



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

---

## **Ambulant erworbene Pneumonie**

**Auswertung 2018**

**Modul PNEU**

## Inhaltsverzeichnis

### 1 Basisstatistik

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

### 2 Qualitätsindikatoren

#### 1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

- Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
- Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
- Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
- Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
- Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Patienten der Risikoklasse II (CRB-65-Index = 1 oder 2)
- Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
- Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
- Krankenhaus-Letalität: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen
- 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**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Eingesendete Datensätze	46.057	<b>100,0</b>	45.494	100,0

**2. Quartalsübersicht**

	2018		2017	
	n	%	n	%
1. Quartal	17.323	<b>37,6</b>	16.380	36,0
2. Quartal	9.709	<b>21,1</b>	9.710	21,3
3. Quartal	8.665	<b>18,8</b>	8.766	19,3
4. Quartal	10.360	<b>22,5</b>	10.638	23,4

**3. Leistungszahlen**

	2018		2017	
	n	%	n	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	234	<b>100,0</b>	232	100,0

Bayern gesamt

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
Gesamt	46.057	<b>100,0</b>	45.494	100,0
- unter 40 Jahre	1.934	<b>4,2</b>	1.902	4,2
- 40 bis 49 Jahre	1.714	<b>3,7</b>	1.573	3,5
- 50 bis 59 Jahre	3.640	<b>7,9</b>	3.392	7,5
- 60 bis 69 Jahre	6.441	<b>14,0</b>	5.898	13,0
- 70 bis 79 Jahre	11.931	<b>25,9</b>	12.159	26,7
- 80 bis 89 Jahre	15.182	<b>33,0</b>	15.214	33,4
- 90 bis 99 Jahre	5.141	<b>11,2</b>	5.267	11,6
- über 99 Jahre	74	<b>0,2</b>	89	0,2
Mittelwert		<b>74,1</b>		74,6
Median		<b>78,0</b>		78,0

**2. Geschlecht**

	2018		2017	
	n	%	n	%
männlich	26.259	<b>57,0</b>	25.749	56,6
weiblich	19.798	<b>43,0</b>	19.743	43,4
unbestimmt	0	<b>0,0</b>	2	0,0

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
CRB-65 Score 0 (Risikoklasse 1)	7.654	<b>16,6</b>	7.026	15,4
CRB-65 Score 1 (Risikoklasse 2)	24.967	<b>54,2</b>	24.850	54,6
CRB-65 Score 2 (Risikoklasse 2)	10.202	<b>22,2</b>	10.341	22,7
CRB-65 Score 3 (Risikoklasse 3)	1.975	<b>4,3</b>	1.934	4,3
CRB-65 Score 4 (Risikoklasse 3)	1.259	<b>2,7</b>	1.343	3,0

**Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik**

**1. Aufnahme**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	9.665	<b>21,0</b>	9.759	21,5
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	1.845	<b>4,0</b>	2.086	4,6
Chronische Bettlägerigkeit	7.959	<b>17,3</b>	8.821	19,4

**2. Diagnostik / Befunde**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	1.010	<b>2,2</b>	1.119	2,5
Ohne invasive Beatmung bei Aufnahme	45.047	<b>97,8</b>	44.375	97,5
- Desorientierung	14.697	<b>32,6</b>	14.848	33,5
- nicht pneumoniebedingt	10.664	<b>23,7</b>	11.094	25,0
- pneumoniebedingt (relevant für CRB-65 Score)	4.033	<b>9,0</b>	3.754	8,5
- Blutdruck syst. in mmHg (Median)		<b>130,0</b>		130,0
- Blutdruck diast. mmHg (Median)		<b>75,0</b>		75,0
- Pat. mit RR syst. < 90mmHg oder RR diast. <= 60mmHg (relevant für CRB-65 Score)	9.134	<b>20,3</b>	9.059	20,4

Bayern gesamt

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
Patienten ohne invasive Beatmung bei Aufnahme	45.047	<b>97,8</b>	44.375	97,5
- 1 bis 6/min	13	<b>0,0</b>	8	0,0
- 7 bis 12/min	1.662	<b>3,7</b>	1.607	3,6
- 13 bis 18/min	17.305	<b>38,4</b>	15.747	35,5
- 19 bis 24/min	15.361	<b>34,1</b>	15.301	34,5
- 25 bis 30/min	6.137	<b>13,6</b>	6.655	15,0
- 31 bis 36/min	1.746	<b>3,9</b>	1.807	4,1
- 37 bis 42/min	626	<b>1,4</b>	628	1,4
- über 43/min	256	<b>0,6</b>	260	0,6
- Mittelwert		<b>20,6</b>		20,9
- Median		<b>20,0</b>		20,0
- Pat. mit Atemfrequenz $\geq$ 30/min (relevant für CRB-65 Score)	3.874	<b>8,6</b>	4.022	9,1
- Atemfrequenz nicht bestimmt	1.941	<b>4,3</b>	2.362	5,3

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
Innerhalb der ersten 4 Stunden	45.100	<b>97,9</b>	44.446	97,7
4 bis unter 8 Stunden	243	<b>0,5</b>	280	0,6
8 Stunden und später	284	<b>0,6</b>	271	0,6
Nicht durchgeführt	430	<b>0,9</b>	497	1,1
Erste Blutgasanalyse/Pulsoximetrie innerhalb von 8h				
- alle Patienten	45.343	<b>98,4</b>	44.726	98,3
- Patienten, die aus anderen KH aufgenommen wurden	1.789	<b>97,0</b>	2.007	96,2
- Patienten, die nicht aus anderen KH aufgenommen wurden	43.554	<b>98,5</b>	42.719	98,4

**Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik**

**5. Initiale antimikrobielle Therapie**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Keine antimikrobielle Therapie	788	<b>1,7</b>	724	1,6
Antimikrobielle Therapie				
- innerhalb der ersten 4 Stunden	40.613	<b>88,2</b>	40.630	89,3
- 4 bis unter 8 Stunden	1.992	<b>4,3</b>	1.774	3,9
- 8 Stunden und später	1.611	<b>3,5</b>	1.437	3,2
- Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	1.053	<b>2,3</b>	929	2,0
Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme oder Fortsetzung einer Therapie				
- alle Patienten	43.658	<b>94,8</b>	43.333	95,2
- Patienten, die aus anderen KH aufgenommen wurden	1.743	<b>94,5</b>	1.963	94,1
- Patienten, die nicht aus anderen KH aufgenommen wurden	41.915	<b>94,8</b>	41.370	95,3
- bei CRB-65 Score 0	7.222	<b>94,4</b>	6.644	94,6
- bei CRB-65 Score 1	23.621	<b>94,6</b>	23.657	95,2
- bei CRB-65 Score 2	9.717	<b>95,2</b>	9.881	95,6
- bei CRB-65 Score 3	1.889	<b>95,6</b>	1.858	96,1
- bei CRB-65 Score 4	1.209	<b>96,0</b>	1.293	96,3



**Basisstatistik » Therapie / Verlauf**
**1. Mobilisation**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Beginn der Mobilisation				
- keine Mobilisation	6.267	<b>13,6</b>	6.208	13,6
- innerhalb von 24 h nach Aufnahme	36.349	<b>78,9</b>	36.038	79,2
- nach 24 h und später	3.441	<b>7,5</b>	3.248	7,1
Mobilisation innerhalb von 24 h				
- bei CRB-65 Score 0	6.977	<b>91,2</b>	6.439	91,6
- bei CRB-65 Score 1	20.659	<b>82,7</b>	20.610	82,9
- bei CRB-65 Score 2	7.263	<b>71,2</b>	7.473	72,3
- bei CRB-65 Score 3	1.016	<b>51,4</b>	1.057	54,7
- bei CRB-65 Score 4	434	<b>34,5</b>	459	34,2

**2. Beatmung**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Keine Beatmung	41.546	<b>90,2</b>	41.059	90,3
Beatmung:	4.511	<b>9,8</b>	4.435	9,7
- ausschließlich nicht invasiv	2.111	<b>4,6</b>	2.008	4,4
- ausschließlich invasiv	1.245	<b>2,7</b>	1.303	2,9
- sowohl nicht invasiv als auch invasiv	1.155	<b>2,5</b>	1.124	2,5

**3. Alleinige Symptomkontrolle als Therapieziel**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt und in der Patientenakte dokumentiert wurde	5.044	<b>11,0</b>	4.982	11,0
- bei Pat. mit CRB-65 Score 0	149	<b>1,9</b>	154	2,2
- bei Pat. mit CRB-65 Score 1	2.122	<b>8,5</b>	2.179	8,8
- bei Pat. mit CRB-65 Score 2	1.757	<b>17,2</b>	1.742	16,8
- bei Pat. mit CRB-65 Score 3	653	<b>33,1</b>	548	28,3
- bei Pat. mit CRB-65 Score 4	363	<b>28,8</b>	359	26,7

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
Patient nicht verstorben	40.013	<b>100,0</b>	39.465	100,0
Sämtliche klinische Stabilitätskriterien im stat. Verlauf / vor Entlassung bestimmt	36.422	<b>91,0</b>	35.934	91,1
- hiervon mindestens 6 der 7 klinischen Stabilitätskriterien erfüllt	35.433	<b>97,3</b>	34.819	96,9
Desorientierung	8.729	<b>21,8</b>	9.381	23,8
- pneumoniebedingt	501	<b>1,3</b>	664	1,7
- nicht pneumoniebedingt	8.228	<b>20,6</b>	8.717	22,1
Stabile orale und / oder enterale Nahrungsaufnahme	37.054	<b>92,6</b>	36.717	93,0
Spontane Atemfrequenz				
<= 24/min	36.099	<b>90,2</b>	35.761	90,6
> 24/min	757	<b>1,9</b>	674	1,7
nicht bestimmt	2.098	<b>5,2</b>	2.086	5,3
nicht bestimmt wegen Dauerbeatmung	102	<b>0,3</b>	97	0,2
Herzfrequenz				
<= 100/min	38.165	<b>95,4</b>	37.696	95,5
> 100/min	753	<b>1,9</b>	813	2,1
nicht bestimmt	135	<b>0,3</b>	107	0,3
Temperatur				
<= 37,2 Grad C.	37.416	<b>93,5</b>	36.761	93,1
> 37,2 Grad C.	1.521	<b>3,8</b>	1.751	4,4
nicht bestimmt	112	<b>0,3</b>	106	0,3
Sauerstoffsättigung				
>= 90%	37.055	<b>92,6</b>	36.704	93,0
< 90%	1.039	<b>2,6</b>	953	2,4
nicht bestimmt	958	<b>2,4</b>	953	2,4
Blutdruck systolisch				
>= 90mmHg	38.469	<b>96,1</b>	37.956	96,2
< 90mmHg	446	<b>1,1</b>	532	1,3
nicht bestimmt	131	<b>0,3</b>	124	0,3

