



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

---

## **Ambulant erworbene Pneumonie**

**Auswertung 2017**

**Modul PNEU**

## Inhaltsverzeichnis

### 1 Basisstatistik

- 1 Grundgesamtheiten
- 2 Patienten
- 3 Aufnahme / Diagnostik
- 4 Therapie / Verlauf
- 5 Entlassung

### 2 Qualitätsindikatoren

#### 1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

- 1a Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
- 1b Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
- 1c Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
- 2 Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
- 3 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Patienten der Risikoklasse II (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
- 4 Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
- 5 Krankenhaus-Letalität: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen
- 6 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

### 3 Qualitätsindikatoren

- 1 Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren
- 2 Einzeldarstellung: Dokumentationsqualität

### 4 Einzelfälle für klinikinterne Analysen

- 1 Auflistung Vorgangsnummern

**Inhalt »****Allgemeine Hinweise**

Diese Auswertung wurde von der Geschäftsstelle der BAQ für die verschiedenen Module der Qualitätssicherungsprojekte entwickelt.

**Basisstatistik:** Grundlegende Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken und im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres. Da die Ergebnisse des Vorjahres auf den Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres basieren, können Veränderungen in den Erhebungsbögen und daraus resultierende Anpassungen der Rechenregeln zu geringgradig differierenden Vorjahreswerten führen. In einzelnen Modulen werden zusätzlich die Ergebnisse spezifischer Vergleichskollektive ausgewiesen.

**Qualitätsindikatoren-Übersicht:** Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren.

**Qualitätsindikatoren-Einzeldarstellung:** Detaillierte Informationen und graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Für eine klinikinterne Analyse sind die Vorgangsnummern eingblendet. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfolgt ebenso wie die Festlegung der Referenzwerte nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln des Instituts nach § 137 SGB V. Die Rechenregeln können auf der Homepage des Instituts eingesehen werden. Zusätzliche landesspezifische Qualitätsindikatoren, die in Abstimmung mit der Fachkommission entwickelt wurden, sind gekennzeichnet.

**Einzelfallanalyse:** Vorgangsnummern zu Fällen, die für eine zusätzliche von den Qualitätsindikatoren unabhängige Einzelfallanalyse von Interesse sein können.

**Detailstatistik:** In ausgewählten Leistungsbereichen detailliertere Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog zu der Basisstatistik.

**Ansprechpartner:**

Datenmanagement / Programmierung  
Mario Callies: 089 211590-14  
callies@baq-bayern.de

Medizinische Fragestellungen  
Jana Held, MPH: 089 211590-25  
held@baq-bayern.de

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ),  
angegliedert an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.  
Westenriederstr. 19  
80331 München

Tel.: 089 211590-0  
mail@baq-bayern.de

**Basisstatistik » Grundgesamtheiten**

**1. Ambulant erworbene Pneumonie**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Eingesendete Datensätze	45.494	<b>100,0</b>	43.931	100,0

**2. Quartalsübersicht**

	2017		2016	
	n	%	n	%
1. Quartal	16.380	<b>36,0</b>	13.521	30,8
2. Quartal	9.710	<b>21,3</b>	9.847	22,4
3. Quartal	8.766	<b>19,3</b>	8.730	19,9
4. Quartal	10.638	<b>23,4</b>	11.833	26,9

**3. Leistungszahlen**

	2017		2016	
	n	%	n	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	232	<b>100,0</b>	239	100,0

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Patienten**
**1. Alter**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Gesamt	45.494	<b>100,0</b>	43.931	100,0
- unter 40 Jahre	1.902	<b>4,2</b>	2.338	5,3
- 40 bis 49 Jahre	1.573	<b>3,5</b>	1.829	4,2
- 50 bis 59 Jahre	3.392	<b>7,5</b>	3.500	8,0
- 60 bis 69 Jahre	5.898	<b>13,0</b>	6.048	13,8
- 70 bis 79 Jahre	12.159	<b>26,7</b>	11.677	26,6
- 80 bis 89 Jahre	15.214	<b>33,4</b>	13.919	31,7
- 90 bis 99 Jahre	5.267	<b>11,6</b>	4.542	10,3
- über 99 Jahre	89	<b>0,2</b>	78	0,2
Mittelwert		<b>74,6</b>		73,2
Median		<b>78,0</b>		77,0

**2. Geschlecht**

	2017		2016	
	n	%	n	%
männlich	25.749	<b>56,6</b>	25.265	57,5
weiblich	19.743	<b>43,4</b>	18.666	42,5

**3. Risikoklassifikation nach CRB-65 Score**

	2017		2016	
	n	%	n	%
CRB-65 Score 0 (Risikoklasse 1)	7.026	<b>15,4</b>	7.636	17,4
CRB-65 Score 1 (Risikoklasse 2)	24.850	<b>54,6</b>	23.100	52,6
CRB-65 Score 2 (Risikoklasse 2)	10.341	<b>22,7</b>	9.973	22,7
CRB-65 Score 3 (Risikoklasse 3)	1.934	<b>4,3</b>	1.929	4,4
CRB-65 Score 4 (Risikoklasse 3)	1.343	<b>3,0</b>	1.293	2,9

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik**
**1. Aufnahme**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	9.759	<b>21,5</b>	8.957	20,4
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	2.086	<b>4,6</b>	2.001	4,6
Chronische Bettlägrigkeit	8.821	<b>19,4</b>	8.634	19,7

**2. Diagnostik / Befunde**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	1.119	<b>2,5</b>	1.080	2,5
Ohne invasive Beatmung bei Aufnahme	44.375	<b>97,5</b>	42.851	97,5
- Desorientierung	14.848	<b>33,5</b>	13.867	32,4
- nicht pneumoniebedingt	11.094	<b>25,0</b>	10.263	24,0
- pneumoniebedingt (relevant für CRB-65 Score)	3.754	<b>8,5</b>	3.604	8,4
- Blutdruck syst. (Median)		<b>130,0</b>		130,0
- Blutdruck diast. (Median)		<b>75,0</b>		75,0
- Pat. mit RR syst. < 90mmHg oder RR diast. <= 60mmHg (relevant für CRB-65 Score)	9.059	<b>20,4</b>	8.909	20,8

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik**
**3. Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Patienten ohne invasive Beatmung bei Aufnahme	44.375	<b>97,5</b>	42.851	97,5
- 1 bis 6/min	8	<b>0,0</b>	10	0,0
- 7 bis 12/min	1.607	<b>3,6</b>	1.626	3,8
- 13 bis 18/min	15.747	<b>35,5</b>	14.215	33,2
- 19 bis 24/min	15.301	<b>34,5</b>	14.810	34,6
- 25 bis 30/min	6.655	<b>15,0</b>	7.166	16,7
- 31 bis 36/min	1.807	<b>4,1</b>	1.835	4,3
- 37 bis 42/min	628	<b>1,4</b>	646	1,5
- über 43/min	260	<b>0,6</b>	280	0,7
- Mittelwert		<b>20,9</b>		21,2
- Median		<b>20,0</b>		20,0
- Pat. mit Atemfrequenz $\geq$ 30/min (relevant für CRB-65 Score)	4.022	<b>9,1</b>	4.151	9,7
- Atemfrequenz nicht bestimmt	2.362	<b>5,3</b>	2.263	5,3

