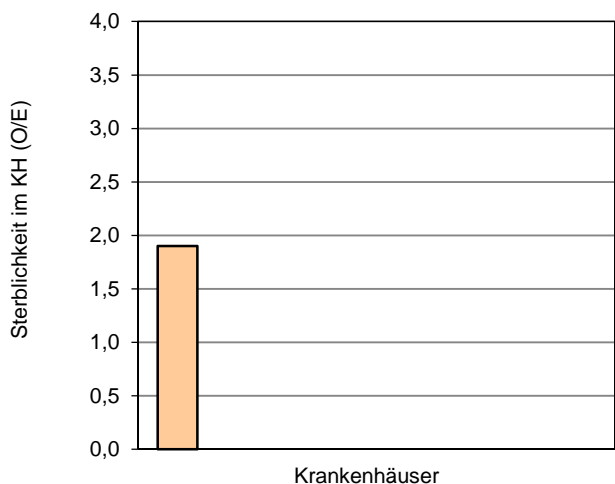
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b_EKez_232007_50778, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232007_50778]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen an allen Patientinnen und Patienten (Ausschluss:
 Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,18	0,20	0,29	0,75	1,00	1,36	1,51	1,63	1,68

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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			1,90

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)

Grundgesamtheit: COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung

Art des Wertes: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/232010_50778

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		169 / 1.300 13,00%
vorhergesagt (E) ²		142,70 / 1.300 10,98%
O - E		2,02%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³ Vertrauensbereich		1,18 1,03 - 1,36

¹ KKez O_232010_50778: Beobachtete Rate an Todesfällen

² KKez E_232010_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.

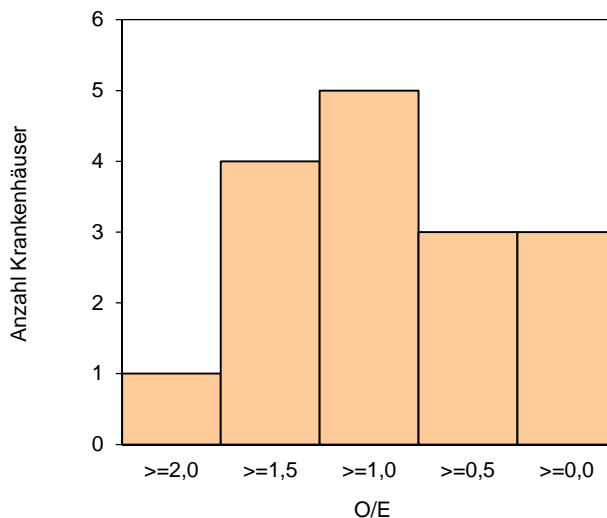
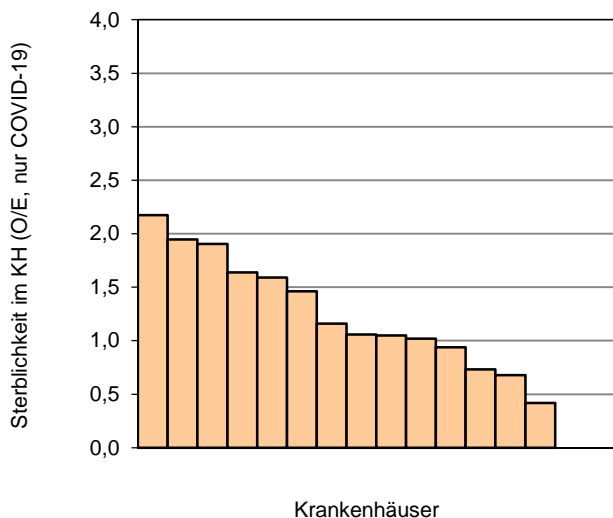
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

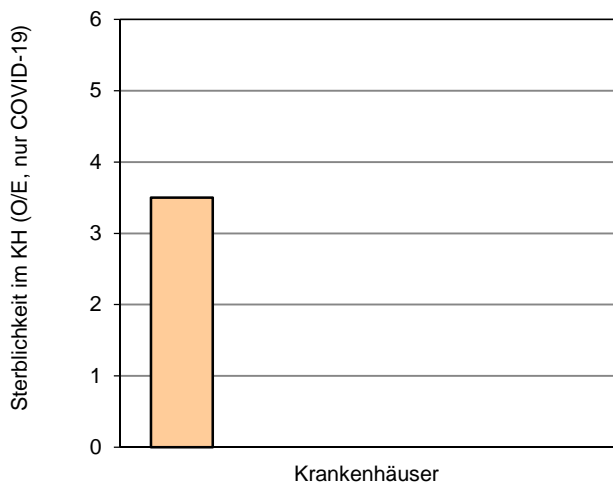
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_EKez_232010_50778, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232010_50778]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen an allen COVID-19-Fällen (Ausschluss: Patientinnen und
 Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 16 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		0,00	0,71	1,05	1,62	1,95		2,17

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 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	1,75			3,50

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/231900

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patientinnen und Patienten Vertrauensbereich			768 / 4.871	15,77% 14,77% - 16,82%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patientinnen und Patienten Vertrauensbereich			711 / 6.034	11,78% 10,99% - 12,62%

