

Jahresauswertung 2018 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 39
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.040
Datensatzversion: PNEU 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17908-L112581-P53659

Jahresauswertung 2018
Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 39
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.040
Datensatzversion: PNEU 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17908-L112581-P53659

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme							
2018/PNEU/2005							
QI: Alle Patienten			98,48%	>= 95,00%	innerhalb	97,90%	11
2018/PNEU/2006							
TKez: Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			98,46%	-	-	97,95%	11
2018/PNEU/2007							
TKez: Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden			100,00%	-	-	94,34%	11
2018/PNEU/2009							
QI: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)			94,88%	>= 90,00%	innerhalb	95,09%	16

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/PNEU/2013 QI: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)			94,15%	>= 90,00%	innerhalb	94,51%	19
2018/PNEU/2028 QI: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			95,94%	>= 95,00%	innerhalb	97,34%	22
2018/PNEU/2036 TKez: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			97,96%	-	-	97,77%	25

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/PNEU/50778							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			0,97	<= 1,58	innerhalb	0,93	28
2018/PNEU/50722							
QI: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme			97,62%	>= 95,00%	innerhalb	96,56%	30

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/PNEU/811821 Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde			6,60%	<= 30,00%	innerhalb	6,42%	32
2018/PNEU/811822 Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit			8,10%	<= 17,80%	innerhalb	9,01%	34
2018/PNEU/811825 Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			16,46%	<= 31,99%	innerhalb	15,52%	36

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 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/PNEU/811826							
Häufige Angabe von >= 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“			8,83%	<= 22,93%	innerhalb	10,13%	38
2018/PNEU/811827							
Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			0,95%	<= 10,00%	innerhalb	0,97%	40

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

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

Für das Auswertungsjahr 2018 wurden erstmals kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KK“ oder „TK“ gekennzeichnet.

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

Auswertungseinheiten (Standorte)

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

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für den Qualitätsindikator

- Frühmobilisation

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

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Indexes CRB-65:

- o Pneumoniebedingte Desorientiertheit (Mental Confusion)
- o Spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$ (Respiratory rate)
- o Blutdruck (systolisch $< 90\text{mmHg}$ oder diastolisch $\leq 60\text{mmHg}$) (Blood pressure)
- o Alter ≥ 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: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

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

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	7.918 / 8.040 98,48%	7.788 / 7.910 98,46%	130 / 130 100,00%
Vertrauensbereich	98,19% - 98,73%	98,16% - 98,71%	97,13% - 100,00%
Referenzbereich	>= 95,00%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			

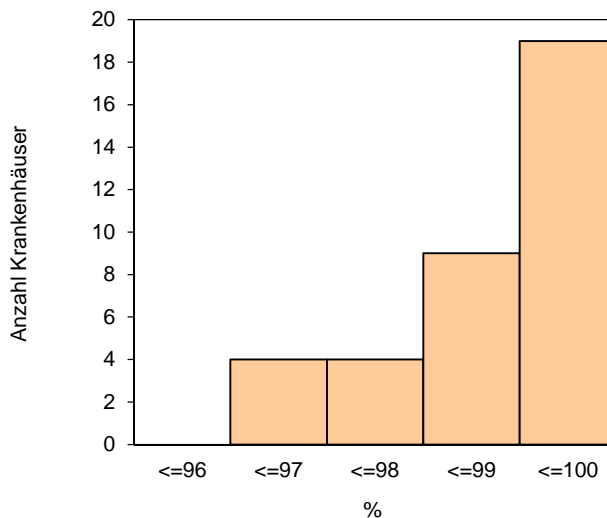
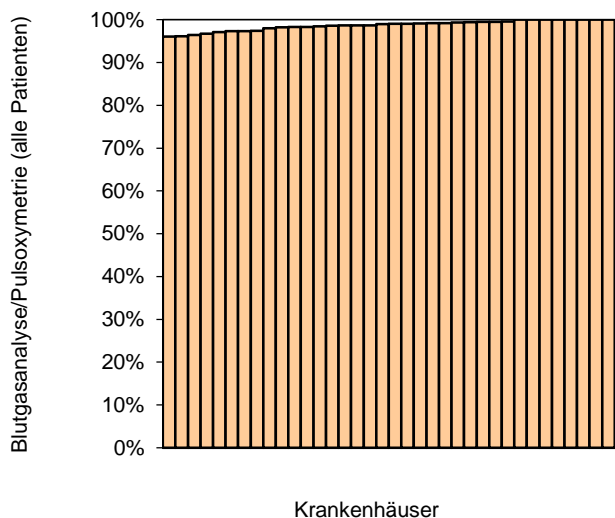
Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	7.501 / 7.662 97,90% 97,55% - 98,20%	7.401 / 7.556 97,95% 97,60% - 98,24%	100 / 106 94,34% 88,20% - 97,38%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

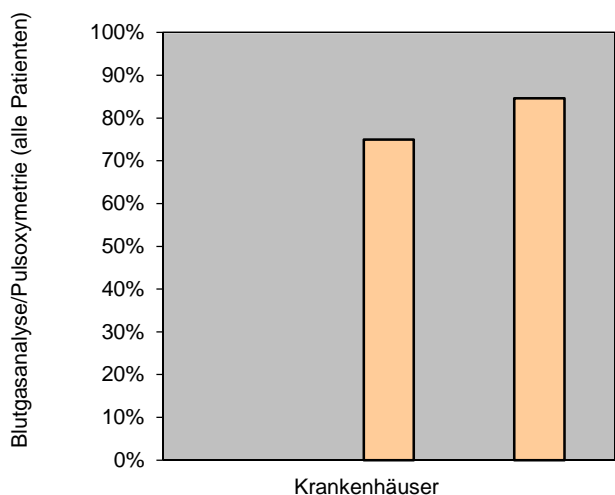
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,09	96,15	96,74	98,14	99,02	99,59	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

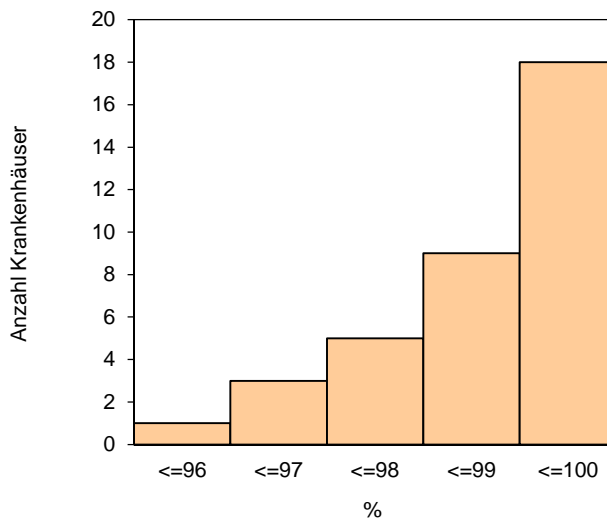
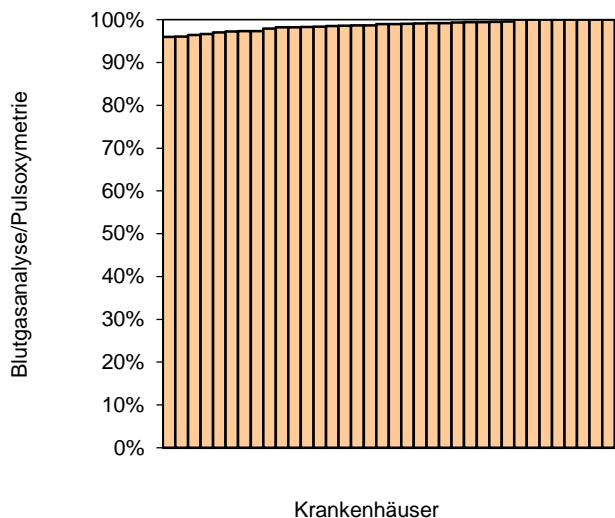