**4. Erste Blutgasanalyse / Pulsoximetrie nach Aufnahme**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Innerhalb der ersten 4 Stunden	44.446	<b>97,7</b>	42.739	97,3
4 bis unter 8 Stunden	280	<b>0,6</b>	389	0,9
8 Stunden und später	271	<b>0,6</b>	282	0,6
Nicht durchgeführt	497	<b>1,1</b>	521	1,2
Erste Blutgasanalyse/Pulsoximetrie innerhalb von 8h				
- alle Patienten	44.726	<b>98,3</b>	43.128	98,2
- Patienten, die aus anderen KH aufgenommen wurden	2.007	<b>96,2</b>	1.942	97,1
- Patienten, die nicht aus anderen KH aufgenommen wurden	42.719	<b>98,4</b>	41.186	98,2

**Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik**

**5. Initiale antimikrobielle Therapie**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Keine antimikrobielle Therapie	724	<b>1,6</b>	649	1,5
Antimikrobielle Therapie				
- innerhalb der ersten 4 Stunden	40.630	<b>89,3</b>	39.536	90,0
- 4 bis unter 8 Stunden	1.774	<b>3,9</b>	1.789	4,1
- 8 Stunden und später	1.437	<b>3,2</b>	1.310	3,0
- Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	929	<b>2,0</b>		
Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme oder Fortsetzung einer Therapie				
- alle Patienten	43.333	<b>95,2</b>	41.972	95,5
- Patienten, die aus anderen KH aufgenommen wurden	1.963	<b>94,1</b>	1.882	94,1
- Patienten, die nicht aus anderen KH aufgenommen wurden	41.370	<b>95,3</b>	40.090	95,6
- bei CRB-65 Score 0	6.644	<b>94,6</b>	7.257	95,0
- bei CRB-65 Score 1	23.657	<b>95,2</b>	22.043	95,4
- bei CRB-65 Score 2	9.881	<b>95,6</b>	9.581	96,1
- bei CRB-65 Score 3	1.858	<b>96,1</b>	1.838	95,3
- bei CRB-65 Score 4	1.293	<b>96,3</b>	1.253	96,9



**Basisstatistik » Therapie / Verlauf**

**1. Mobilisation**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Beginn der Mobilisation				
- keine Mobilisation	6.208	<b>13,6</b>	5.916	13,5
- innerhalb von 24 h nach Aufnahme	36.038	<b>79,2</b>	34.812	79,2
- nach 24 h und später	3.248	<b>7,1</b>	3.203	7,3
Mobilisation innerhalb von 24 h				
- bei CRB-65 Score 0	6.439	<b>91,6</b>	7.021	91,9
- bei CRB-65 Score 1	20.610	<b>82,9</b>	19.065	82,5
- bei CRB-65 Score 2	7.473	<b>72,3</b>	7.237	72,6
- bei CRB-65 Score 3	1.057	<b>54,7</b>	1.082	56,1
- bei CRB-65 Score 4	459	<b>34,2</b>	407	31,5

**2. Therapieverlauf**

*bei Verweildauer >= 4 Tage*

	2017		2016	
	n	%	n	%
Verlaufskontrolle CRP oder Procalcitonin innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthaltes	39.147	<b>98,3</b>	38.230	98,6

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Therapie / Verlauf**
**3. Beatmung**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Keine Beatmung	41.059	<b>90,3</b>	39.655	90,3
Beatmung:	4.435	<b>9,7</b>	4.276	9,7
- ausschließlich nicht invasiv	2.008	<b>4,4</b>	1.978	4,5
- ausschließlich invasiv	1.303	<b>2,9</b>	1.210	2,8
- sowohl nicht invasiv als auch invasiv	1.124	<b>2,5</b>	1.088	2,5

**4. Alleinige Symptomkontrolle als Therapieziel**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt und in der Patientenakte dokumentiert wurde	4.982	<b>11,0</b>	4.501	10,2
- bei Pat. mit CRB-65 Score 0	154	<b>2,2</b>	156	2,0
- bei Pat. mit CRB-65 Score 1	2.179	<b>8,8</b>	1.919	8,3
- bei Pat. mit CRB-65 Score 2	1.742	<b>16,8</b>	1.516	15,2
- bei Pat. mit CRB-65 Score 3	548	<b>28,3</b>	584	30,3
- bei Pat. mit CRB-65 Score 4	359	<b>26,7</b>	326	25,2

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Therapie / Verlauf**
**5. Bestimmung und Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien im Verlauf / vor Entlassung**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Patient nicht verstorben	39.465	<b>100,0</b>	38.539	100,0
Sämtliche klinische Stabilitätskriterien im stat. Verlauf / vor Entlassung bestimmt	35.934	<b>91,1</b>	34.909	90,6
- hiervon mindestens 6 der 7 klinischen Stabilitätskriterien erfüllt	34.819	<b>96,9</b>	33.669	96,4
Desorientierung	9.381	<b>23,8</b>	8.911	23,1
- pneumoniebedingt	664	<b>1,7</b>	762	2,0
- nicht pneumoniebedingt	8.717	<b>22,1</b>	8.149	21,1
Stabile orale und / oder enterale Nahrungsaufnahme	36.717	<b>93,0</b>	36.052	93,5
Spontane Atemfrequenz				
<= 24/min	35.761	<b>90,6</b>	34.621	89,8
> 24/min	674	<b>1,7</b>	771	2,0
nicht bestimmt	2.086	<b>5,3</b>	2.287	5,9
nicht bestimmt wegen Dauerbeatmung	97	<b>0,2</b>	124	0,3
Herzfrequenz				
<= 100/min	37.696	<b>95,5</b>	36.652	95,1
> 100/min	813	<b>2,1</b>	1.054	2,7
nicht bestimmt	107	<b>0,3</b>	108	0,3
Temperatur				
<= 37,2 Grad C.	36.761	<b>93,1</b>	35.250	91,5
> 37,2 Grad C.	1.751	<b>4,4</b>	2.444	6,3
nicht bestimmt	106	<b>0,3</b>	116	0,3
Sauerstoffsättigung				
>= 90%	36.704	<b>93,0</b>	35.664	92,5
< 90%	953	<b>2,4</b>	1.086	2,8
nicht bestimmt	953	<b>2,4</b>	1.052	2,7
Blutdruck systolisch				
>= 90mmHg	37.956	<b>96,2</b>	37.071	96,2
< 90mmHg	532	<b>1,3</b>	610	1,6
nicht bestimmt	124	<b>0,3</b>	122	0,3