**Basisstatistik » Therapie / Verlauf**

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

*bei allen Patienten, die nicht verstorben sind*

	2018		2017	
	n	%	n	%
Patient nicht verstorben	40.013	<b>100,0</b>	39.465	100,0
Sauerstoffsättigung im stationären Verlauf / vor Entlassung bestimmt	38.094	<b>95,2</b>	37.657	95,4
- bei CRB-65 Score 0	7.148	<b>95,5</b>	6.524	94,9
- bei CRB-65 Score 1	21.486	<b>95,5</b>	21.421	95,9
- bei CRB-65 Score 2	7.713	<b>95,0</b>	7.846	95,0
- bei CRB-65 Score 3	1.133	<b>93,3</b>	1.161	95,6
- bei CRB-65 Score 4	614	<b>88,3</b>	705	89,6
Atemfrequenz im stationären Verlauf / vor Entlassung bestimmt	36.856	<b>92,1</b>	36.435	92,3
- bei CRB-65 Score 0	6.941	<b>92,7</b>	6.292	91,6
- bei CRB-65 Score 1	20.824	<b>92,5</b>	20.782	93,1
- bei CRB-65 Score 2	7.459	<b>91,9</b>	7.585	91,8
- bei CRB-65 Score 3	1.084	<b>89,2</b>	1.128	92,8
- bei CRB-65 Score 4	548	<b>78,8</b>	648	82,3

Bayern gesamt

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
Mittelwert (Tage)		<b>9,1</b>		9,2
Median (Tage)		<b>7,0</b>		8,0

**2. Entlassungsgrund § 301**

	2018		2017	
	n	%	n	%
1 Behandlung regulär beendet	29.866	<b>64,8</b>	29.310	64,4
2 Behandlung regulär beendet, nach stationäre Behandlung vorgesehen	424	<b>0,9</b>	362	0,8
3 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	112	<b>0,2</b>	75	0,2
4 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	668	<b>1,5</b>	609	1,3
5 Zuständigkeitswechsel Träger	1	<b>0,0</b>	1	0,0
6 Verlegung in and. Krankenhaus	1.917	<b>4,2</b>	1.873	4,1
7 Tod	6.044	<b>13,1</b>	6.029	13,3
8 Verlegung in and. Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	39	<b>0,1</b>	46	0,1
9 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	602	<b>1,3</b>	671	1,5
10 Entl. in eine Pflegeeinrichtung	6.171	<b>13,4</b>	6.332	13,9
11 Entl. in ein Hospitz	25	<b>0,1</b>	18	0,0
13 Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	41	<b>0,1</b>	35	0,1
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	<b>0,0</b>	2	0,0
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16	<b>0,0</b>	2	0,0
17 interne Verlegung (Wechsel Geltungsbereich BpflV / KHEntgG)	131	<b>0,3</b>	129	0,3
22 Fallabschluss (int. Verlegung) Wechsel voll-/teilstat. Behandl.	0	<b>0,0</b>	0	0,0
25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (PEPP)	0	<b>0,0</b>	0	0,0

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Entlassung**
**3. Letalität gesamt**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Todesfälle gesamt	6.044	<b>13,1</b>	6.029	13,3
- bei CRB-65 Score 0	169	<b>2,2</b>	155	2,2
- bei CRB-65 Score 1	2.464	<b>9,9</b>	2.519	10,1
- bei CRB-65 Score 2	2.087	<b>20,5</b>	2.080	20,1
- bei CRB-65 Score 3	760	<b>38,5</b>	719	37,2
- bei CRB-65 Score 4	564	<b>44,8</b>	556	41,4

**4. Letalität bei Therapiebegrenzung**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten mit alleiniger Symptomkontrolle als Therapieziel	3.208	<b>63,6</b>	3.171	63,6
- bei CRB-65 Score 0	75	<b>50,3</b>	76	49,4
- bei CRB-65 Score 1	1.167	<b>55,0</b>	1.227	56,3
- bei CRB-65 Score 2	1.155	<b>65,7</b>	1.139	65,4
- bei CRB-65 Score 3	500	<b>76,6</b>	423	77,2
- bei CRB-65 Score 4	311	<b>85,7</b>	306	85,2

**5. Letalität ohne Therapiebegrenzung**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten ohne Therapiebegrenzung	2.836	<b>6,9</b>	2.858	7,1
- bei CRB-65 Score 0	94	<b>1,3</b>	79	1,1
- bei CRB-65 Score 1	1.297	<b>5,7</b>	1.292	5,7
- bei CRB-65 Score 2	932	<b>11,0</b>	941	10,9
- bei CRB-65 Score 3	260	<b>19,7</b>	296	21,4
- bei CRB-65 Score 4	253	<b>28,2</b>	250	25,4

**Basisstatistik » Entlassung**

**6. Letalität nach Alter**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten ohne inv. maschinelle Beatmung und ohne Therapiebegrenzung	2.291	<b>5,9</b>	2.317	6,0
- unter 40 Jahre	3	<b>0,2</b>	9	0,5
- 40 bis 49 Jahre	7	<b>0,4</b>	6	0,4
- 50 bis 59 Jahre	50	<b>1,5</b>	55	1,8
- 60 bis 69 Jahre	164	<b>3,0</b>	147	2,9
- 70 bis 79 Jahre	478	<b>4,6</b>	539	5,1
- 80 bis 89 Jahre	1.090	<b>8,6</b>	1.030	8,2
- 90 bis 99 Jahre	492	<b>12,2</b>	518	12,4
- über 99 Jahre	7	<b>14,3</b>	13	22,0