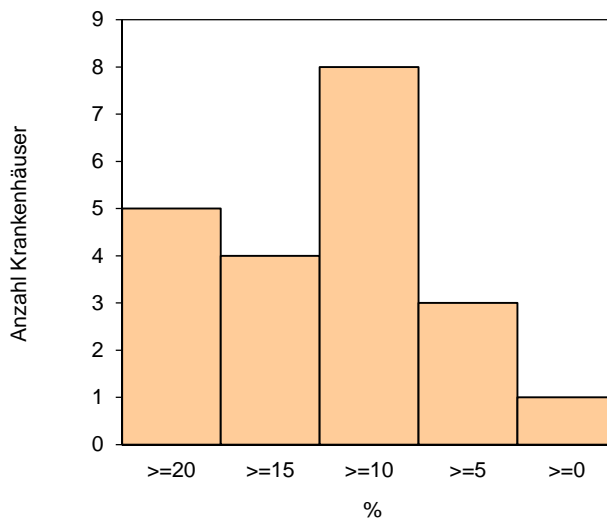
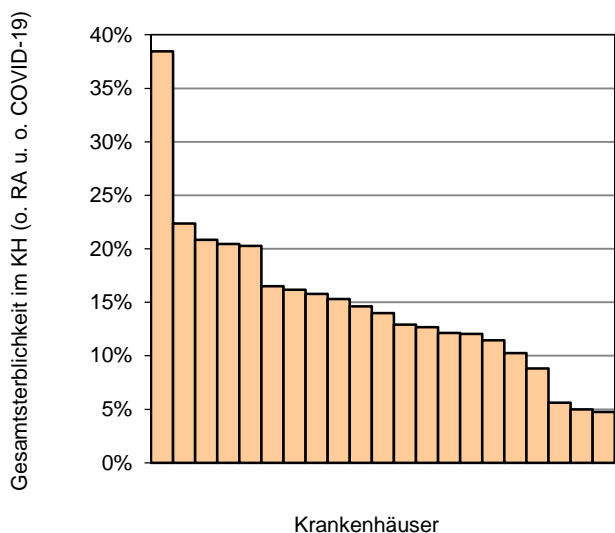
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a_TKz_231900, Kennzahl-ID 2020/PNEU/231900]:

Anteil von verstorbenen Patientinnen und Patienten an allen Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

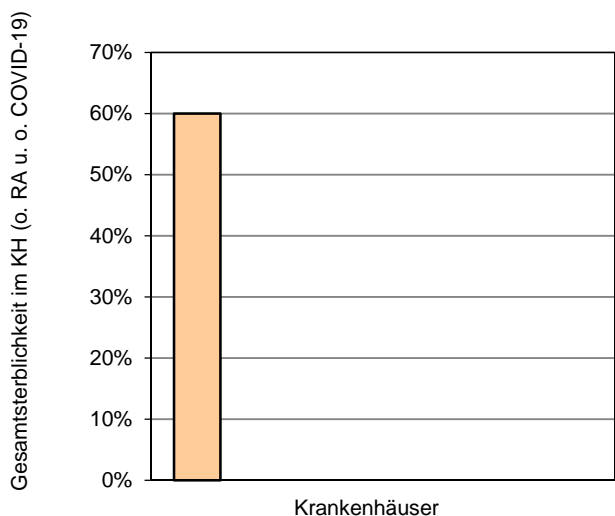
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,76	5,00	5,60	11,44	14,00	16,51	20,85	22,35	38,46

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			60,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten

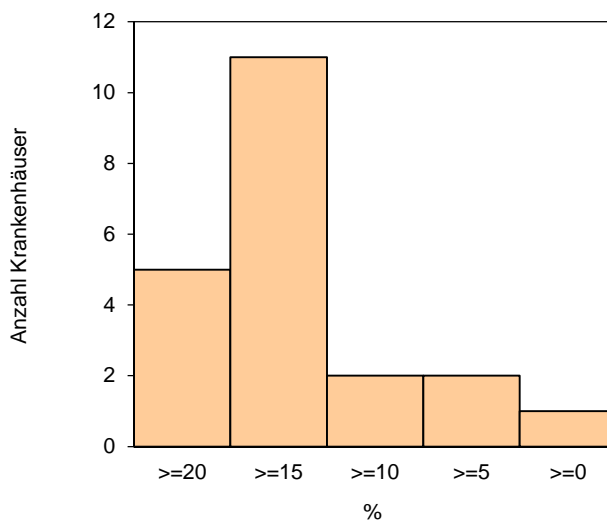
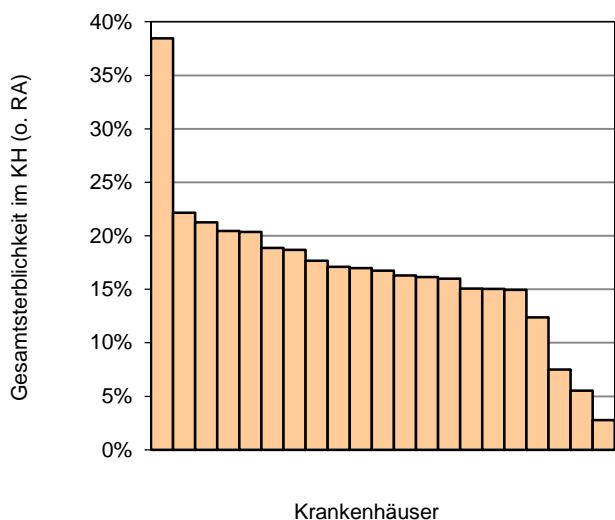
Art des Wertes: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/232008_231900

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patientinnen und Patienten Vertrauensbereich			1.128 / 6.429	17,55% 16,64% - 18,49%

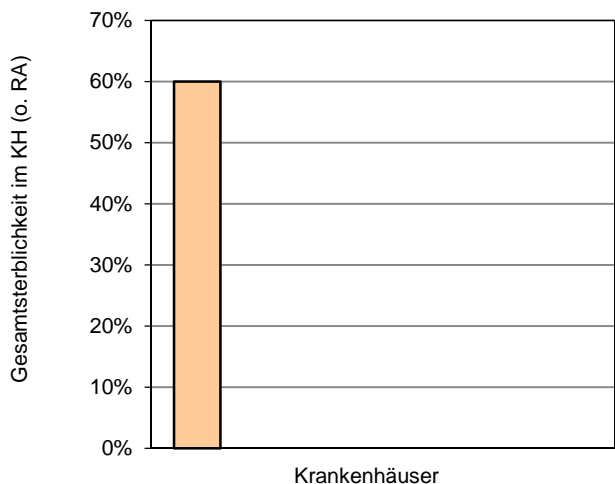
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b_EKez_232008_23190, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232008_231900]:
 Anteil von verstorbenen Patientinnen und Patienten an allen Patientinnen und Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,78	5,51	7,50	15,04	16,74	18,85	21,25	22,16	38,46