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				75,00				84,62

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

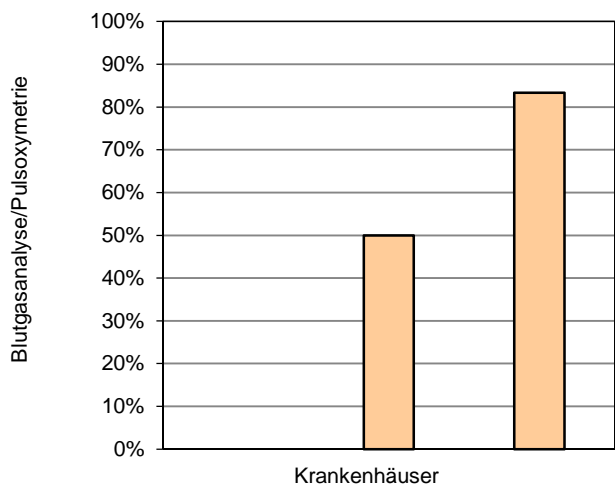
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b_TK_2006, Kennzahl-ID 2018/PNEU/2006]:
 Anteil von Patienten bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,98	96,07	96,70	98,11	99,01	99,58	100,00	100,00	100,00

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



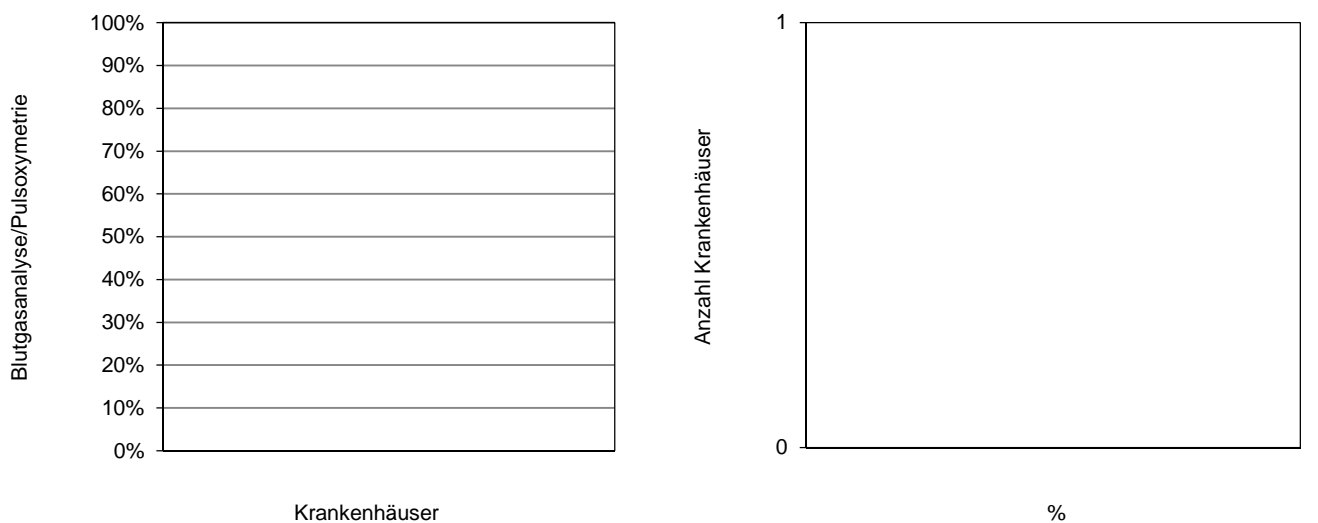
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				50,00				83,33

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c_TK_2007, Kennzahl-ID 2018/PNEU/2007]:
 Anteil von Patienten bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde an allen Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

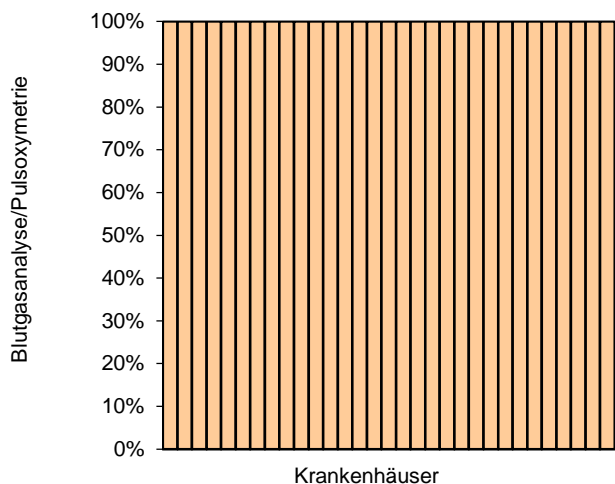
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

31 Krankenhäuser haben weniger als 20 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	100,00	100,00	100,00	100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 2:	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
	Gruppe 3:	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)
Art des Wertes:	Gruppe 2:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 2:	2018/PNEU/2009
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich Referenzbereich		94,88%	
Patienten ohne antimikrobielle Therapie		>= 90,00%	

	Gesamt 2018		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich Referenzbereich	7.124 / 7.509 94,87%	7.012 / 7.390 94,88% 94,36% - 95,36% >= 90,00%	112 / 119 94,12%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	76 / 7.509 1,01%	71 / 7.390 0,96%	5 / 119 4,20%

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

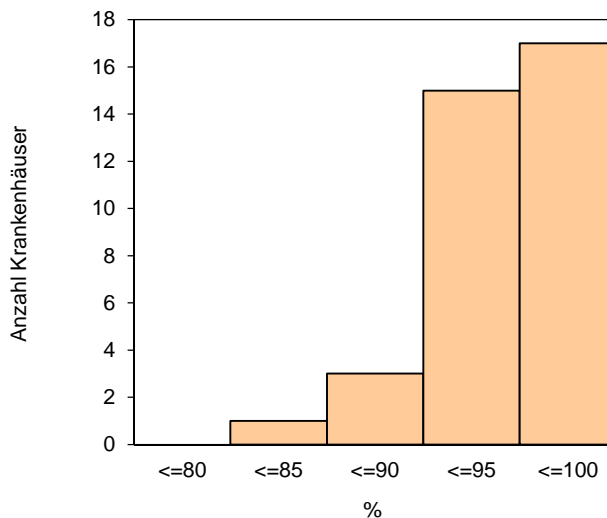
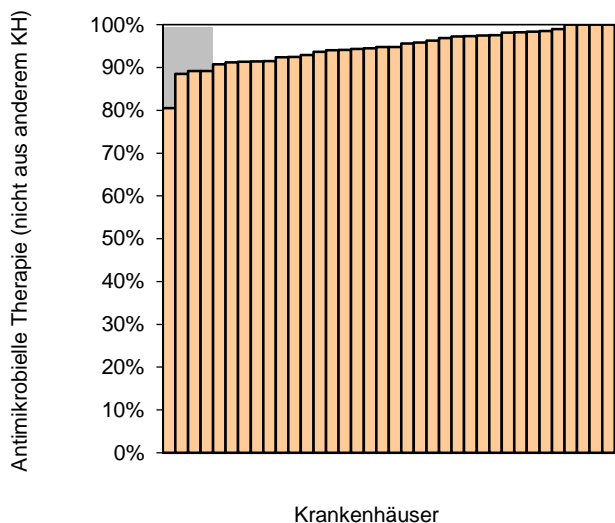
Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie Vertrauensbereich	6.815 / 7.170 95,05%	6.727 / 7.074 95,09% 94,57% - 95,57%	88 / 96 91,67%
Patienten ohne antimikrobielle Therapie	61 / 7.170 0,85%	58 / 7.074 0,82%	3 / 96 3,13%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

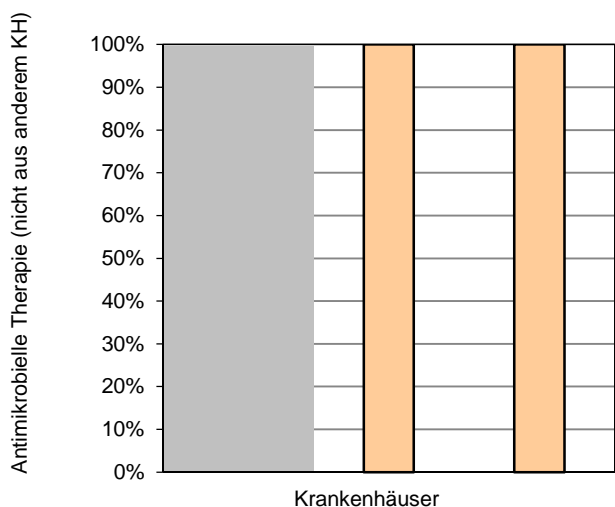
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,56	88,55	89,19	91,95	94,80	97,87	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				100,00				100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Häufig eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchführen

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde			5.016 / 5.311	94,45%

Risikoklassen nach Index CRB-65

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

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

Art des Wertes: Risikoklasse 2: Qualitätsindikator

Indikator-ID: Risikoklasse 2: 2018/PNEU/2013

Referenzbereich: Risikoklasse 2: >= 90,00%

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

	Gesamt 2018		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich Referenzbereich	1.169 / 1.216 96,13%	3.749 / 3.982 94,15% 93,38% - 94,84%	98 / 113 86,73%

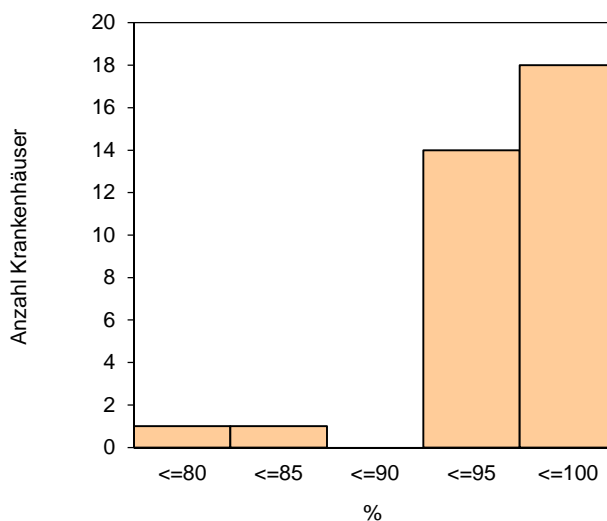
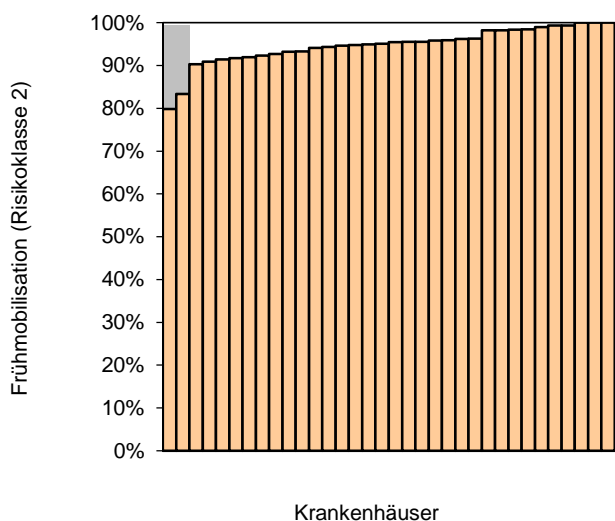
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten	Gesamt 2017		
	Risikoklasse 1	Risikoklasse 2	Risikoklasse 3
Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde Vertrauensbereich	1.149 / 1.164 98,71%	3.721 / 3.937 94,51% 93,76% - 95,18%	87 / 109 79,82%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/PNEU/2013]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

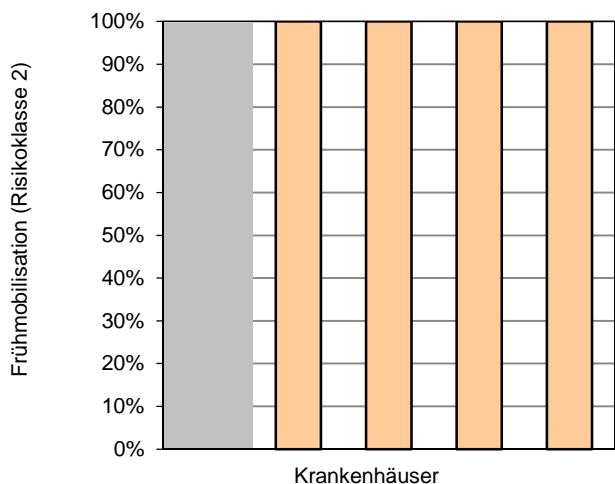
34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,82	83,33	90,91	92,68	95,28	98,25	99,33	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/PNEU/2028

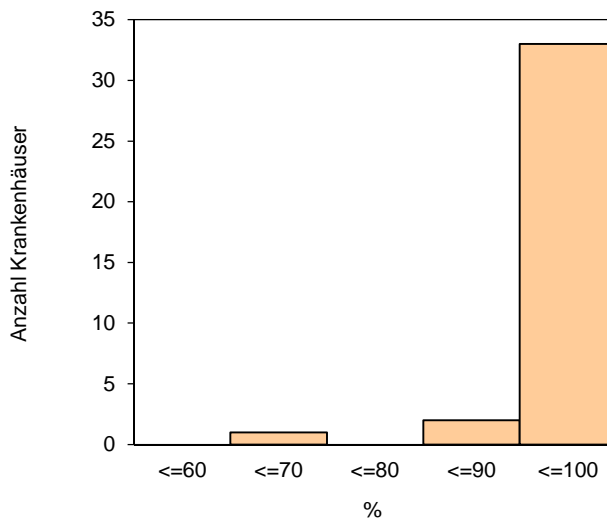
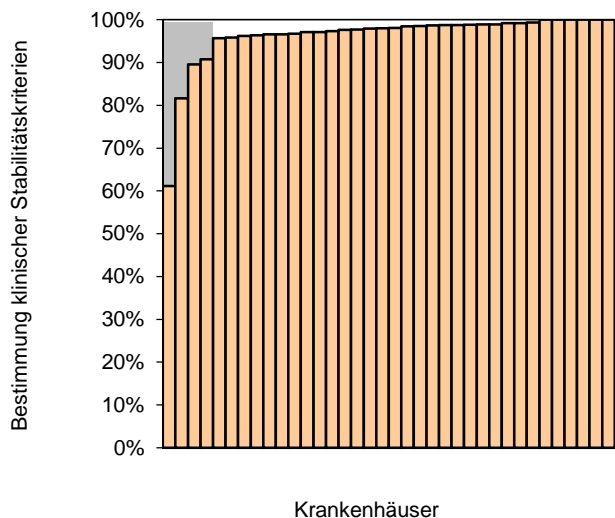
Referenzbereich: >= 95,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung			4.960 / 5.170	95,94%
Vertrauensbereich				95,37% - 96,44%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			5.170 / 5.170	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.170 / 5.170	100,00%
Spontane Atemfrequenz			5.026 / 5.170	97,21%
Herzfrequenz			5.157 / 5.170	99,75%
Temperatur			5.154 / 5.170	99,69%
Sauerstoffsättigung			5.020 / 5.170	97,10%
Blutdruck systolisch			5.157 / 5.170	99,75%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung Vertrauensbereich			4.948 / 5.083	97,34% 96,87% - 97,75%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			5.083 / 5.083	100,00%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			5.083 / 5.083	100,00%
Spontane Atemfrequenz			5.003 / 5.083	98,43%
Herzfrequenz			5.078 / 5.083	99,90%
Temperatur			5.081 / 5.083	99,96%
Sauerstoffsättigung			5.002 / 5.083	98,41%
Blutdruck systolisch			5.072 / 5.083	99,78%

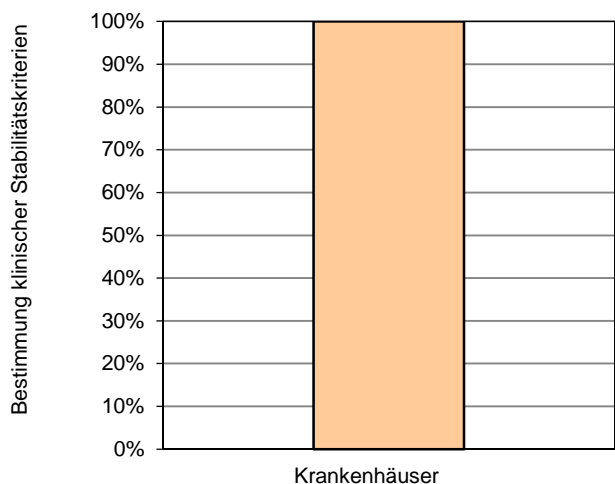
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/PNEU/2028]:
 Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patienten mit den regulären Entlassungsgründen, bei denen keine Therapieeinstellung dokumentiert wurde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,14	81,63	90,77	96,60	98,06	99,04	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

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

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien
 (Ausschluss: Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung)