**7. Letalität nach Aufnahme / Beatmungsstatus**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten mit				
- maschineller Beatmung während des stat. Aufenthaltes	1.576	<b>34,9</b>	1.548	34,9
- Aufnahme aus anderem Krankenhaus mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	63	<b>37,3</b>	84	37,5
- Aufnahme mit invasiver masch. Beatmung	404	<b>40,0</b>	423	37,8
- Aufnahme aus stationärer Pflege-Einrichtung	2.374	<b>24,6</b>	2.342	24,0
- Aufnahme aus anderem Krankenhaus	350	<b>19,0</b>	399	19,1
- Aufnahme nicht aus anderem KH	5.694	<b>12,9</b>	5.630	13,0
- Aufnahme nicht aus anderem KH und nicht aus stationärer Pflege-Einrichtung	3.320	<b>9,6</b>	3.288	9,8

**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	45.343	-	46.057	98,45%	98,33 - 98,56	≥ 95,00%
2006	43.554	-	44.212	98,51%	98,39 - 98,62	-
2007	1.789	-	1.845	96,96%	96,08 - 97,66	-
<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>						
2009	37.492	-	39.414	95,12%	94,91 - 95,33	≥ 90,00%
<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Patienten der Risikoklasse II (CRB-65-Index = 1 oder 2)</b>						
2013	21.836	-	23.406	93,29%	92,96 - 93,61	≥ 90,00%
<b>Stabilitätskriterien</b>						
2028	27.872	-	29.537	94,36%	94,09 - 94,62	≥ 95,00%
2036	27.335	-	27.852	98,14%	97,98 - 98,30	-
<b>Krankenhaus-Letalität: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen</b>						
50778	6.044	5.980,76	46.057	1,01	0,99 - 1,03	≤ 1,58
<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>						
50722	43.106	-	45.047	95,69%	95,50 - 95,87	≥ 95,00%

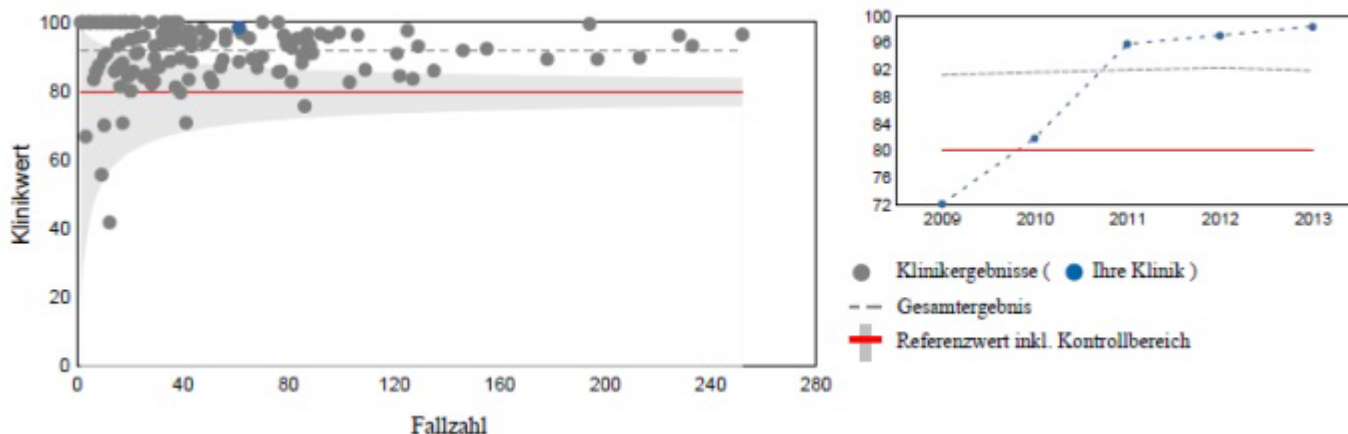
### Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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**

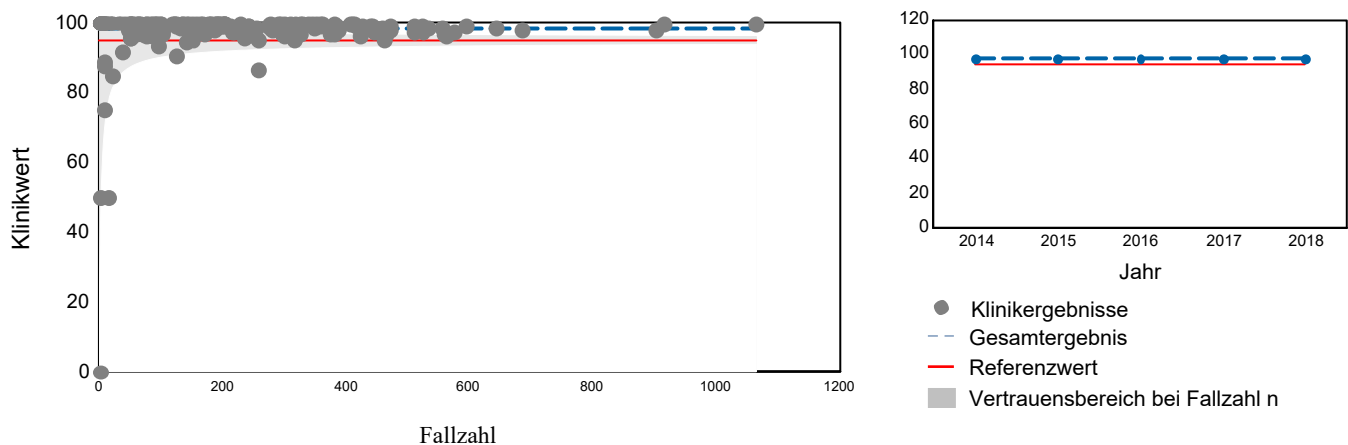
Indikator: 2005

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2017	44.726	-	45.494	98,31	98,19 - 98,43	>= 95,00
<b>2018</b>	<b>45.343</b>	-	<b>46.057</b>	<b>98,45</b>	98,33 - 98,56	<b>&gt;= 95,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoximetrie 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