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			60,00

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: 2020/PNEU/50722

Referenzbereich: >= 95,00%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			5.976 / 6.271	95,30%
Vertrauensbereich				94,74% - 95,79%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			5.692 / 5.920	96,15%
Vertrauensbereich				95,63% - 96,61%

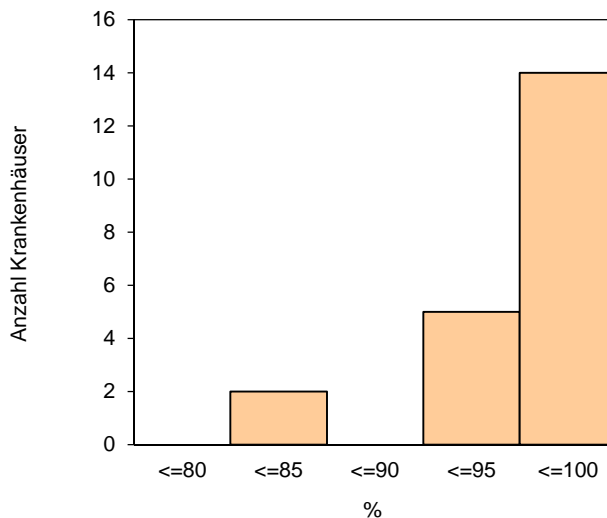
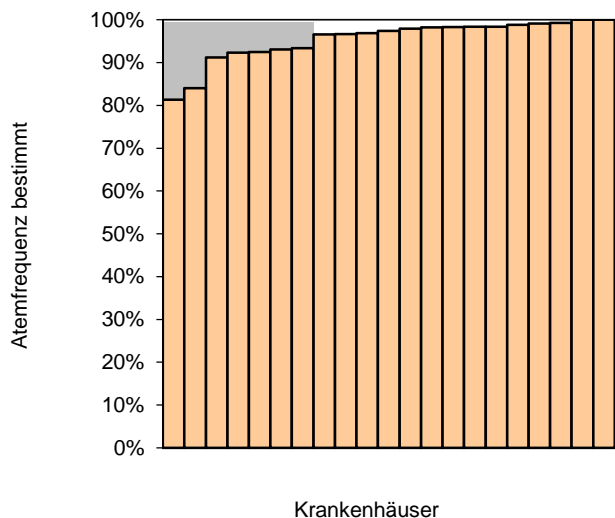
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2020/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:

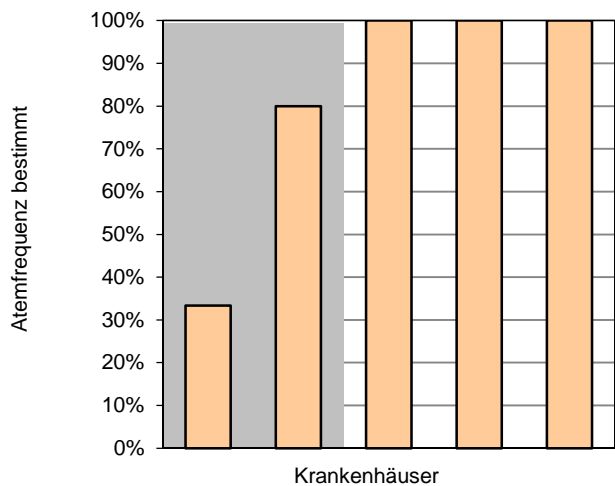
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,33	84,07	91,18	93,09	97,40	98,43	99,31	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
	33,33			80,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

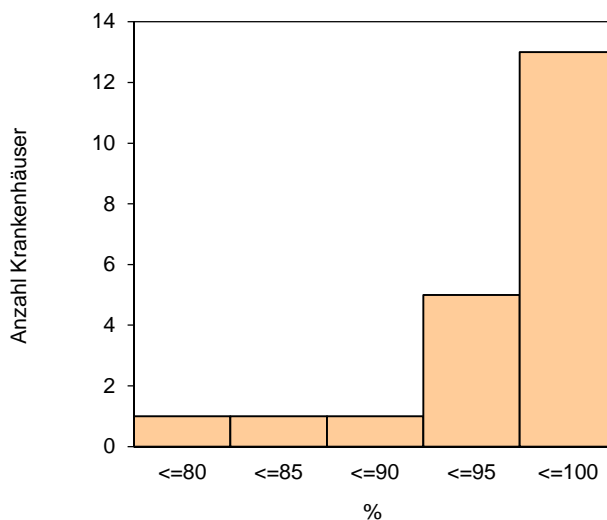
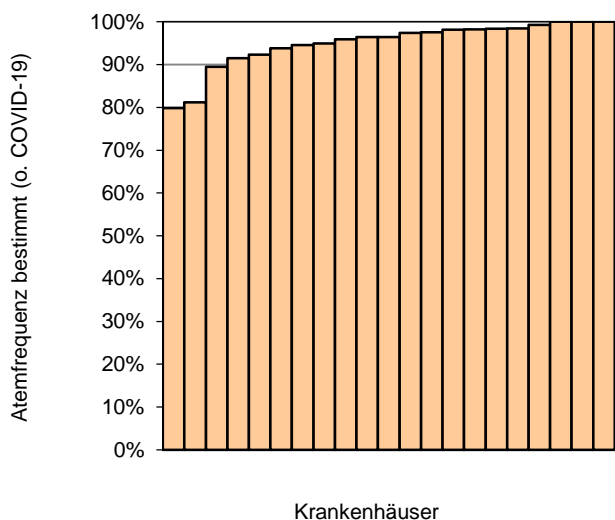
Art des Wertes: Ergänzende Kennzahl