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/PNEU/2036

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			4.856 / 4.957	97,96% 97,53% - 98,32%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			4.851 / 4.957	97,86%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.813 / 4.957	97,10%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			4.896 / 4.957	98,77%
Herzfrequenz maximal 100/Min			4.913 / 4.957	99,11%
Temperatur maximal 37,2°C			4.812 / 4.957	97,07%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.812 / 4.957	97,07%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.889 / 4.957	98,63%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen Vertrauensbereich			4.833 / 4.943	97,77% 97,32% - 98,15%
keine pneumoniebedingte Desorientierung			4.805 / 4.943	97,21%
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme			4.816 / 4.943	97,43%
Spontane Atemfrequenz maximal 24/Min			4.882 / 4.943	98,77%
Herzfrequenz maximal 100/Min			4.852 / 4.943	98,16%
Temperatur maximal 37,2°C			4.787 / 4.943	96,84%
Sauerstoffsättigung mindestens 90%			4.801 / 4.943	97,13%
Blutdruck systolisch mindestens 90 mmHg			4.894 / 4.943	99,01%

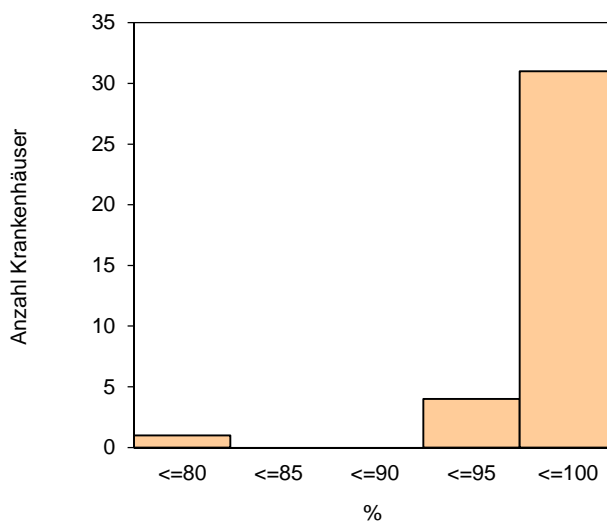
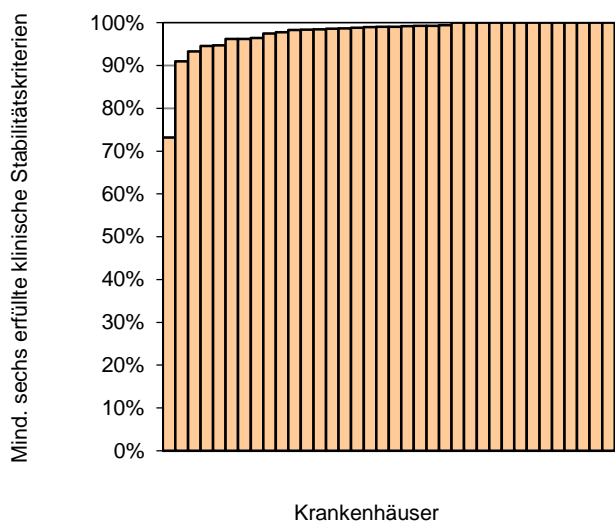
¹ Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5_TK_2036, Kennzahl-ID 2018/PNEU/2036]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

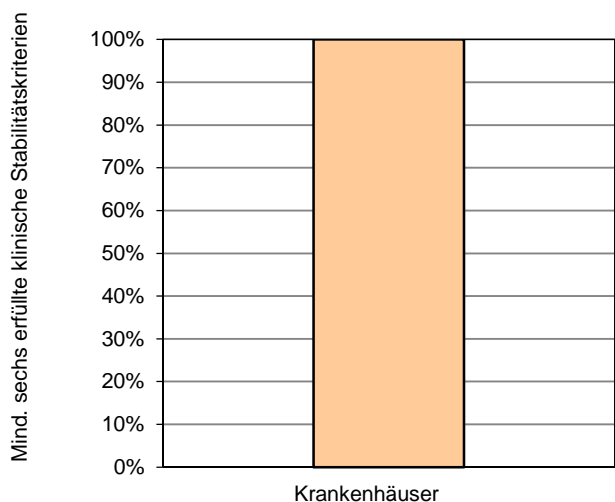
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,20	91,01	94,55	97,64	99,06	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patienten		
beobachtet (O) ¹		984 / 8.040 12,24%
vorhergesagt (E) ²		1.014,35 / 8.040 12,62%
O - E		-0,38%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patienten		
O/E ³		0,97
Vertrauensbereich		0,91 - 1,03
Referenzbereich	<= 1,58	<= 1,58

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
verstorbene Patienten		
beobachtet (O) ¹		878 / 7.662 11,46%
vorhergesagt (E) ²		940,72 / 7.662 12,28%
O - E		-0,82%
O/E ³		0,93
Vertrauensbereich		0,88 - 0,99

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.

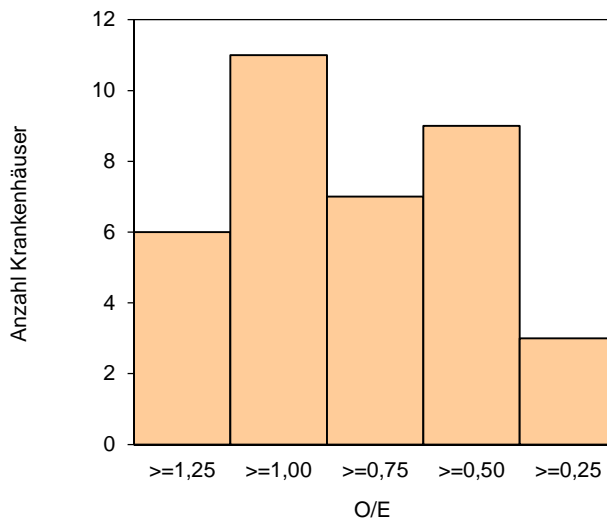
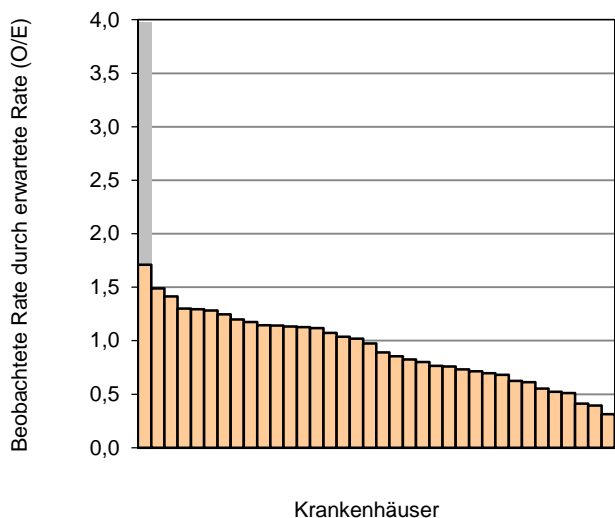
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

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

* Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

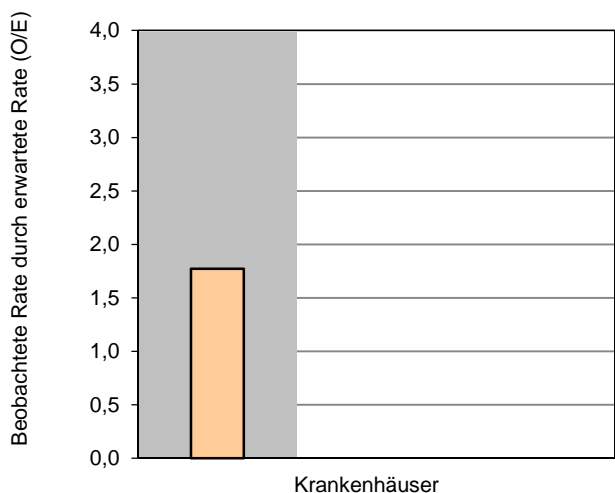
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2018/PNEU/50778]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,31	0,39	0,51	0,69	0,93	1,16	1,30	1,49	1,71

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				1,77

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			7.702 / 7.890	97,62%
Vertrauensbereich				97,26% - 97,93%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