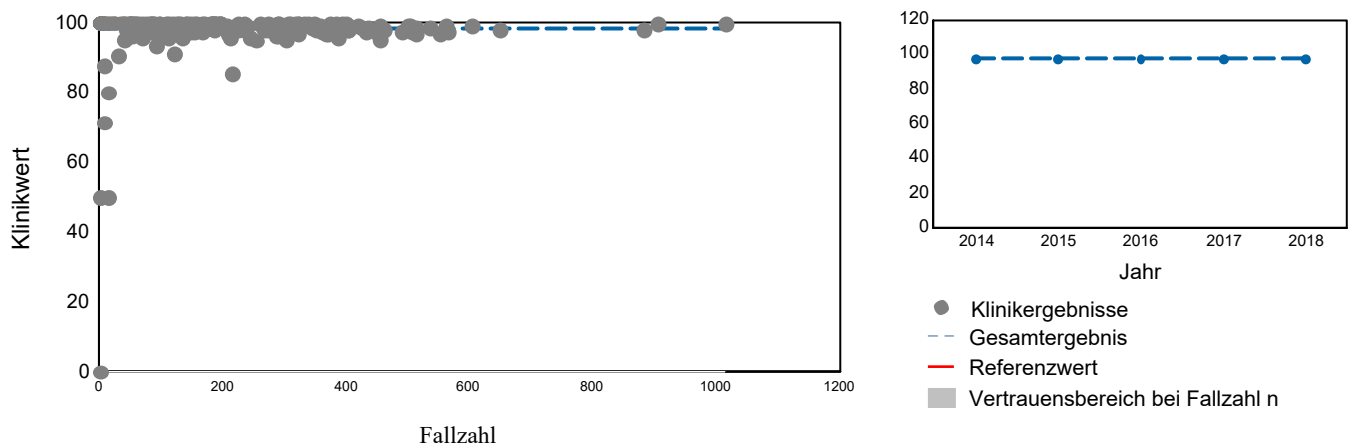
**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**

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				
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
2017	42.719	-	43.408	98,41	98,29 - 98,53	nicht definiert
<b>2018</b>	<b>43.554</b>	-	<b>44.212</b>	<b>98,51</b>	98,39 - 98,62	<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.

Im Gegensatz zum Qualitätsindikator 2005 werden bei dieser Transparenzkennzahl nicht alle Patienten dargestellt, sondern nur die, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden und somit akut Erkrankte bei Erstaufnahme darstellen. Das entgegengesetzte Stratum wird durch die Kennzahl 2007 abgebildet.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

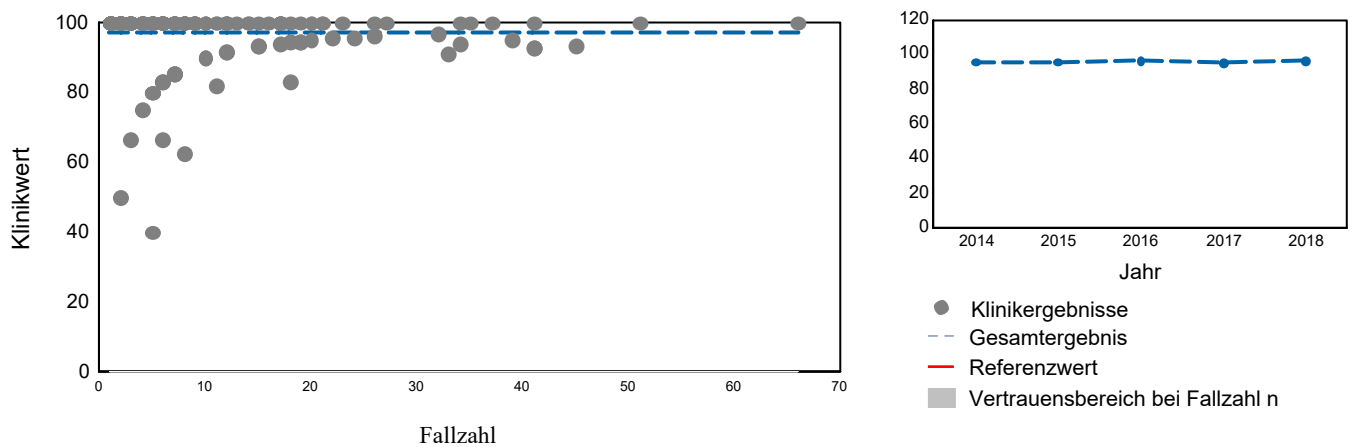
**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)**

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				
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
2017	2.007	-	2.086	96,21	95,31 - 96,95	nicht definiert
<b>2018</b>	<b>1.789</b>	-	<b>1.845</b>	<b>96,96</b>	96,08 - 97,66	<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.