Kennzahl-ID: 2020/PNEU/232009_50722

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme Vertrauensbereich			4.515 / 4.759	94,87% 94,21% - 95,46%

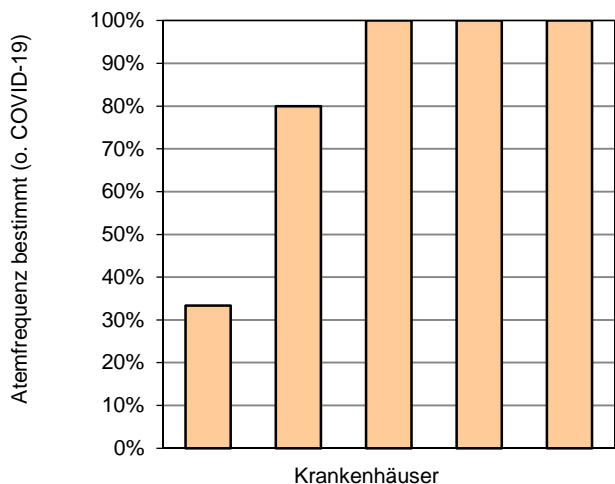
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b_EKez_232009_50722, Kennzahl-ID 2020/PNEU/232009_50722]:
Anteil von Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme an allen Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,82	81,16	89,47	93,84	96,44	98,40	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
	33,33			80,00	100,00	100,00			100,00

0 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: 2020/PNEU/811822

Referenzbereich: <= 16,18% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ ¹			335 / 4.704	7,12%
Vertrauensbereich				6,42% - 7,89%
Referenzbereich		<= 16,18%		<= 16,18%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“			348 / 4.568	7,62%
Vertrauensbereich				6,88% - 8,42%

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

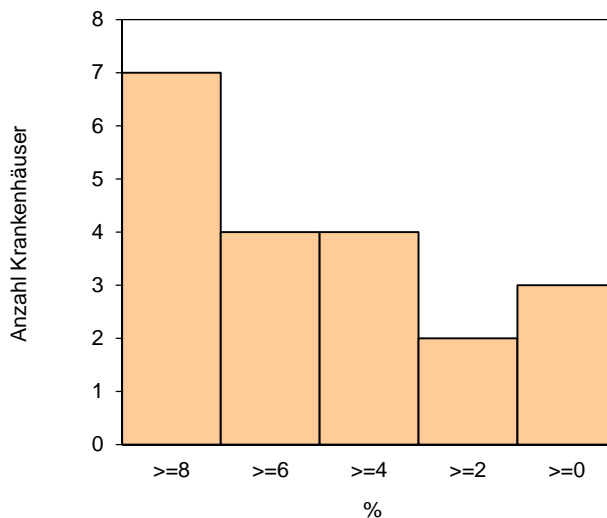
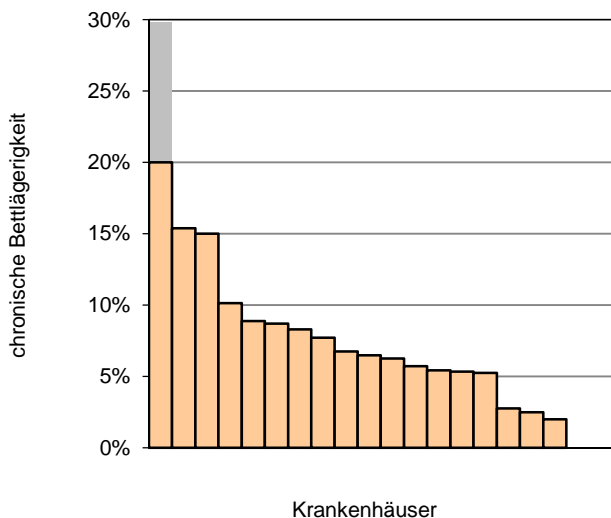
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_811822, AK-ID 2020/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:

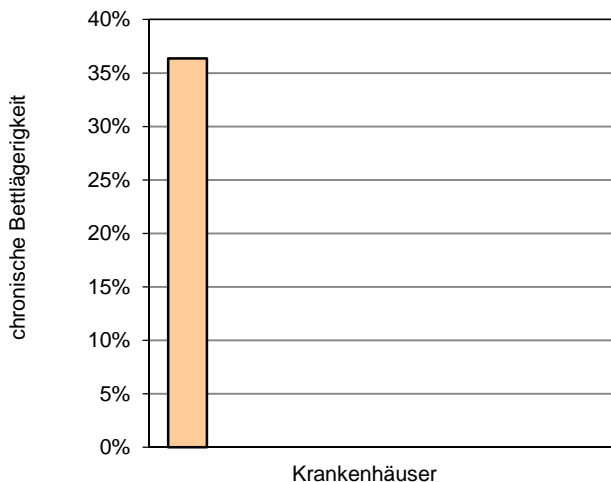
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,99	4,01	6,36	8,78	15,19	17,69	20,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			36,36

0 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: 2020/PNEU/811825

Referenzbereich: <= 31,14% (97%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50778

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	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			1.036 / 5.976	17,34%
		<= 31,14%		16,40% - 18,32% <= 31,14%

Vorjahresdaten²	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 Vertrauensbereich			1.029 / 5.692	18,08%
				17,10% - 19,10%