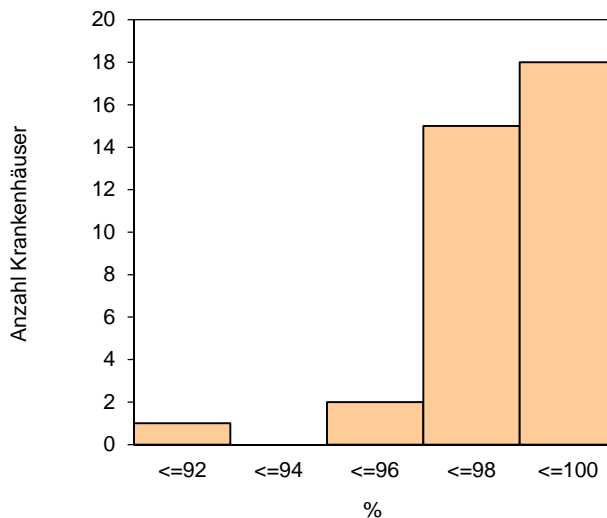
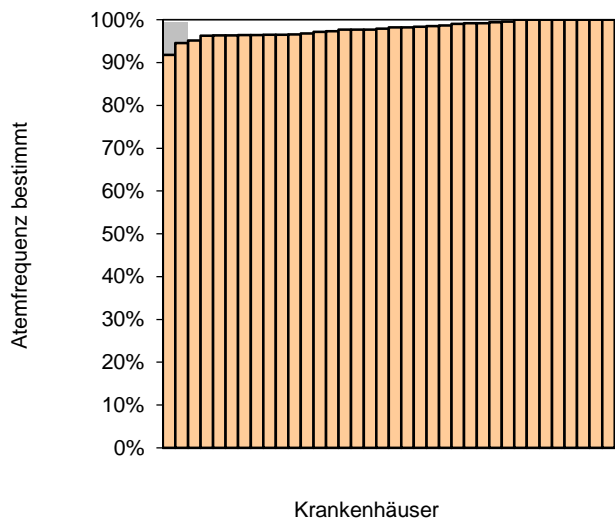
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme			7.288 / 7.548	96,56%
Vertrauensbereich				96,12% - 96,94%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

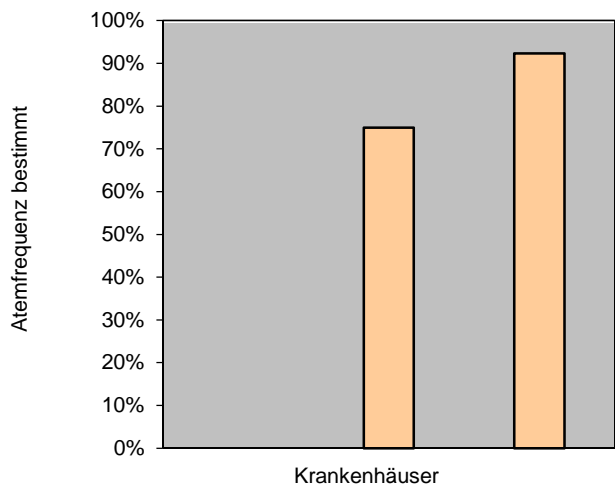
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,78	94,59	96,29	96,52	98,07	99,52	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				75,00				92,31

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

AK-ID: 2018/PNEU/811821

Referenzbereich: <= 30,00%

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

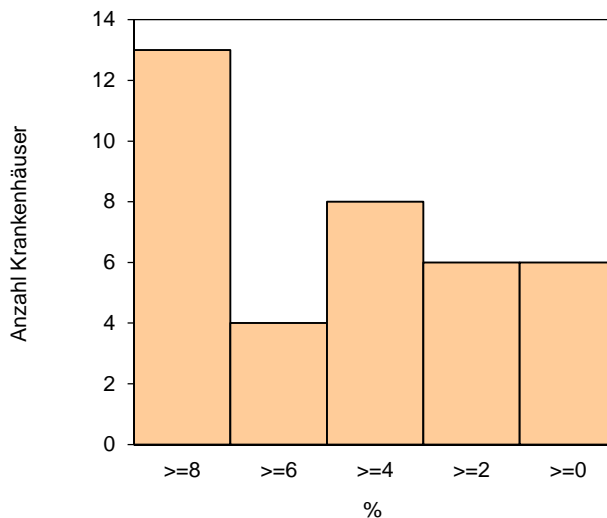
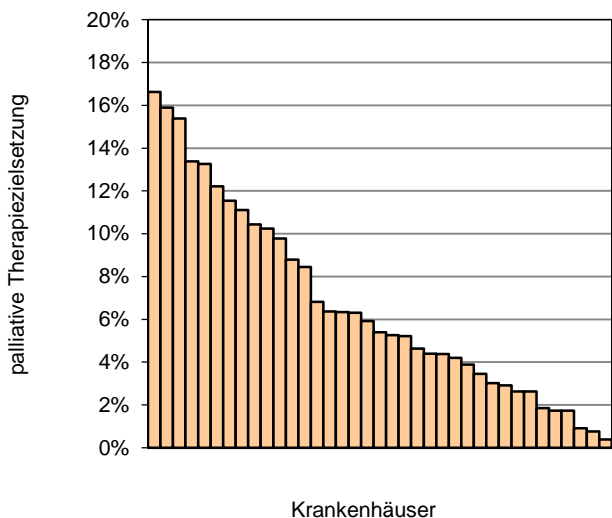
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			531 / 8.040	6,60% 6,08% - 7,17% <= 30,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde Vertrauensbereich			492 / 7.662	6,42% 5,89% - 6,99%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

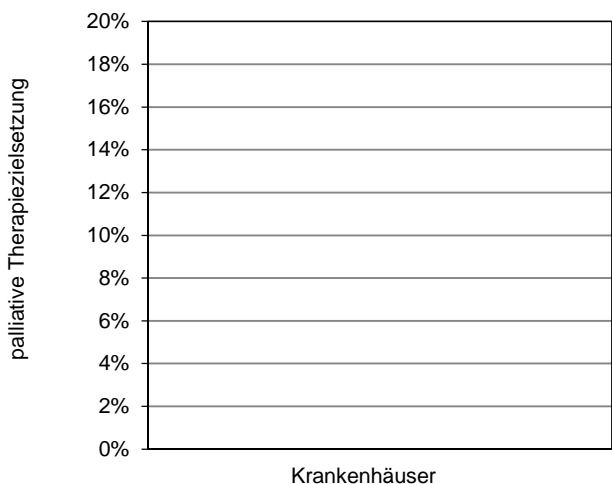
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_811821, AK-ID 2018/PNEU/811821]:
 Anteil von Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative
 Therapiezielsetzung festgelegt wurde an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,38	0,75	1,72	3,02	5,40	10,24	13,38	15,89	16,62

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 2 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

AK-ID: 2018/PNEU/811822

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ ¹			503 / 6.211	8,10%
Vertrauensbereich				7,45% - 8,80%
Referenzbereich		<= 17,80%		<= 17,80%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ ¹			546 / 6.057	9,01%
Vertrauensbereich				8,32% - 9,76%

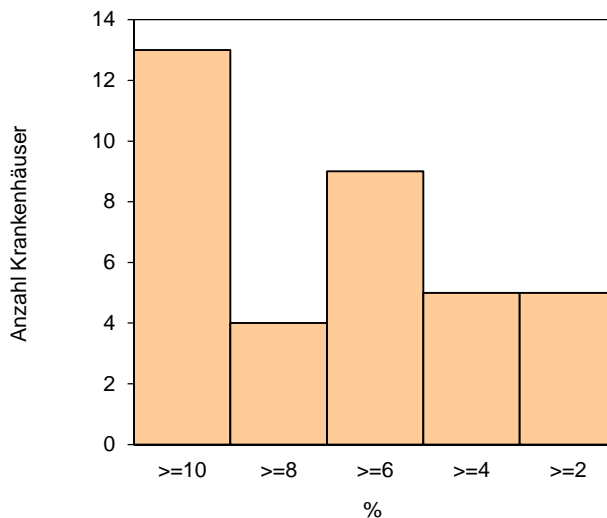
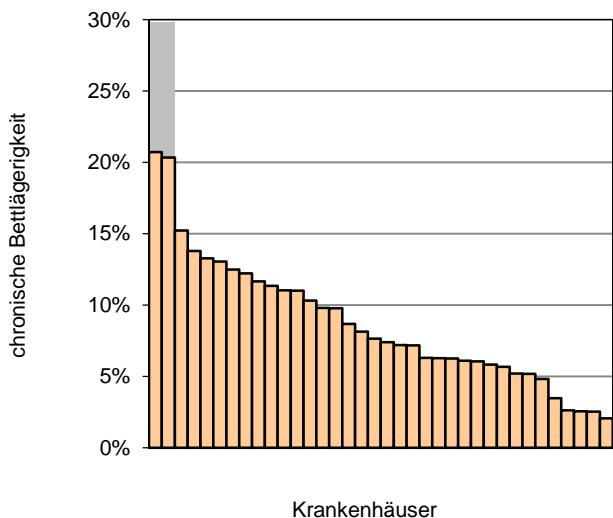
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_811822, AK-ID 2018/PNEU/811822]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