**Basisstatistik » Therapie / Verlauf**

**6. Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz im Verlauf / vor Entlassung**

*bei allen Patienten, die nicht verstorben sind*

	2017		2016	
	n	%	n	%
Patient nicht verstorben	39.465	<b>100,0</b>	38.539	100,0
Sauerstoffsättigung im stationären Verlauf / vor Entlassung bestimmt	37.657	<b>95,4</b>	36.750	95,4
- bei CRB-65 Score 0	6.524	<b>94,9</b>	7.075	94,7
- bei CRB-65 Score 1	21.421	<b>95,9</b>	20.063	95,8
- bei CRB-65 Score 2	7.846	<b>95,0</b>	7.717	95,0
- bei CRB-65 Score 3	1.161	<b>95,6</b>	1.169	96,1
- bei CRB-65 Score 4	705	<b>89,6</b>	726	91,8
Atemfrequenz im stationären Verlauf / vor Entlassung bestimmt	36.435	<b>92,3</b>	35.392	91,8
- bei CRB-65 Score 0	6.292	<b>91,6</b>	6.822	91,3
- bei CRB-65 Score 1	20.782	<b>93,1</b>	19.372	92,5
- bei CRB-65 Score 2	7.585	<b>91,8</b>	7.424	91,4
- bei CRB-65 Score 3	1.128	<b>92,8</b>	1.122	92,2
- bei CRB-65 Score 4	648	<b>82,3</b>	652	82,4

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Entlassung**
**1. Verweildauer**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Mittelwert (Tage)		<b>9,2</b>		9,4
Median (Tage)		<b>8,0</b>		8,0

**2. Entlassungsgrund § 301**

	2017		2016	
	n	%	n	%
1 Behandlung regulär beendet	29.310	<b>64,4</b>	29.031	66,1
2 Behandlung regulär beendet, nach stationäre Behandlung vorgesehen	362	<b>0,8</b>	389	0,9
3 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	75	<b>0,2</b>	80	0,2
4 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	609	<b>1,3</b>	593	1,3
5 Zuständigkeitswechsel Träger	1	<b>0,0</b>	1	0,0
6 Verlegung in and. Krankenhaus	1.873	<b>4,1</b>	1.750	4,0
7 Tod	6.029	<b>13,3</b>	5.392	12,3
8 Verlegung in and. Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	46	<b>0,1</b>	33	0,1
9 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	671	<b>1,5</b>	628	1,4
10 Entl. in eine Pflegeeinrichtung	6.332	<b>13,9</b>	5.803	13,2
11 Entl. in ein Hospitz	18	<b>0,0</b>	40	0,1
13 Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	35	<b>0,1</b>	56	0,1
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	2	<b>0,0</b>	3	0,0
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	2	<b>0,0</b>	7	0,0
17 interne Verlegung (Wechsel Geltungsbereich BpflV / KHEntgG)	129	<b>0,3</b>	123	0,3
22 Fallabschluss (int. Verlegung) Wechsel voll-/teilstat. Behandl.	0	<b>0,0</b>	2	0,0

**Basisstatistik » Entlassung**

**3. Letalität gesamt**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Todesfälle gesamt	6.029	<b>13,3</b>	5.392	12,3
- bei CRB-65 Score 0	155	<b>2,2</b>	165	2,2
- bei CRB-65 Score 1	2.519	<b>10,1</b>	2.160	9,4
- bei CRB-65 Score 2	2.080	<b>20,1</b>	1.853	18,6
- bei CRB-65 Score 3	719	<b>37,2</b>	712	36,9
- bei CRB-65 Score 4	556	<b>41,4</b>	502	38,8

**4. Letalität bei Therapiebegrenzung**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten mit alleiniger Symptomkontrolle als Therapieziel	3.171	<b>63,6</b>	2.877	63,9
- bei CRB-65 Score 0	76	<b>49,4</b>	72	46,2
- bei CRB-65 Score 1	1.227	<b>56,3</b>	1.077	56,1
- bei CRB-65 Score 2	1.139	<b>65,4</b>	988	65,2
- bei CRB-65 Score 3	423	<b>77,2</b>	463	79,3
- bei CRB-65 Score 4	306	<b>85,2</b>	277	85,0

**5. Letalität ohne Therapiebegrenzung**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten ohne Therapiebegrenzung	2.858	<b>7,1</b>	2.515	6,4
- bei CRB-65 Score 0	79	<b>1,1</b>	93	1,2
- bei CRB-65 Score 1	1.292	<b>5,7</b>	1.083	5,1
- bei CRB-65 Score 2	941	<b>10,9</b>	865	10,2
- bei CRB-65 Score 3	296	<b>21,4</b>	249	18,5
- bei CRB-65 Score 4	250	<b>25,4</b>	225	23,3

**Basisstatistik » Entlassung**
**6. Letalität nach Alter**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten ohne inv. maschinelle Beatmung und ohne Therapiebegrenzung	2.317	<b>6,0</b>	2.030	5,4
- unter 40 Jahre	9	<b>0,5</b>	5	0,2
- 40 bis 49 Jahre	6	<b>0,4</b>	12	0,7
- 50 bis 59 Jahre	55	<b>1,8</b>	59	1,9
- 60 bis 69 Jahre	147	<b>2,9</b>	145	2,8
- 70 bis 79 Jahre	539	<b>5,1</b>	470	4,7
- 80 bis 89 Jahre	1.030	<b>8,2</b>	933	8,0
- 90 bis 99 Jahre	518	<b>12,4</b>	401	11,0
- über 99 Jahre	13	<b>22,0</b>	5	8,3

**7. Letalität nach Aufnahme / Beatmungsstatus**

	2017		2016	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten mit				
- maschineller Beatmung während des stat. Aufenthaltes	1.548	<b>34,9</b>	1.408	32,9
- Aufnahme aus anderem Krankenhaus mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	84	<b>37,5</b>	89	36,2
- Aufnahme mit invasiver masch. Beatmung	423	<b>37,8</b>	383	35,5
- Aufnahme aus stationärer Pflege-Einrichtung	2.342	<b>24,0</b>	2.070	23,1
- Aufnahme aus anderem Krankenhaus	399	<b>19,1</b>	395	19,7
- Aufnahme nicht aus anderem KH	5.630	<b>13,0</b>	4.997	11,9
- Aufnahme nicht aus anderem KH und nicht aus stationärer Pflege-Einrichtung	3.288	<b>9,8</b>	2.927	8,9

Bayern gesamt

**Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren**

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren stellen die Ergebnisse im Hinblick auf das Qualitätsziel dar und geben damit einen **Hinweis auf die erreichte Qualität** zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Eine **rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators (rot markiert)** liegt vor, wenn das Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt. Von einer rechnerischen Auffälligkeit kann nicht unmittelbar auf einen Qualitätsmangel geschlossen werden. Es bedarf einer detaillierten Analyse, um die Gründe für die rechnerische Abweichung zu eruieren und Mängel in der Struktur- und Prozeßqualität auszuschließen. Dies erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken.