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

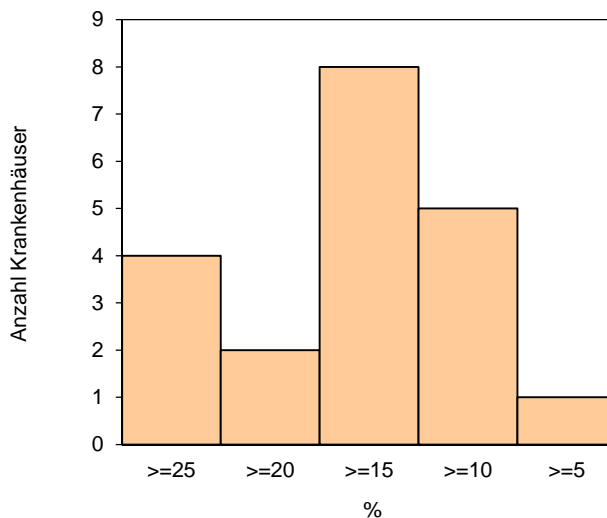
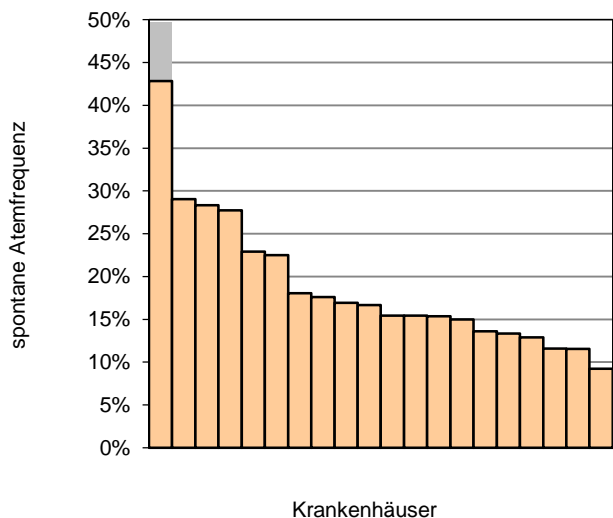
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_811825, AK-ID 2020/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:

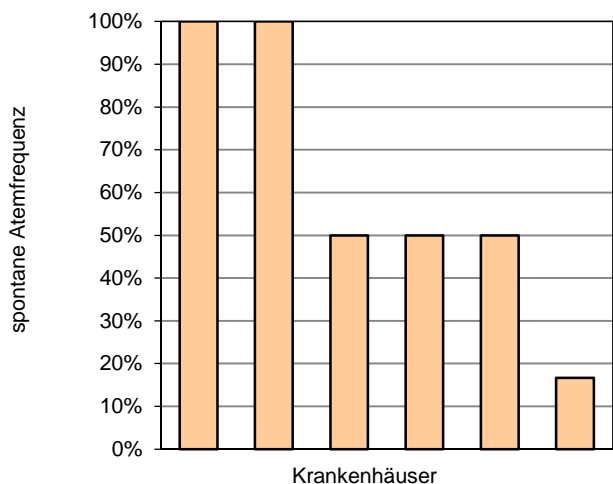
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,22	10,39	11,57	13,47	16,05	22,70	28,68	35,94	42,86

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,67			50,00	50,00	100,00			100,00

0 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: 2020/PNEU/811826

Referenzbereich: $\leq 20,17\%$ (97%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50778

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			562 / 5.976	9,40% 8,69% - 10,17% $\leq 20,17\%$

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute Vertrauensbereich			408 / 5.692	7,17% 6,53% - 7,87%

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

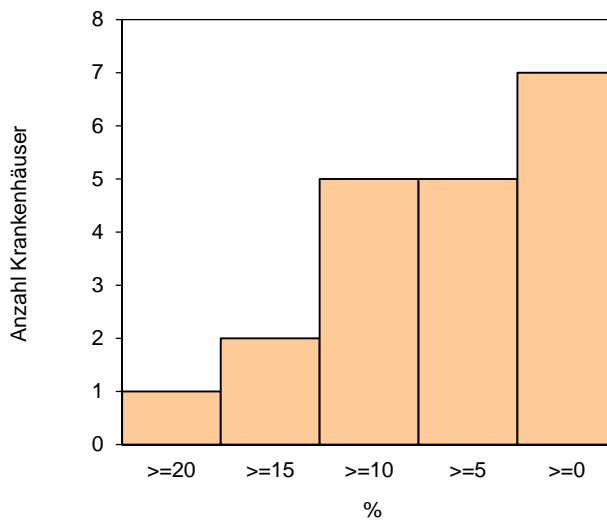
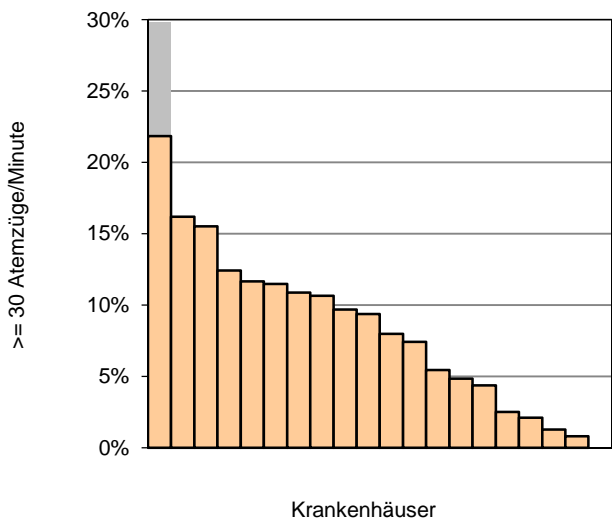
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_811826, AK-ID 2020/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:

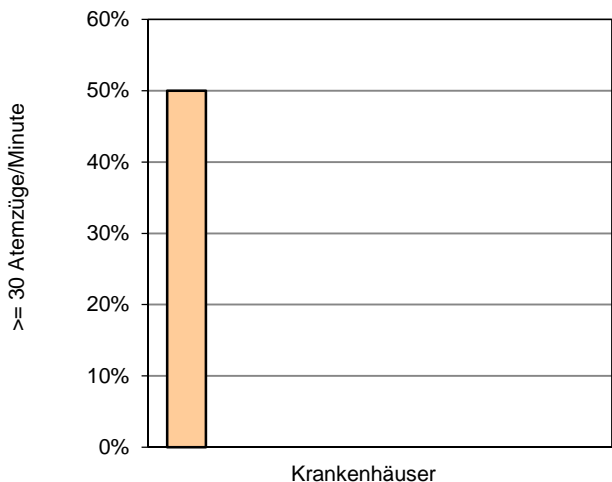
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,40	1,03	3,44	8,68	11,57	15,86	19,01	21,84

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 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: 2020/PNEU/851900

Referenzbereich: <= 50,00%

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum ¹			43 / 404	10,64%
Vertrauensbereich				8,00% - 14,03%
Referenzbereich		<= 50,00%		<= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum			31 / 239	12,97%
Vertrauensbereich				9,29% - 17,82%

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

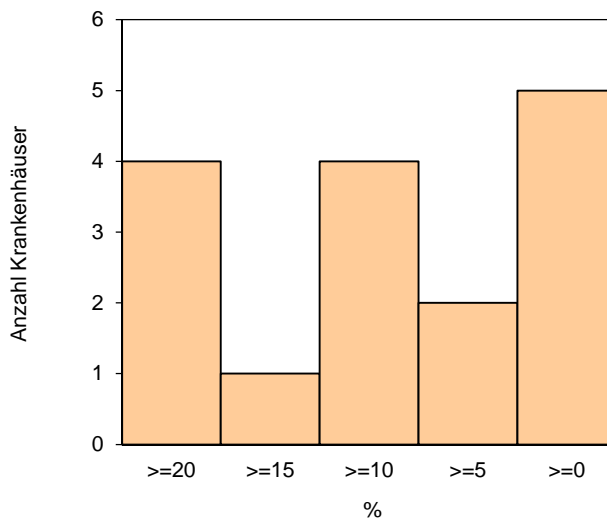
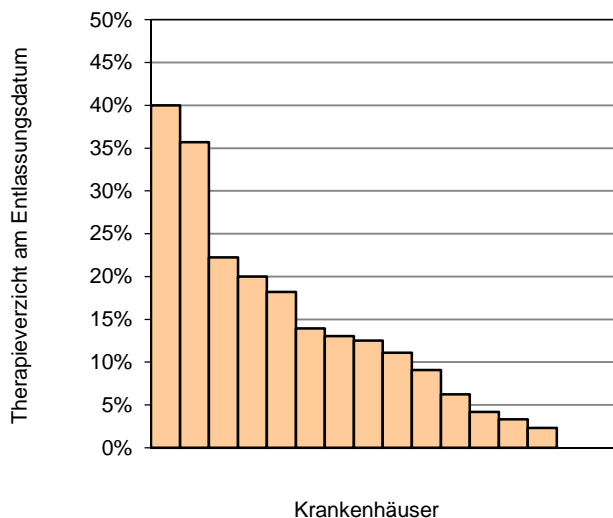
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851900, AK-ID 2020/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:

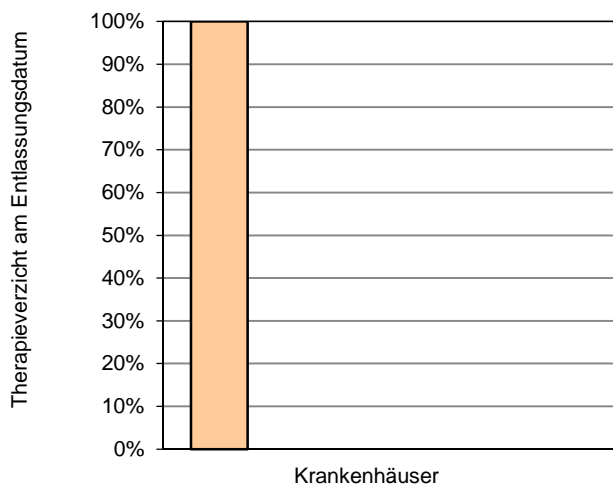
16 Krankenhäuser haben mindestens 4 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	3,75	11,81	19,09	35,71		40,00

Krankenhäuser mit weniger als 4 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	50,00			100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2020 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 6.429
Datensatzversion: PNEU 2020
Datenbankstand: 02. März 2021
2020 - D18591-L119785-P55717

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.019	31,40	1.877	31,11
2. Quartal			1.261	19,61	1.444	23,93
3. Quartal			1.147	17,84	1.230	20,38
4. Quartal			2.002	31,14	1.483	24,58
Gesamt			6.429		6.034	

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6.429		6.034	
Median				7,00		7,00
Mittelwert				9,28		8,35

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

1	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
2	U99.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	Z29.0	Isolierung als prophylaktische Maßnahme
5	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
6	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
7	U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen
8	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				Z11	2.515	39,12	J18.1	1.406	23,30
2				U99.0	2.054	31,95	I10.00	1.123	18,61
3				I10.00	1.607	25,00	J18.9	872	14,45
4				Z29.0	1.544	24,02	J15.9	837	13,87
5				J12.8	1.473	22,91	E86	797	13,21
6				J96.00	1.372	21,34	J15.8	791	13,11
7				U07.1	1.352	21,03	J69.0	781	12,94
8				J18.1	1.105	17,19	J96.00	704	11,67