Im Gegensatz zum Qualitätsindikator 2005 werden bei dieser Transparenzkennzahl nicht alle Patienten dargestellt, sondern nur die, die aus einem anderen Krankenhaus (zur Weiterbehandlung) aufgenommen wurden. Das entgegengesetzte Stratum wird durch die Kennzahl 2006 abgebildet.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

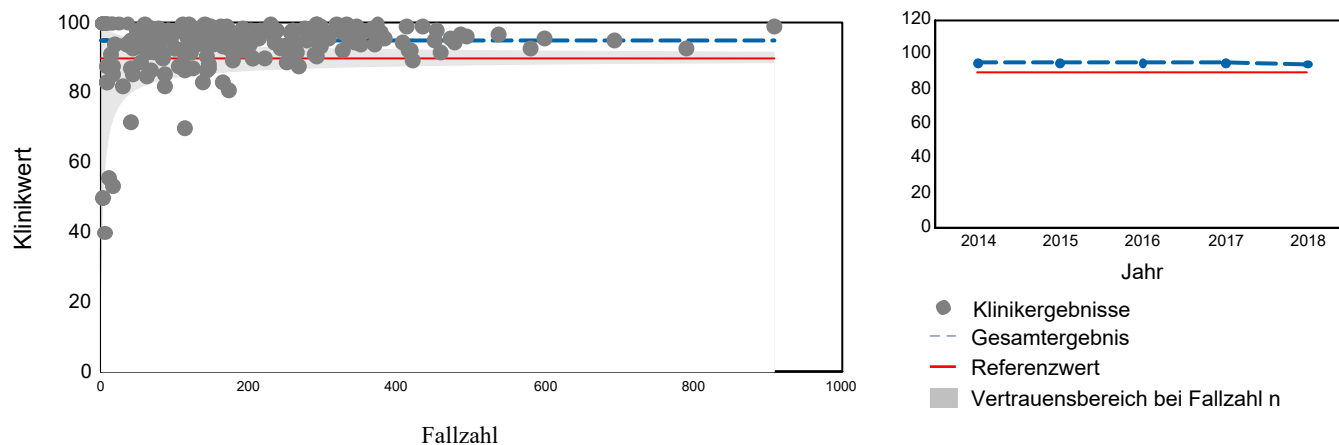
Indikator: 2009

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2017	37.012	-	38.728	95,57	95,36 - 95,77	>= 90,00
<b>2018</b>	<b>37.492</b>	-	<b>39.414</b>	<b>95,12</b>	94,91 - 95,33	<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.

In der NICE Leitlinie wird bei Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie ein Zeitintervall von 4 Stunden zwischen Aufnahme und Beginn der antimikrobiellen Therapie 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 Patientinnen und Patienten gefordert, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden. Seit 2008 erfolgt der Ausschluss von Patientinnen und 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-Index = 1 oder 2)**

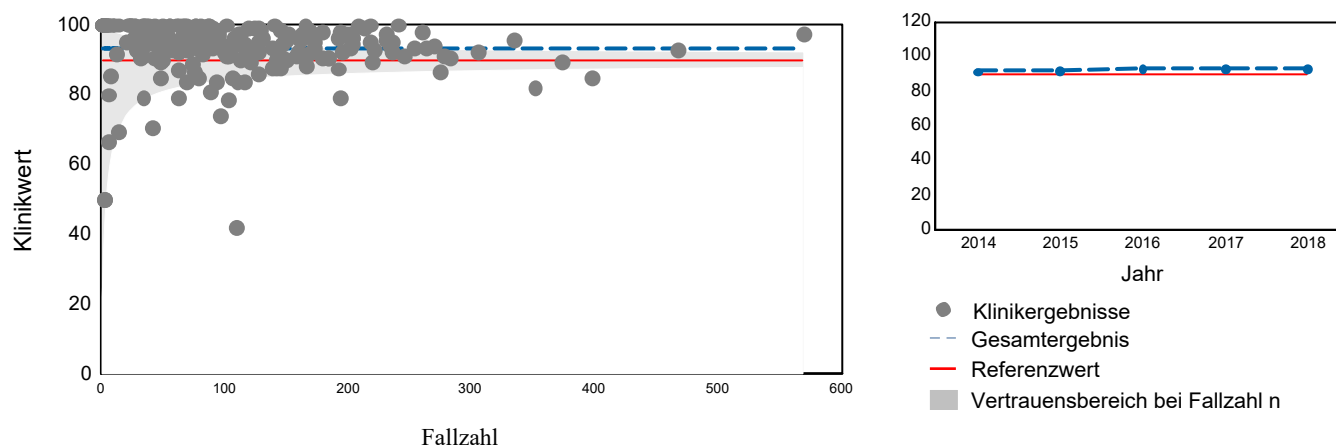
Indikator: 2013

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2017	21.590	-	23.001	93,87	93,55 - 94,17	>= 90,00
<b>2018</b>	<b>21.836</b>	-	<b>23.406</b>	<b>93,29</b>	92,96 - 93,61	<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 Index 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 Patientinnen und 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.