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Bayern gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>						
2005	44.726	-	45.494	98,31%	98,19 - 98,43	≥ 95,00%
2006	42.719	-	43.408	98,41%	98,29 - 98,53	-
2007	2.007	-	2.086	96,21%	95,31 - 96,95	-
<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>						
2009	37.012	-	38.728	95,57%	95,36 - 95,77	≥ 90,00%
<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Patienten der Risikoklasse II (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)</b>						
2013	21.590	-	23.001	93,87%	93,55 - 94,17	≥ 90,00%
<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>						
2028	27.162	-	28.915	93,94%	93,66 - 94,21	≥ 95,00%
<b>Krankenhaus-Letalität: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen</b>						
50778	6.029	6.110,41	45.494	0,99	0,96 - 1,01	≤ 1,58
<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>						
50722	42.013	-	44.375	94,68%	94,46 - 94,88	≥ 95,00%



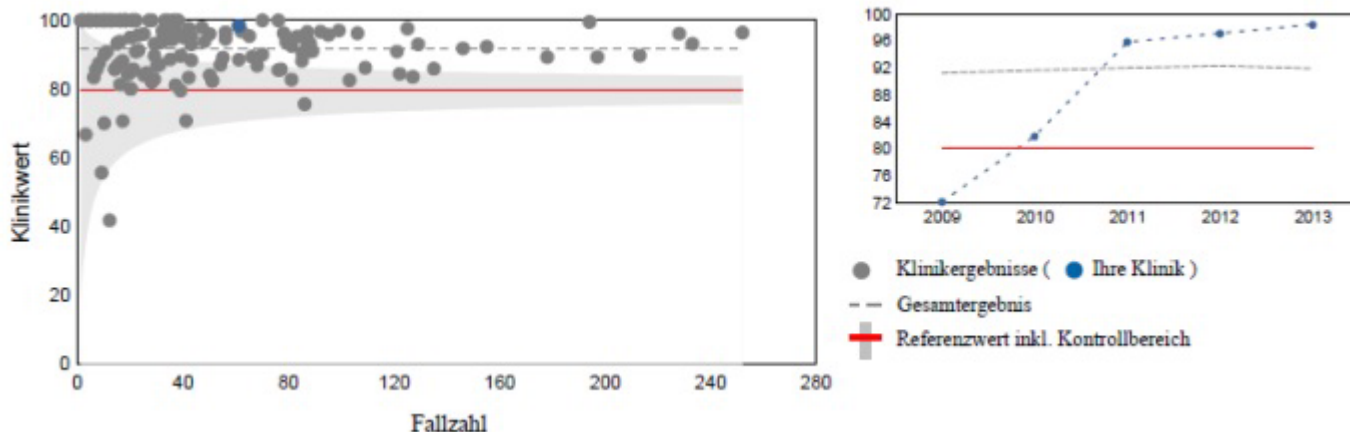
### Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die Einzeldarstellung der Qualitätsindikatoren ermöglicht eine detaillierte Analyse der Klinikergebnisse. Die Klinikwerte werden tabellarisch und graphisch im Vergleich zum Gesamtkollektiv dargestellt. Zusätzlich wird der Verlauf der letzten fünf Jahre gezeigt. Der Klinikwert wird rot dargestellt, wenn er außerhalb des Referenzbereichs liegt. Weicht der Klinikwert signifikant vom Referenzwert im Sinne einer besonders guten Qualität ab, so ist er grün dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator werden die für eine klinikinterne Fallanalyse notwendigen Vorgangsnummern ausgewiesen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2010	45	-	55	81,8	69,0 - 91,0	>= 80,0
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	>= 80,0
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	>= 80,0
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	>= 80,0

Die Spalte Ereignisse weist die Anzahl der beobachteten bzw. erwarteten Ereignisse bezogen auf die zugrunde liegende Fallzahl aus. Im Falle von ratenbasierten Kennzahlen und Sentinel-Events werden nur die beobachteten Ereignisse angegeben. Handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator, so werden zusätzlich die Anzahl der zu erwartenden Ereignisse auf Grundlage des Risikoadjustierungsmodells berechnet. In diesem Fall wird der Klinikwert als Standardisierte Ereignis-Ratio (SER) durch Division der beobachteten durch die zu erwartenden Rate berechnet. Bei dem Vertrauensbereich handelt es sich um ein 95 % Konfidenzintervall um den Klinikwert. Der Referenzwert resultiert in der Regel auf der Grundlage bundesweit erhobener Daten und wird vom Institut nach § 137 SGB V vorgegeben. Alternativ kann die Festlegung der Referenzwerte (Modul Schlaganfall und Anästhesie) durch die entsprechenden Fachgruppen erfolgen.

Hinweise zu den Graphiken:



Der Funnelplot (\*) auf der linken Seite zeigt auf der Y-Achse den Klinikwert und auf der X-Achse die Fallzahl. Das resultierende Streudiagramm ermöglicht die Interpretation aller Klinikergebnisse in Abhängigkeit von der Fallzahl. Sofern ein Referenzwert für den Qualitätsindikator festgelegt wurde, ist er als rote Linie dargestellt. Diese ist von einem hellgrauen trichterförmigen Kontrollbereich (\*\*) umschlossen, welcher dem Vertrauensbereich um den Referenzwert entspricht. Handelt es sich bei den Klinikwerten um SER's, so lässt sich kein Kontrollbereich konstruieren. Da die Berechnung des Vertrauensbereiches in der Tabelle auf dem einzelnen Klinikwert und nicht auf dem Referenzwert beruht, kann es vereinzelt zu einer diskrepanten Darstellung der Signifikanz in der Tabelle gegenüber der Graphik kommen. Die Graphik dient der orientierenden Betrachtung, im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 SGB V werden nach bundesweiten Vorgaben die Zahlen der Tabelle veröffentlicht.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt die Gesamtergebnisse im Zeitverlauf (blaue Linie). Referenzwerte erscheinen wieder als rote Linie.

\* N. Lack und U. Gerhardinger, „Qualitätsvergleiche mit Funnelplots - Plädoyer für eine einheitliche Methodik“. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(8): 536-541.