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-10-GM 2020 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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.429 / 6.429		6.034 / 6.034	
18 - 19 Jahre			11 / 6.429	0,17	8 / 6.034	0,13
20 - 29 Jahre			109 / 6.429	1,70	107 / 6.034	1,77
30 - 39 Jahre			225 / 6.429	3,50	197 / 6.034	3,26
40 - 49 Jahre			360 / 6.429	5,60	232 / 6.034	3,84
50 - 59 Jahre			670 / 6.429	10,42	520 / 6.034	8,62
60 - 69 Jahre			892 / 6.429	13,87	889 / 6.034	14,73
70 - 79 Jahre			1.605 / 6.429	24,97	1.546 / 6.034	25,62
80 - 89 Jahre			1.885 / 6.429	29,32	1.885 / 6.034	31,24
>= 90 Jahre			672 / 6.429	10,45	650 / 6.034	10,77
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.429		6.034	
Median				76,00		77,00
Mittelwert				71,97		73,07
Geschlecht						
männlich			3.802	59,14	3.419	56,66
weiblich			2.627	40,86	2.615	43,34
divers ¹			0	0,00	-	-
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

Aufnahme

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung¹			1.606	24,98	1.390	23,04
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			257	4,00	196	3,25
Chronische Bettlägerigkeit²			1.282	19,94	1.175	19,47
bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle³						
ja			158	2,46	114	1,89
nein			6.271	97,54	5.920	98,11
wenn nein:						
Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinsstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?⁴						
nein			4.083	65,11	3.923	66,27
ja, pneumoniebedingt			481	7,67	454	7,67
ja, nicht pneumoniebedingt			1.574	25,10	1.543	26,06
nicht beurteilbar ⁵			133	2,12	-	-
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (Atemzüge/min)						
Anzahl gültiger Angaben			5.976		5.692	
Median				18,00		18,00
Mittelwert				19,68		19,36
nicht bestimmt			295	4,70	228	3,85

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

⁵ neuer Schlüsselwert in 2020

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blutdruck systolisch (Erste Messung bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.271		5.920	
Median				130,00		130,00
Mittelwert				132,04		131,15
Blutdruck diastolisch (Erste Messung bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			6.271		5.920	
Median				75,00		73,00
Mittelwert				74,62		73,30
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie			81	1,26	65	1,08
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			6.271	97,54	5.871	97,30
4 bis unter 8 Stunden			51	0,79	71	1,18
8 Stunden und später			26	0,40	27	0,45
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			619	9,63	89	1,47
4 bis unter 8 Stunden			5.014	77,99	5.316	88,10
8 Stunden und später			301	4,68	296	4,91
Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie			348	5,41	214	3,55
			147	2,29	119	1,97

Verlauf

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe))						
keine Mobilisation			1.365	21,23	916	15,18
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			4.529	70,45	4.692	77,76
nach 24 Stunden und später			535	8,32	426	7,06
Maschinelle Beatmung¹						
nein			5.431	84,48	5.464	90,55
ja, ausschließlich nicht-invasiv			455	7,08	251	4,16
ja, ausschließlich invasiv			282	4,39	159	2,64
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			261	4,06	160	2,65
Dokumentierter Therapieverzicht						
Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapieziel- setzung festgelegt wurde? ²						
ja			1.033	16,07	679	11,25
nein			5.396	83,93	5.355	88,75

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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			5.301 / 6.429	82,45	5.323 / 6.034	88,22
Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, qualitative Beurteilung)						
nein			3.857 / 5.301	72,76	3.822 / 5.323	71,80
ja, pneumoniebedingt			42 / 5.301	0,79	38 / 5.323	0,71
ja, nicht pneumoniebedingt			1.125 / 5.301	21,22	1.160 / 5.323	21,79
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
nein			283 / 5.301	5,34	240 / 5.323	4,51
ja			4.737 / 5.301	89,36	4.771 / 5.323	89,63
Spontane Atemfrequenz (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 24/min			4.659 / 5.301	87,89	4.793 / 5.323	90,04
über 24/min			79 / 5.301	1,49	65 / 5.323	1,22
nicht bestimmt			265 / 5.301	5,00	151 / 5.323	2,84
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			18 / 5.301	0,34	8 / 5.323	0,15
Herzfrequenz (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 100/min			4.910 / 5.301	92,62	4.938 / 5.323	92,77
über 100/min			96 / 5.301	1,81	70 / 5.323	1,32
nicht bestimmt			15 / 5.301	0,28	9 / 5.323	0,17
Temperatur (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 37,8° C			4.926 / 5.301	92,93	4.918 / 5.323	92,39
über 37,8° C			83 / 5.301	1,57	89 / 5.323	1,67
nicht bestimmt			13 / 5.301	0,25	10 / 5.323	0,19

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung (Fortsetzung)

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			5.301 / 6.429	82,45	5.323 / 6.034	88,22
Sauerstoffsättigung (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90%			93 / 5.301	1,75	74 / 5.323	1,39
mindestens 90%			4.896 / 5.301	92,36	4.916 / 5.323	92,35
nicht bestimmt			33 / 5.301	0,62	27 / 5.323	0,51
Blutdruck systolisch (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90 mmHg			53 / 5.301	1,00	75 / 5.323	1,41
mindestens 90 mmHg			4.951 / 5.301	93,40	4.932 / 5.323	92,65
nicht bestimmt			15 / 5.301	0,28	7 / 5.323	0,13

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.936	61,22	3.989	66,11
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			48	0,75	51	0,85
03: aus sonstigen Gründen			17	0,26	18	0,30
04: gegen ärztlichen Rat			125	1,94	109	1,81
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			432	6,72	403	6,68
07: Tod			1.128	17,55	711	11,78
08: Verlegung nach § 14			13	0,20	12	0,20
09: in Rehabilitationseinrichtung			40	0,62	30	0,50
10: in Pflegeeinrichtung			661	10,28	673	11,15
11: in Hospiz			5	0,08	9	0,15
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	2	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,06	2	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			16	0,25	23	0,38
22: Fallabschluss			1	0,02	2	0,03
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen ²			2	0,03	-	-
29: beatmet verlegt ²			1	0,02	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet	15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	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
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11 Entlassung in ein Hospiz	
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	