Für die Risikoklasse 2 müssen 1-2 der folgenden Kriterien erfüllt sein: Pneumoniebedingte Desorientierung, spontane Atemfrequenz von mindestens 30 pro Minute, einen Blutdruck von systolisch unter 90 mmHg oder diastolisch unter 60 mmHg, Alter von mindestens 65 Jahren.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

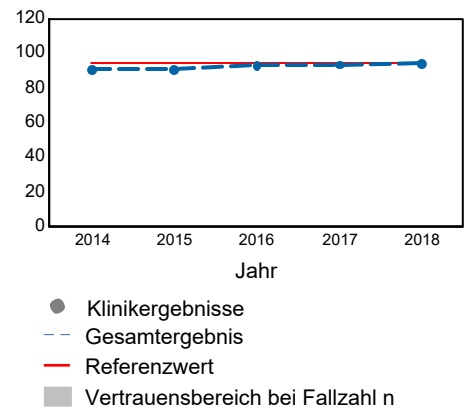
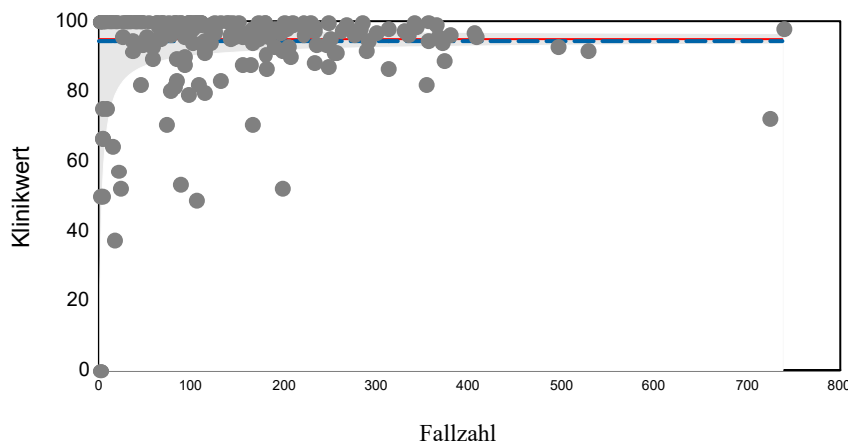
Indikator: 2028

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2017	27.162	-	28.915	93,94	93,66 - 94,21	>= 95,00
<b>2018</b>	<b>27.872</b>	-	<b>29.537</b>	<b>94,36</b>	94,09 - 94,62	<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.

Patientinnen und 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 Kriterien für die klinische Stabilität werden in leicht abgewandelter Form in drei aktuellen Leitlinien benannt und deren Bestimmung vor Entlassung empfohlen (DGP et al. 2016, Lim et al. 2009, NCGC 2014).

Im QS-Verfahren "Ambulant erworbene Pneumonie" werden folgende Kriterien für die klinische Stabilität verwendet: Systolischer Blutdruck, Herzfrequenz, spontane Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Temperatur, stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme, keine pneumoniebedingte Desorientierung.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

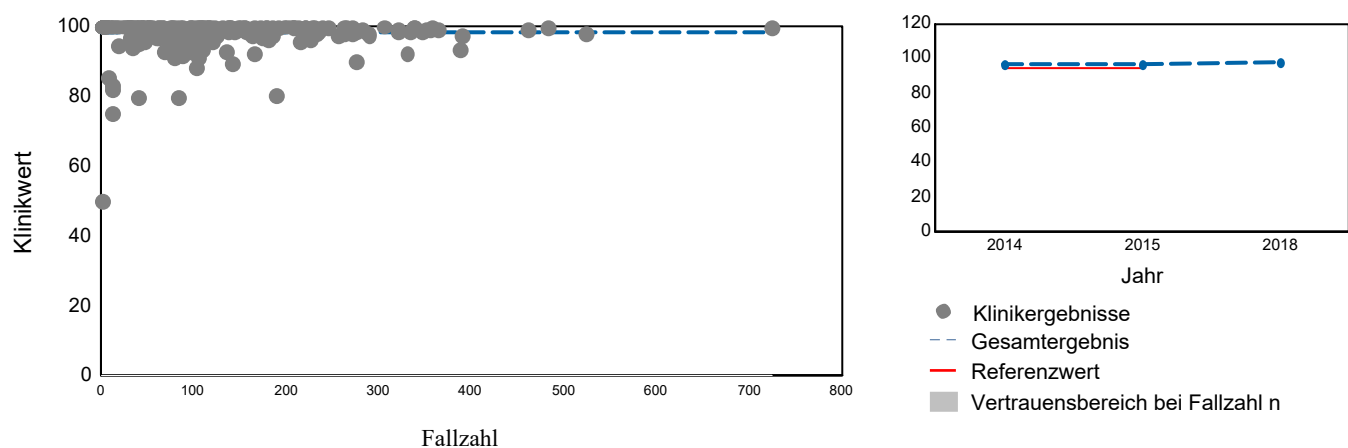
Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Indikator: 2036

Ziel: Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	25.873	-	26.699	96,91	96,69 - 97,11	>= 95,00
2018	27.335	-	27.852	98,14	97,98 - 98,30	nicht definiert

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Patienten, die bis zur Entlassung mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen.

**Fallzahl:** Patienten mit einem der 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", und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

In diese Kennzahl gehen nur Fälle ein, bei denen die Kriterien für eine klinische Stabilität bestimmt wurden (vergleiche hierzu QI 2028). Bis 2015 wurde diese Kennzahl als Indikator ausgewiesen.