\*\* M. Hart and R. Hart, "Statistical Process Control for Health Care", 2002; Wadsworth

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

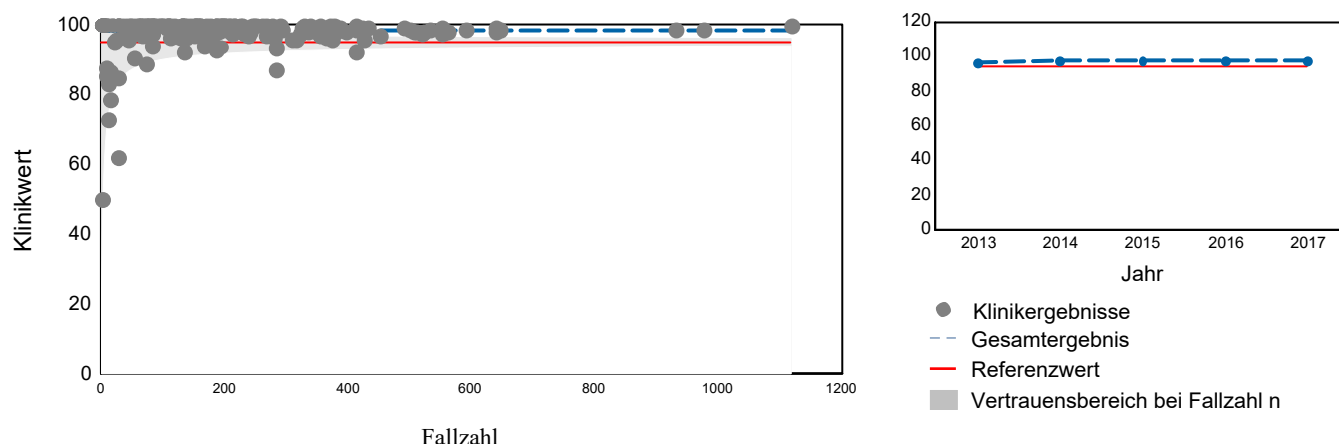
Indikator: 2005

Ziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	41.511	-	42.493	97,69	97,54 - 97,83	>= 95,00
2015	46.263	-	47.219	97,98	97,84 - 98,10	>= 95,00
2016	43.128	-	43.931	98,17	98,04 - 98,29	>= 95,00
<b>2017</b>	<b>44.726</b>	-	<b>45.494</b>	<b>98,31</b>	98,19 - 98,43	<b>&gt;= 95,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme durchgeführt wurde.

**Fallzahl:** Alle Patienten.

Die Hypoxämie ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie mit entsprechendem Letalitätsrisiko (DGP et al. 2016), auch wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen (Fine et al. 1997). Die Blutgasanalyse kann eine Hypoxämie aufdecken, bevor klinische Symptome erkennbar sind. Die Bundesfachgruppe empfiehlt die Durchführung einer Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie zur Bestimmung der Sauerstoffsättigung innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme. Dies ist ein Marker für die Prozessqualität in der Versorgung der Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie. Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100 % angestrebt, da das Erkennen einer Hypoxämie immer erforderlich ist und die Untersuchung mit geringem Aufwand von den aufnehmenden Krankenhäusern durchgeführt werden kann.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

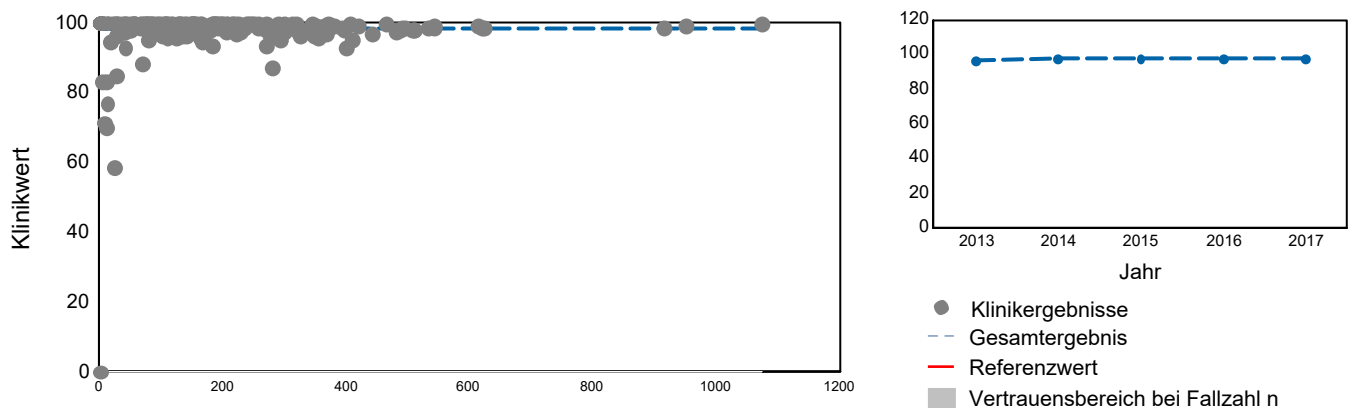
**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**

Indikator: 2006

Ziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	39.431	-	40.334	97,76	97,61 - 97,90	nicht definiert
2015	43.904	-	44.770	98,07	97,93 - 98,19	nicht definiert
2016	41.186	-	41.930	98,23	98,09 - 98,35	nicht definiert
<b>2017</b>	<b>42.719</b>	-	<b>43.408</b>	<b>98,41</b>	98,29 - 98,53	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme durchgeführt wurde.

**Fallzahl:** Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden.

Die Hypoxämie ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie mit entsprechendem Letalitätsrisiko (Meehan et al. 1997; Alberta Medical Association 2006), auch wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen (Fine et al. 1997). Die Blutgasanalyse kann eine Hypoxämie aufdecken, bevor klinische Symptome erkennbar sind. Die Bestimmung der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme wird in internationalen Leitlinien empfohlen (Mandel et al. 2003) und ist ein Marker für die Prozessqualität in der Versorgung der Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie.

Im Gegensatz zum QI 2005 werden hier nicht alle Patienten dargestellt, sondern nur Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden und somit akut Erkrankte bei Erstaufnahme darstellen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

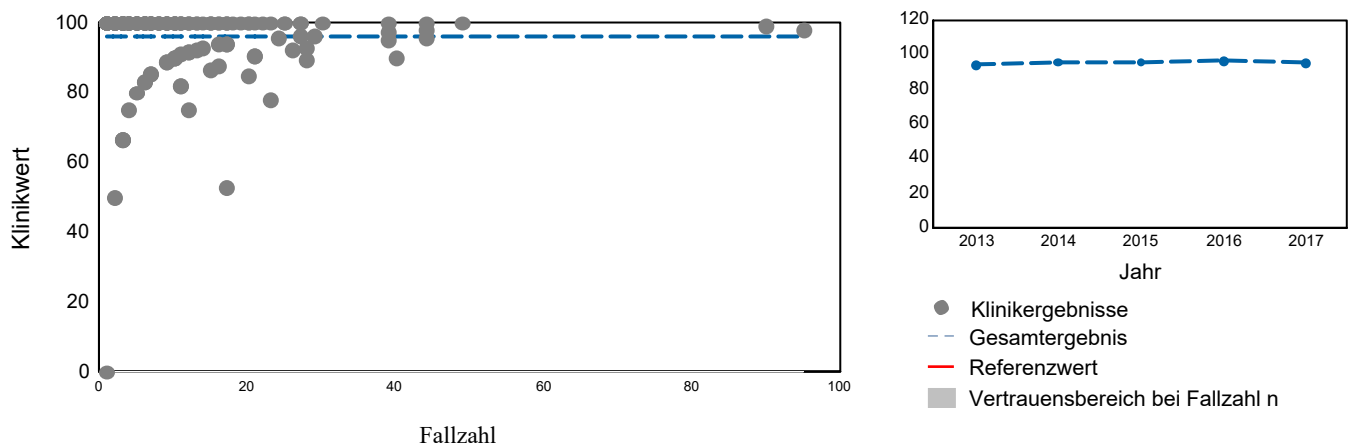
**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)**

Indikator: 2007

Ziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	2.080	-	2.159	96,34	95,46 - 97,05	nicht definiert
2015	2.359	-	2.449	96,33	95,50 - 97,00	nicht definiert
2016	1.942	-	2.001	97,05	96,22 - 97,71	nicht definiert
<b>2017</b>	<b>2.007</b>	-	<b>2.086</b>	<b>96,21</b>	95,31 - 96,95	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme durchgeführt wurde.