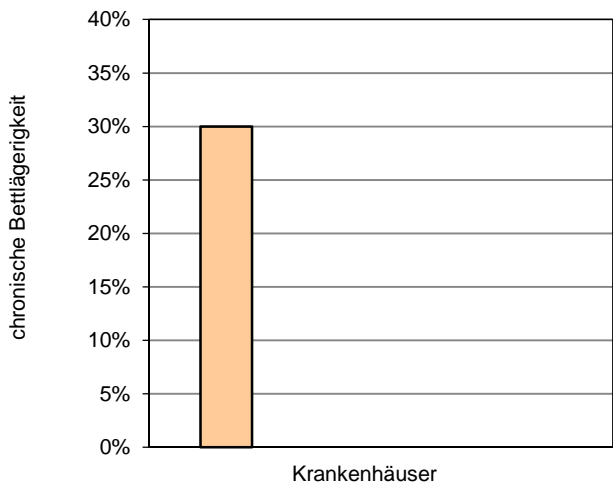
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,05	2,53	2,61	5,74	7,52	11,50	13,79	20,34	20,73

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				30,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

AK-ID: 2018/PNEU/811825

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

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50778

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht ¹			1.268 / 7.702	16,46%
Vertrauensbereich				15,65% - 17,31%
Referenzbereich		<= 31,99%		<= 31,99%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht			1.131 / 7.288	15,52%
Vertrauensbereich				14,71% - 16,37%

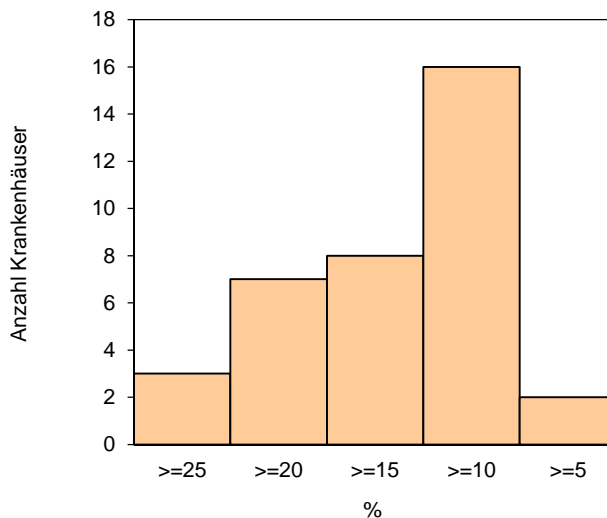
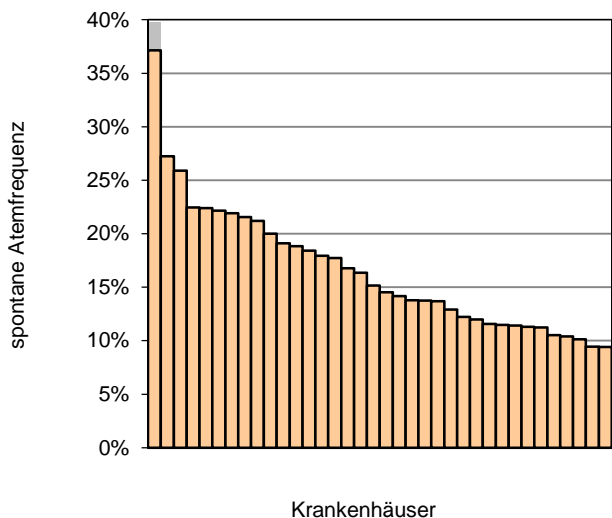
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_811825, AK-ID 2018/PNEU/811825]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

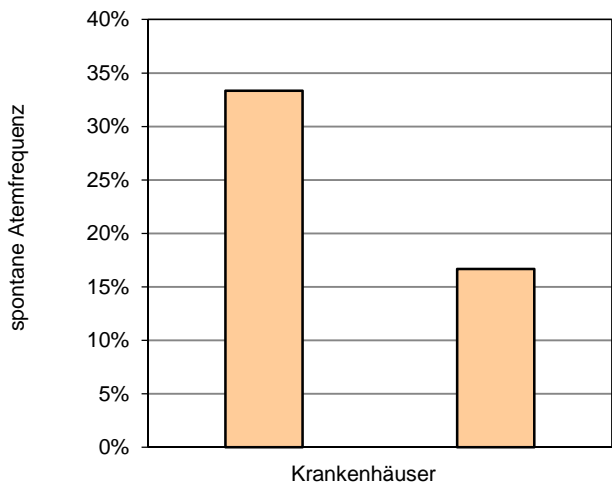
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,41	9,45	10,40	11,52	14,83	20,60	22,46	27,23	37,14

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 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				25,00				33,33

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

AK-ID: 2018/PNEU/811826

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

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50778

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute ¹			680 / 7.702	8,83%
Vertrauensbereich				8,22% - 9,48%
Referenzbereich		$\leq 22,93\%$		$\leq 22,93\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute			738 / 7.288	10,13%
Vertrauensbereich				9,45% - 10,84%

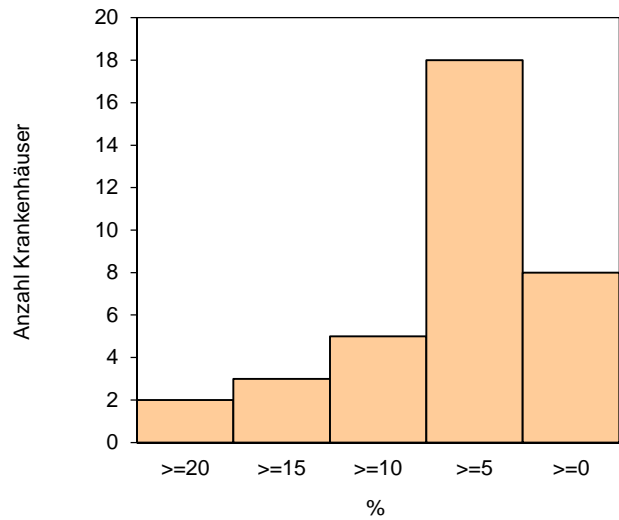
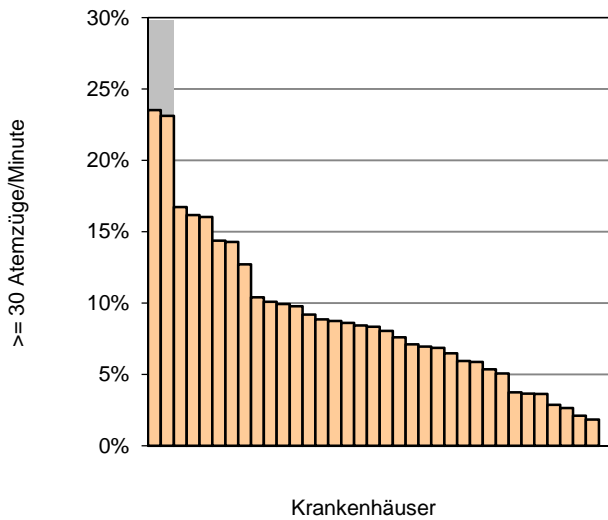
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_811826, AK-ID 2018/PNEU/811826]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

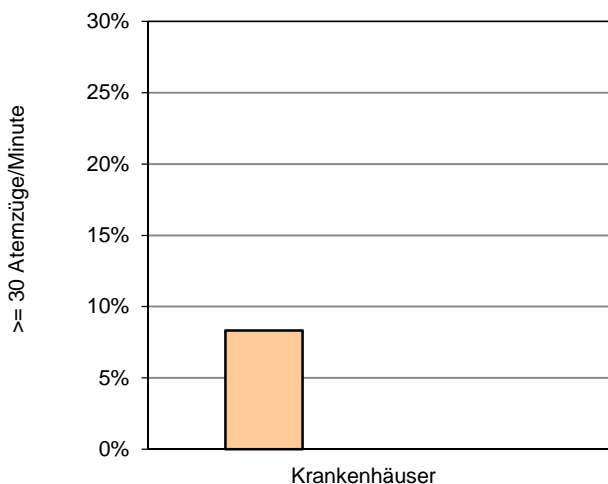
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,83	2,63	5,21	8,19	10,25	16,16	23,12	23,53