² neuer Schlüsselwert in 2020

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			4.236	79,91	4.255	79,94
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			101	2,38	136	3,20

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.128 / 6.429	17,55	711 / 6.034	11,78
18 - 19 Jahre			0 / 11	0,00	0 / 8	0,00
20 - 29 Jahre			3 / 109	2,75	1 / 107	0,93
30 - 39 Jahre			2 / 225	0,89	2 / 197	1,02
40 - 49 Jahre			9 / 360	2,50	7 / 232	3,02
50 - 59 Jahre			33 / 670	4,93	28 / 520	5,38
60 - 69 Jahre			105 / 892	11,77	69 / 889	7,76
70 - 79 Jahre			316 / 1.605	19,69	177 / 1.546	11,45
80 - 89 Jahre			476 / 1.885	25,25	298 / 1.885	15,81
>= 90 Jahre			184 / 672	27,38	129 / 650	19,85
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung ¹			541 / 1.606	33,69	322 / 1.390	23,17
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ²			72 / 158	45,57	40 / 114	35,09
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			54 / 257	21,01	35 / 196	17,86
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			1.074 / 6.172	17,40	676 / 5.838	11,58
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			22 / 41	53,66	4 / 13	30,77
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			533 / 4.566	11,67	354 / 4.448	7,96

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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Patienten mit:						
maschinellem Beatmung während des stationären Aufenthaltes ¹			395 / 998	39,58	201 / 570	35,26
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			145 / 455	31,87	67 / 251	26,69
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			151 / 282	53,55	67 / 159	42,14
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			99 / 261	37,93	67 / 160	41,88

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

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			1.128 / 6.429	17,55	711 / 6.034	11,78
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung ¹			493 / 5.396	9,14	310 / 5.355	5,79
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung ²			193 / 1.014	19,03	116 / 1.030	11,26
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ³			41 / 117	35,04	23 / 94	24,47
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung			28 / 226	12,39	13 / 166	7,83
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			465 / 5.170	8,99	297 / 5.189	5,72
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			17 / 35	48,57	2 / 11	18,18
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitations- einrichtung und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			272 / 4.156	6,54	181 / 4.159	4,35

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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Patienten mit:						
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes ¹			208 / 772	26,94	91 / 443	20,54
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			54 / 339	15,93	21 / 197	10,66
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			89 / 211	42,18	36 / 123	29,27
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			65 / 222	29,28	34 / 123	27,64

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 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.

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 2020.

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 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 © 2021. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2019 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2020 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.

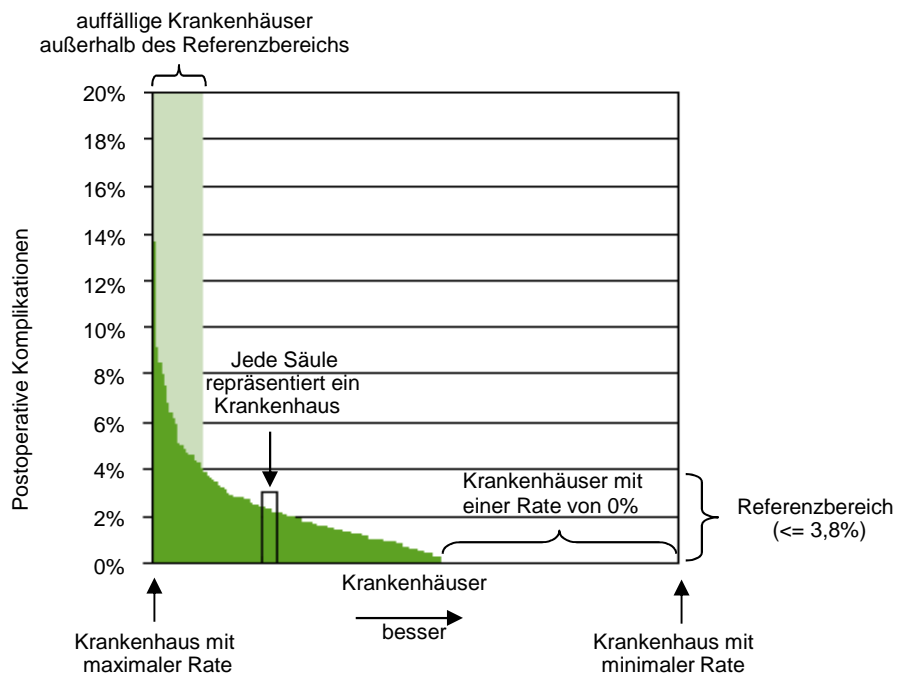
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

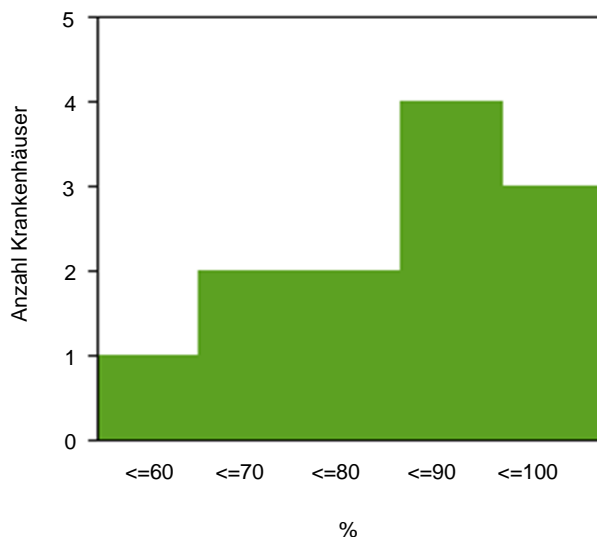
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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 2020/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2020. 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 „TKez“ bzw. „KKez“) 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.