**Fallzahl:** Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden.

Die Hypoxämie ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie mit entsprechendem Letalitätsrisiko (Meehan et al. 1997; Alberta Medical Association 2006), auch wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen (Fine et al. 1997). Die Blutgasanalyse kann eine Hypoxämie aufdecken, bevor klinische Symptome erkennbar sind. Die Bestimmung der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme wird in internationalen Leitlinien empfohlen (Mandel et al. 2003) und ist ein Marker für die Prozessqualität in der Versorgung der Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie.

Dieser Indikator bildet gemeinsam mit QI 2006 Strata zum Gesamt-Indikator 2005. Beim hier dargestellten QI 2007 werden nur Patienten dargestellt, die aus einem anderen Krankenhaus (zur Weiterbehandlung) aufgenommen wurden.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

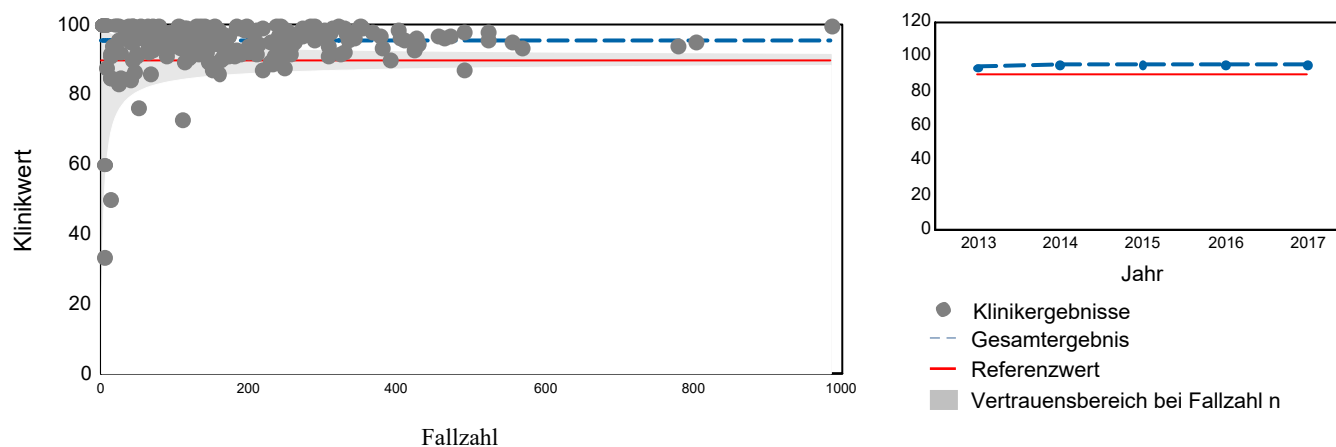
Indikator: 2009

Ziel: Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	33.356	-	34.925	95,51	95,29 - 95,72	>= 90,00
2015	37.090	-	38.854	95,46	95,25 - 95,66	>= 90,00
2016	36.161	-	37.693	95,94	95,73 - 96,13	>= 90,00
<b>2017</b>	<b>37.012</b>	-	<b>38.728</b>	<b>95,57</b>	95,36 - 95,77	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie.

**Fallzahl:** Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

Eine Reihe von Studien weisen verbesserte Überlebenschancen nach, wenn innerhalb der ersten 4 Stunden mit der antimikrobiellen Therapie begonnen wurde (Houck et al. 2004). In der NICE Leitlinie wird ein Zeitintervall von 4 Stunden gefordert (NCGC 2014). Die gemeinsam erstellte Leitlinie der Infectious Diseases Society of America und der American Thoracic Society von 2007 (Mandell et al. 2007) empfiehlt die Gabe der ersten antimikrobiellen Therapie noch in der Notaufnahme eines Krankenhauses.

Der Beginn der antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten acht Stunden nach Aufnahme wird für die Patienten gefordert, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden.

Seit 2008 erfolgt der Ausschluss von Patienten, bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Patienten der Risikoklasse II (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)**

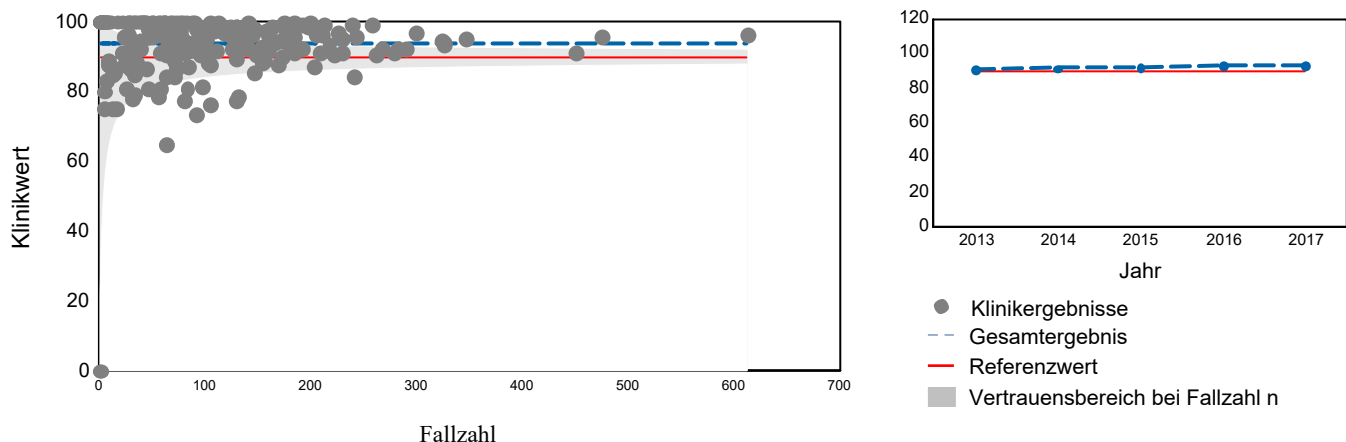
Indikator: 2013

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	18.317	-	19.957	91,78	91,39 - 92,16	>= 90,00
2015	21.027	-	22.749	92,43	92,08 - 92,77	>= 90,00
2016	20.039	-	21.525	93,10	92,75 - 93,43	>= 90,00
<b>2017</b>	<b>21.590</b>	-	<b>23.001</b>	<b>93,87</b>	93,55 - 94,17	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme durchgeführt wurde.