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 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				4,17				8,33

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

AK-ID: 2018/PNEU/811827

Referenzbereich: <= 10,00%

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später oder Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			76 / 8.040	0,95%
		<= 10,00%		0,76% - 1,18%
				<= 10,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später oder Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme Vertrauensbereich			74 / 7.662	0,97%
				0,77% - 1,21%

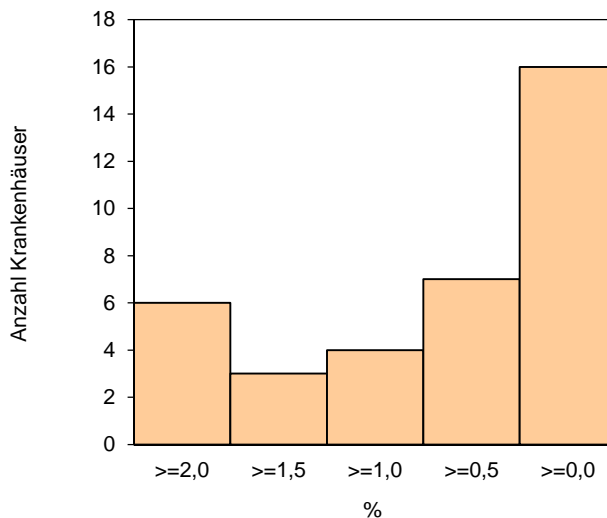
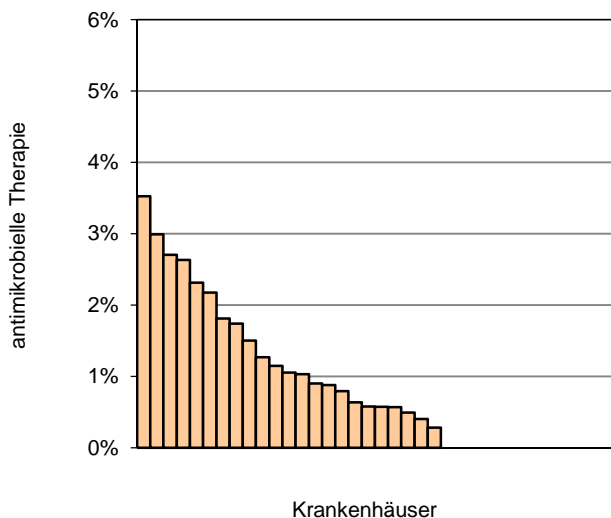
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_811827, AK-ID 2018/PNEU/811827]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

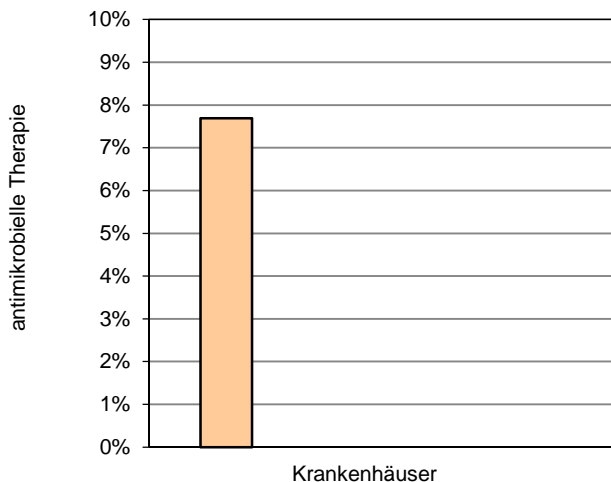
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	1,39	2,63	2,99	3,53

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				7,69

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2018 Ambulant erworbene Pneumonie

PNEU

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 39
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.040
Datensatzversion: PNEU 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17908-L112581-P53659

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.442	42,81	2.996	39,10
2. Quartal			1.668	20,75	1.526	19,92
3. Quartal			1.395	17,35	1.341	17,50
4. Quartal			1.535	19,09	1.799	23,48
Gesamt			8.040		7.662	

Behandlungszeit

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.040		7.662	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				9,24		9,19

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				J96.00	2.358	29,33	J18.0	1.948	25,42
2				I10.00	2.117	26,33	J18.9	1.617	21,10
3				J18.0	2.049	25,49	I10.00	1.580	20,62
4				J18.9	1.458	18,13	J96.00	1.527	19,93
5				E86	1.401	17,43	J18.1	1.473	19,22
6				J18.1	1.382	17,19	E86	888	11,59
7				E87.6	1.134	14,10	E87.6	778	10,15
8				R15	1.094	13,61	E11.90	723	9,44

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

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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.040 / 8.040		7.662 / 7.662	
18 - 19 Jahre			15 / 8.040	0,19	17 / 7.662	0,22
20 - 29 Jahre			104 / 8.040	1,29	146 / 7.662	1,91
30 - 39 Jahre			229 / 8.040	2,85	230 / 7.662	3,00
40 - 49 Jahre			283 / 8.040	3,52	265 / 7.662	3,46
50 - 59 Jahre			700 / 8.040	8,71	636 / 7.662	8,30
60 - 69 Jahre			1.369 / 8.040	17,03	1.096 / 7.662	14,30
70 - 79 Jahre			2.137 / 8.040	26,58	2.164 / 7.662	28,24
80 - 89 Jahre			2.548 / 8.040	31,69	2.418 / 7.662	31,56
>= 90 Jahre			655 / 8.040	8,15	690 / 7.662	9,01
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.040		7.662	
Median				77,00		77,00
Mittelwert				73,05		73,13
Geschlecht						
männlich			4.686	58,28	4.353	56,81
weiblich			3.354	41,72	3.309	43,19
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Aufnahme

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung¹			1.719	21,38	1.523	19,88
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			130	1,62	106	1,38
Chronische Bettlägerigkeit²			1.588	19,75	1.536	20,05
bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle³						
ja			150	1,87	114	1,49
nein			7.890	98,13	7.548	98,51
wenn nein:						
Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinsstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?						
nein			5.379	68,17	5.297	70,18
ja, pneumoniebedingt			773	9,80	602	7,98
ja, nicht pneumoniebedingt			1.738	22,03	1.649	21,85
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)						
Anzahl gültiger Angaben			7.702		7.288	
Median				20,00		20,00
Mittelwert				21,15		21,15
nicht bestimmt			188	2,38	260	3,44
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			7.890		7.548	
Median				135,00		135,00
Mittelwert				135,90		136,22
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)						
Anzahl gültiger Angaben			7.890		7.548	
Median				75,00		75,00
Mittelwert				74,94		74,83

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.

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			59	0,73	89	1,16
4 bis unter 8 Stunden			7.842	97,54	7.435	97,04
8 Stunden und später			76	0,95	66	0,86
			63	0,78	72	0,94
Initiale antimikrobielle Therapie						
keine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme			100	1,24	78	1,02
4 bis unter 8 Stunden			7.082	88,08	6.869	89,65
8 Stunden und später			406	5,05	284	3,71
Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie			324	4,03	308	4,02
			128	1,59	123	1,61

Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe))						
keine Mobilisation			1.264	15,72	1.046	13,65
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme			6.300	78,36	6.174	80,58
nach 24 Stunden und später			476	5,92	442	5,77
Maschinelle Beatmung¹						
nein			7.148	88,91	6.990	91,23
ja, ausschließlich nicht-invasiv			490	6,09	366	4,78
ja, ausschließlich invasiv			198	2,46	160	2,09
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv			204	2,54	146	1,91
Dokumentierter Therapieverzicht						
Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapieziel- setzung festgelegt wurde? ²						
ja			531	6,60	492	6,42
nein			7.509	93,40	7.170	93,58