Folgende Kriterien werden für die Erfüllung der klinischen Stabilität verwendet:

1. Systolischer Blutdruck  $\geq 90$  mmHg
2. Herzfrequenz  $\leq 100$  Herzschläge pro Minute
3. Spontane Atemfrequenz  $\leq 24$  Atemzüge pro Minute
4. Sauerstoffsättigung  $\geq 90$  %
5. Temperatur  $\leq 37,2$  °C
6. Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme
7. Keine penumoniebedingte Desorientierung

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

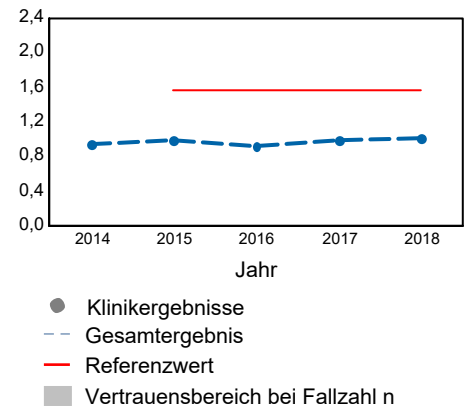
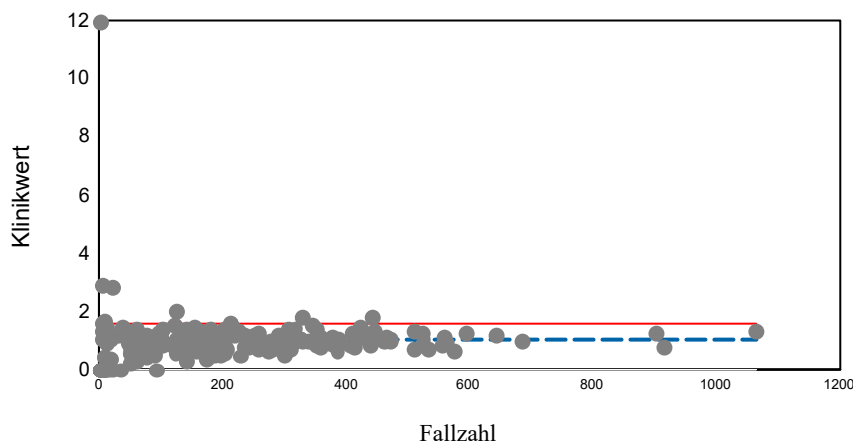
Indikator: 50778

Ziel: Niedrige Krankenhaus-Letalität

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
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
2017	6.029	6.110,41	45.494	0,99	0,96 - 1,01	<= 1,58
<b>2018</b>	<b>6.044</b>	<b>5.980,76</b>	<b>46.057</b>	<b>1,01</b>	0,99 - 1,03	<= <b>1,58</b>

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Alle Patienten.

Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität. 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 multipler logistischer Regression unter Berücksichtigung der unten aufgeführten Risikofaktoren eine Risikoadjustierung vorgenommen: Geschlecht, Alter, 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 wird der Sterblichkeitsindikator für alle Patientinnen und Patienten berechnet, eingeschlossen sind also auch Patienten bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde.



Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**

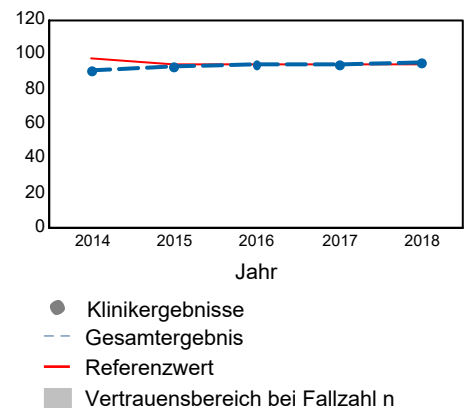
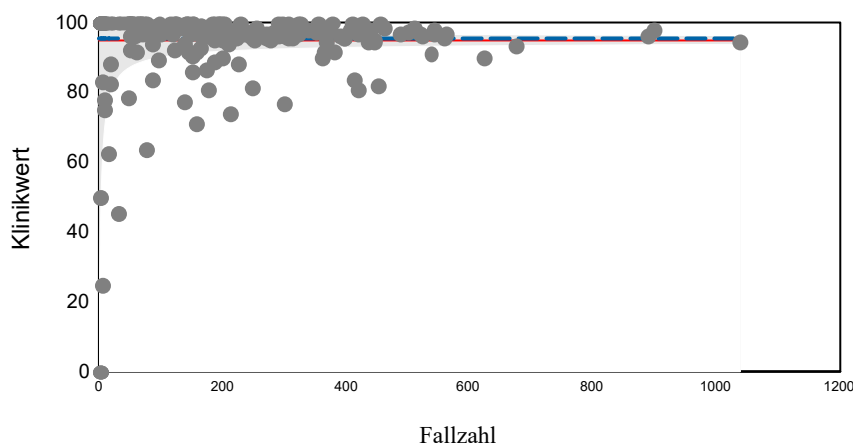
Indikator: 50722

Ziel: Möglichst immer Messung der Atemfrequenz bei Aufnahme.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2017	42.013	-	44.375	94,68	94,46 - 94,88	>= 95,00
<b>2018</b>	<b>43.106</b>	-	<b>45.047</b>	<b>95,69</b>	95,50 - 95,87	<b>&gt;= 95,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb 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 Index. Dieser Index 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

	2018		2017	
	n	%	n	%
verstorbene Patienten ohne Beatmung	70	0,8	53	0,7

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**

	2018		2017	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11879	94	1,3	79	1,1

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11880	2.229	7,1	2.233	7,1

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

	2018		2017	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11881	513	23,1	546	23,0