**Fallzahl:** Alle lebenden Patienten der Risikoklasse II (CRB-65 Score 1-2), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer von mind. 2 Tagen und ohne dokumentierte Therapieeinstellung.

Als adjuvante Behandlungsmaßnahme sollte eine frühzeitige Mobilisierung der Patienten durchgeführt werden. Mundy et al. (2003) konnten zeigen, dass eine Frühmobilisation ausschlaggebend für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus (ohne erhöhte Komplikationsraten) ist. Frühmobilisation wird dabei wie folgt definiert: Mobilisation außerhalb des Bettes für mindestens 20 Minuten innerhalb der ersten 24 Stunden des Krankenhausaufenthaltes und kontinuierliche täglich weiter aufbauende Mobilisation (Mundy et al. 2003). Eine frühzeitige Mobilisation wird in der nationalen S3-Leitlinie empfohlen (Empfehlungsgrad A lt. Höffken et al. 2009) und daher für Patienten der Risikoklasse 1 und 2 (nach CRB-65 Risiko-Score) gefordert.

Seit 2008 erfolgt der Ausschluss von Patienten bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

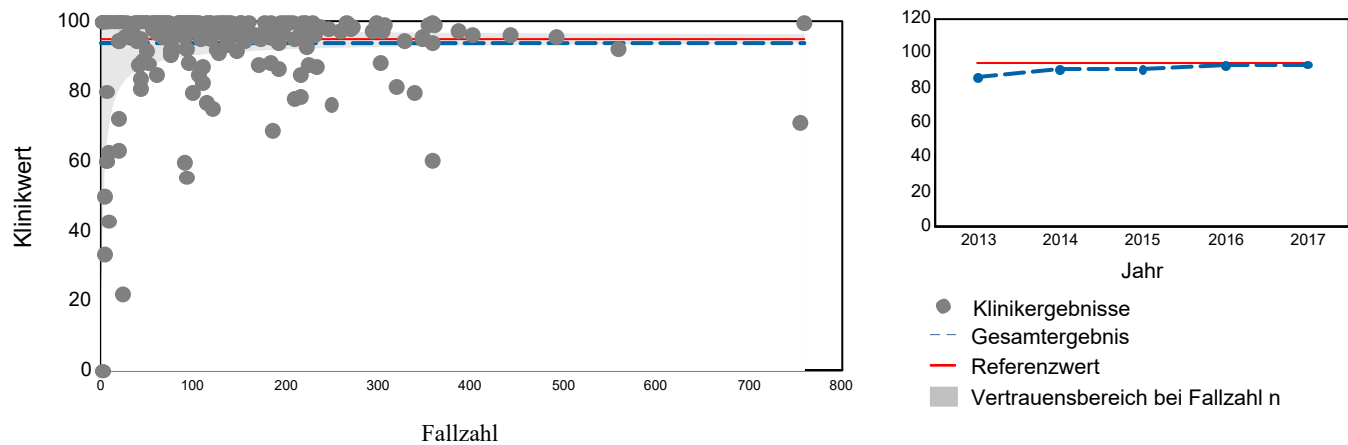
Indikator: 2028

Ziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	23.887	-	26.285	90,88	90,52 - 91,22	>= 95,00
2015	26.717	-	29.213	91,46	91,13 - 91,77	>= 95,00
2016	26.802	-	28.738	93,26	92,97 - 93,55	>= 95,00
<b>2017</b>	<b>27.162</b>	-	<b>28.915</b>	<b>93,94</b>	93,66 - 94,21	<b>&gt;= 95,00</b>

Das Ergebnis liegt unterhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung.

**Fallzahl:** Patienten mit den Entlassungsgründen "Behandlung regulär beendet", "Behandlung regulär beendet, nachstat. Beh. Vorgesehen", "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet", "Externe Verlegung zur psychiatr. Behandlung" oder "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Behandlung vorgesehen", unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

Patienten, die in einem nachgewiesenen klinisch stabilen Zustand aus der stationären Behandlung entlassen werden, weisen ein niedrigeres Letalitätsrisiko auf. Eine stationäre Wiederaufnahme ist seltener erforderlich, diese Patienten erreichen häufiger das Aktivitätsniveau vor der Erkrankung (Halm et al. 1998; Halm et al. 2002; British Thoracic Society 2004; Höffken et al. 2009).

Die Bestimmung der Stabilitätskriterien vor der Entlassung ist die Grundvoraussetzung, um Informationen über die Prognose der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung zu erhalten und daher als unverzichtbarer diagnostischer Schritt anzusehen.

Seit 2008 erfolgt der Ausschluss von Patienten bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Krankenhaus-Letalität: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen**

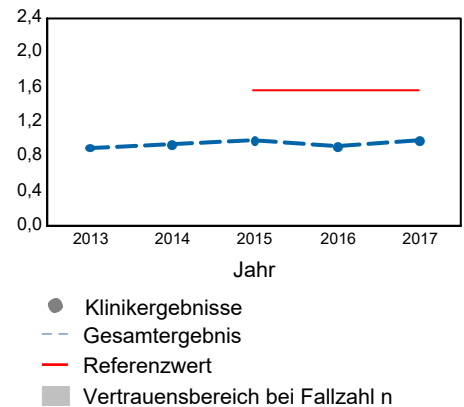
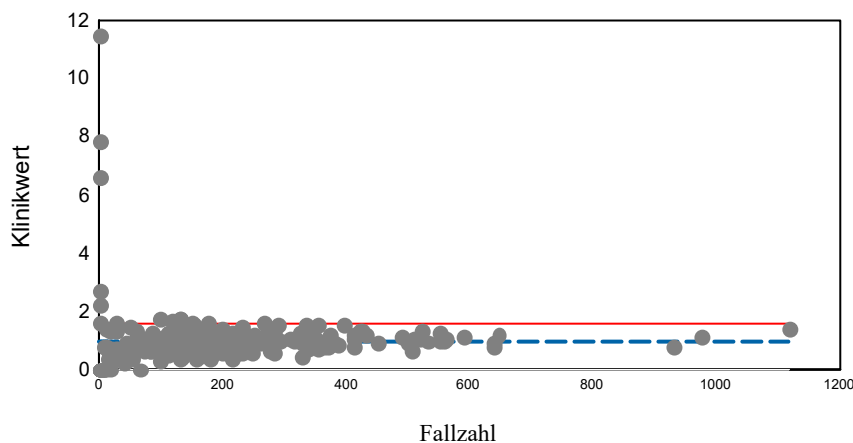
Indikator: 50778

Ziel: Niedrige Krankenhaus-Letalität

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2014	5.375	5.664,17	42.493	0,95	0,93 - 0,97	nicht definiert
2015	6.204	6.284,37	47.219	0,99	0,96 - 1,01	<= 1,58
2016	5.392	5.820,30	43.931	0,93	0,90 - 0,95	<= 1,56
<b>2017</b>	<b>6.029</b>	<b>6.110,41</b>	<b>45.494</b>	<b>0,99</b>	0,96 - 1,01	<b>&lt;= 1,58</b>

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Alle Patienten.