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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			7.056 / 8.040	87,76	6.784 / 7.662	88,54
Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, qualitative Beurteilung)						
nein			5.352 / 7.056	75,85	5.129 / 6.784	75,60
ja, pneumoniebedingt			166 / 7.056	2,35	197 / 6.784	2,90
ja, nicht pneumoniebedingt			1.348 / 7.056	19,10	1.300 / 6.784	19,16
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
nein			254 / 7.056	3,60	234 / 6.784	3,45
ja			6.610 / 7.056	93,68	6.388 / 6.784	94,16
Spontane Atemfrequenz (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 24/min			6.497 / 7.056	92,08	6.362 / 6.784	93,78
über 24/min			117 / 7.056	1,66	88 / 6.784	1,30
nicht bestimmt			239 / 7.056	3,39	161 / 6.784	2,37
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung			14 / 7.056	0,20	16 / 6.784	0,24
Herzfrequenz (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 100/min			6.745 / 7.056	95,59	6.465 / 6.784	95,30
über 100/min			98 / 7.056	1,39	142 / 6.784	2,09
nicht bestimmt			26 / 7.056	0,37	20 / 6.784	0,29
Temperatur (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
maximal 37,2° C			6.587 / 7.056	93,35	6.376 / 6.784	93,99
über 37,2° C			261 / 7.056	3,70	244 / 6.784	3,60
nicht bestimmt			22 / 7.056	0,31	7 / 6.784	0,10

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung (Fortsetzung)

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			7.056 / 8.040	87,76	6.784 / 7.662	88,54
Sauerstoffsättigung (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90%			216 / 7.056	3,06	220 / 6.784	3,24
mindestens 90%			6.419 / 7.056	90,97	6.259 / 6.784	92,26
nicht bestimmt			232 / 7.056	3,29	148 / 6.784	2,18
Blutdruck systolisch (mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung)						
unter 90 mmHg			108 / 7.056	1,53	64 / 6.784	0,94
mindestens 90 mmHg			6.741 / 7.056	95,54	6.540 / 6.784	96,40
nicht bestimmt			22 / 7.056	0,31	22 / 6.784	0,32

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5.089	63,30	5.008	65,36
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			143	1,78	128	1,67
03: aus sonstigen Gründen			14	0,17	9	0,12
04: gegen ärztlichen Rat			83	1,03	70	0,91
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			355	4,42	331	4,32
07: Tod			984	12,24	878	11,46
08: Verlegung nach § 14			4	0,05	3	0,04
09: in Rehabilitationseinrichtung			68	0,85	56	0,73
10: in Pflegeeinrichtung			1.268	15,77	1.150	15,01
11: in Hospiz			8	0,10	5	0,07
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,04	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,04	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			18	0,22	23	0,30
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|---|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> | <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p> |
|--|---|

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle lebend entlassenen Patienten (Entlassungsgrund <= 07)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte			5.760	81,63	5.610	82,69
davon Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden			226	3,92	180	3,21

Letalität

Alle Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			984 / 8.040	12,24	878 / 7.662	11,46
18 - 19 Jahre			0 / 15	0,00	1 / 17	5,88
20 - 29 Jahre			1 / 104	0,96	0 / 146	0,00
30 - 39 Jahre			2 / 229	0,87	3 / 230	1,30
40 - 49 Jahre			13 / 283	4,59	8 / 265	3,02
50 - 59 Jahre			53 / 700	7,57	24 / 636	3,77
60 - 69 Jahre			109 / 1.369	7,96	66 / 1.096	6,02
70 - 79 Jahre			234 / 2.137	10,95	236 / 2.164	10,91
80 - 89 Jahre			427 / 2.548	16,76	384 / 2.418	15,88
>= 90 Jahre			145 / 655	22,14	156 / 690	22,61
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung ¹			423 / 1.719	24,61	349 / 1.523	22,92
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ²			54 / 150	36,00	40 / 114	35,09
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			24 / 130	18,46	12 / 106	11,32
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			960 / 7.910	12,14	866 / 7.556	11,46
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			9 / 19	47,37	1 / 6	16,67
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			537 / 6.191	8,67	517 / 6.033	8,57

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

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

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Patienten mit:						
maschinellem Beatmung während des stationären Aufenthaltes ¹			306 / 892	34,30	224 / 672	33,33
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			119 / 490	24,29	85 / 366	23,22
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			105 / 198	53,03	79 / 160	49,38
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			82 / 204	40,20	60 / 146	41,10

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

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Alle Patienten			984 / 8.040	12,24	878 / 7.662	11,46
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung ¹			614 / 7.509	8,18	524 / 7.170	7,31
Patienten mit:						
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung ²			244 / 1.443	16,91	201 / 1.297	15,50
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ³			27 / 117	23,08	22 / 95	23,16
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung			16 / 119	13,45	6 / 96	6,25
Aufnahme nicht aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung			598 / 7.390	8,09	518 / 7.074	7,32
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationsein- richtung und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle ³			5 / 15	33,33	1 / 6	16,67
Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus oder aus externer stationärer Reha- bilitationseinrichtung und nicht aus stationärer Pflegeeinrichtung			354 / 5.947	5,95	317 / 5.777	5,49

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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten						
Patienten mit:						
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthaltes ¹			176 / 742	23,72	124 / 557	22,26
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			70 / 428	16,36	45 / 314	14,33
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			55 / 142	38,73	45 / 125	36,00
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes ¹			51 / 172	29,65	34 / 118	28,81

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 2018.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten „Sentinel Event“-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich „Sentinel Event“ aufgeführt.

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

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

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

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

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

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

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

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

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

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

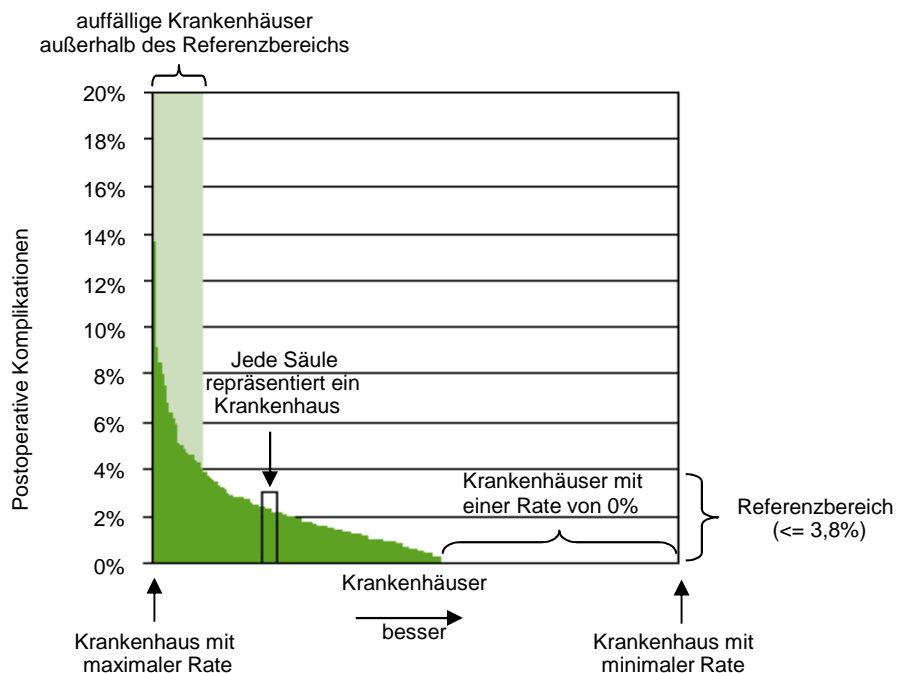
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



5.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

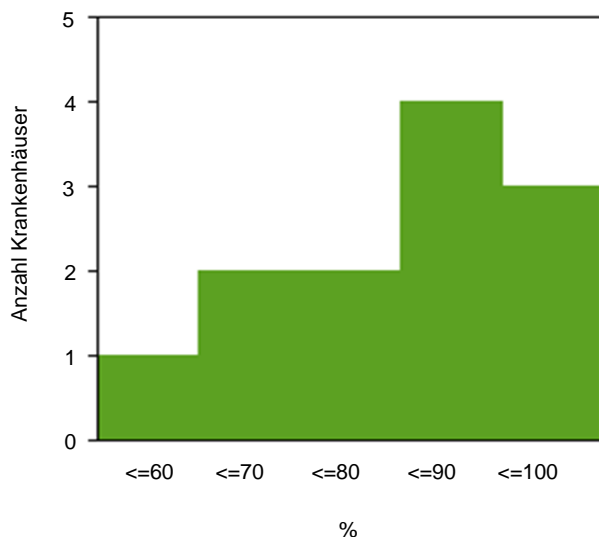
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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.

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

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

Auffälligkeitskriterium

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.