Die ambulant erworbene Pneumonie ist die häufigste durch Infektion bedingte Todesursache in Deutschland. Ca. 13-14% der stationär behandelten Patienten versterben (Höffken et al. 2009), wobei die Letalitätsrate mit dem Lebensalter und Vorliegen von definierten Risikofaktoren statistisch assoziiert ist (Kohlhammer et al. 2005).

Da für diesen Indikator der Krankenhausvergleich vom Patientenkollektiv abhängen kann, wird mittels logistischer Regression unter Berücksichtigung der unten aufgeführten Risikofaktoren eine Risikoadjustierung vorgenommen:

- Geschlecht des Patienten
- Alter des Patienten
- Aufnahme aus stationärer Einrichtung
- chronische Bettlägerigkeit
- Desorientierung bei Aufnahme
- spontane Atemfrequenz bei Aufnahme
- Blutdruck bei Aufnahme
- Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme

Seit dem Erfassungsjahr 2014 entfällt der Ausschluss von Patienten bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde.



Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**

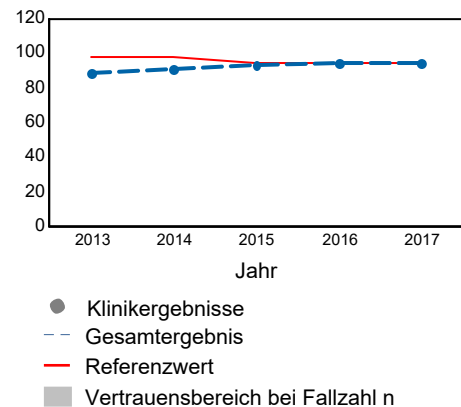
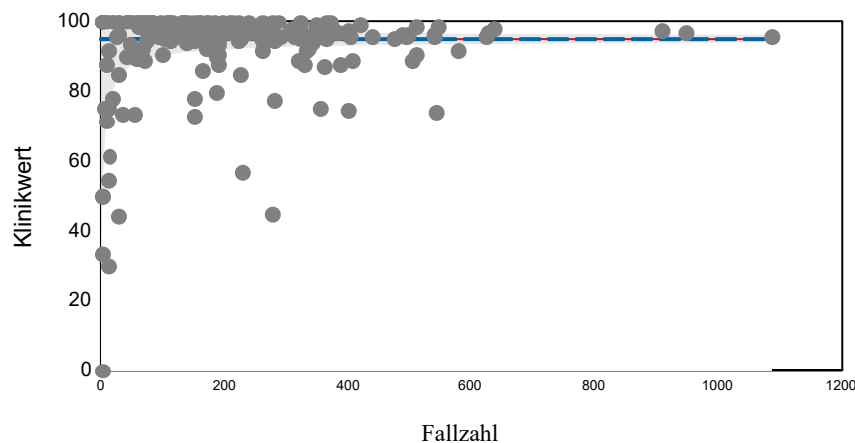
Indikator: 50722

Ziel: Möglichst immer Messung der Atemfrequenz bei Aufnahme.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2014	38.093	-	41.629	91,51	91,23 - 91,77	>= 98,00
2015	42.981	-	46.214	93,00	92,77 - 93,23	>= 95,00
2016	40.588	-	42.851	94,72	94,50 - 94,93	>= 95,00
<b>2017</b>	<b>42.013</b>	-	<b>44.375</b>	<b>94,68</b>	94,46 - 94,88	<b>&gt;= 95,00</b>

Das Ergebnis liegt unterhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten, bei denen die Atemfrequenz bei Aufnahme gemessen wurde.

**Fallzahl:** Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet wurden.

Die Atemfrequenz bei Aufnahme ist ein wichtiger klinischer Parameter und unabhängiger Risikomarker für die Krankenhaussterblichkeit. So steigt diese sowohl bei Aufnahmeatemfrequenzen über 20/min als auch unter 12/min signifikant an (Strauß et al. 2014).

Gemeinsam mit den Faktoren Alter, Blutdruck und Verwirrtheit ist die Atemfrequenz ein bedeutender Bestandteil des CRB-65 Scores. Dieser Score ermöglicht nicht nur eine Aussage über die Schwere der Pneumonie und den prognostischen Genesungsverlauf, sondern besitzt eine große Relevanz für die Berechnung weiterer Qualitätsindikatoren, die nach CRB-65 Score stratifiziert oder risikoadjustiert werden (Höffken et al. 2009).

Generell zeigt sich die Atemfrequenz als Marker vieler akuter Erkrankungen (Asthma, Lungenembolie oder Herzinsuffizienz), so dass deren Messung in Notaufnahmen, auf Allgemeinstationen oder nach Operationen durchaus zur Identifikation von Hochrisikopatienten zu empfehlen ist (Kellet et al. 2006, Goldhill et al. 1999).

Der Referenzbereich wurde zum Erfassungsjahr 2015 auf 95% herabgesetzt.

Bayern gesamt

## Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern

*Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

In den individuellen Klinikstatistiken werden zu diesen Punkten zusätzlich die Vorgangsnummern zu den Fällen, die für eine Einzelfallanalyse von Interesse sein können ausgewiesen.

### 1. verstorbene Patienten unter 65 Jahre, ohne Beatmung und ohne Therapieeinschränkungen

	2017		2016	
	n	%	n	%
verstorbene Patienten ohne Beatmung	53	0,7	56	0,6

Bayern gesamt

**Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern**

*Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

**2. Sterblichkeit bei Patienten der CRB-65 Risikoklasse 1, ohne Therapieeinschränkungen**

	2017		2016	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11879	79	1,1	93	1,2

Bayern gesamt

**Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern**

*Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

**3. Sterblichkeit bei Patienten der CRB-65 Risikoklasse 2, ohne Therapieeinschränkungen**

	2017		2016	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11880	2.233	7,1	1.948	6,6

Bayern gesamt

## Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern

*Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

### 4. Sterblichkeit bei Patienten der CRB-65 Risikoklasse 3, ohne Therapieeinschränkungen

	2017		2016	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11881	546	<b>23,0</b>	474	20,5

Bayern gesamt

**Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern**

*Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

**5. KEINE Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme**

	2017		2016	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 2015	542	1,5	407	1,1

Bayern gesamt

**Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern**

*Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

**6. Weniger als 6 der 7 klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung erfüllt**

	2017		2016	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 2036	594	2,2	662	2,5