



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Ambulant erworbene Pneumonie

Auswertung 2020

Modul PNEU

Inhalt »

Inhaltsverzeichnis

1 Basisstatistik

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

2 Qualitätsindikatoren

1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
- Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
- Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
- Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
- Frühmobilisation nach Aufnahme
- Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
- Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
- Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
- Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
- Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (O/E)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) (O/E)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) (O/E)
- Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
- Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
- Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
- Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)

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 eingeblendet. 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
 daten-support@baq-bayern.de

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

Datenstand:

Druckdatum / PDF-Erstellung: 17.05.2021
 Auswertungsstand: 14.05.2021

Basisstatistik » Grundgesamtheiten

1. Ambulant erworbene Pneumonie

	2020		2019	
	n	%	n	%
Eingesendete Datensätze	46.608	100,0	41.657	100,0
COVID-19 Pneumonien	18.377	39,4		
andere Pneumonien	28.231	60,6		

2. Quartalsübersicht

	2020		2019	
	n	%	n	%
1. Quartal	15.342	32,9	14.640	35,1
2. Quartal	8.784	18,8	9.494	22,8
3. Quartal	6.737	14,5	8.238	19,8
4. Quartal	15.745	33,8	9.285	22,3

3. Leistungszahlen

	2020		2019	
	n	%	n	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	232	100,0	226	100,0

Basisstatistik » Patienten

1. Alter

	2020		2019	
	n	%	n	%
Gesamt	46.608	100,0	41.657	100,0
- unter 40 Jahre	2.022	4,3	1.781	4,3
- 40 bis 49 Jahre	2.231	4,8	1.448	3,5
- 50 bis 59 Jahre	4.943	10,6	3.365	8,1
- 60 bis 69 Jahre	6.879	14,8	5.769	13,8
- 70 bis 79 Jahre	10.969	23,5	10.365	24,9
- 80 bis 89 Jahre	14.930	32,0	13.985	33,6
- 90 bis 99 Jahre	4.560	9,8	4.878	11,7
- über 99 Jahre	74	0,2	66	0,2
Mittelwert		72,7		74,3
Median		77,0		78,0

2. Geschlecht

	2020		2019	
	n	%	n	%
männlich	27.140	58,2	23.706	56,9
weiblich	19.467	41,8	17.951	43,1
divers	0	0,0	0	0,0
unbestimmt	1	0,0	0	0,0

3. Risikoklassifikation nach CRB-65 Score

	2020		2019	
	n	%	n	%
CRB-65 Score 0 (Risikoklasse 1)	9.731	20,9	7.057	16,9
CRB-65 Score 1 (Risikoklasse 2)	24.430	52,4	22.967	55,1
CRB-65 Score 2 (Risikoklasse 2)	9.340	20,0	8.973	21,5
CRB-65 Score 3 (Risikoklasse 3)	1.756	3,8	1.616	3,9
CRB-65 Score 4 (Risikoklasse 3)	1.351	2,9	1.044	2,5

Bayern gesamt

Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik

1. Aufnahme

	2020		2019	
	n	%	n	%
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	9.819	21,1	8.823	21,2
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	2.535	5,4	1.588	3,8
Chronische Bettlägerigkeit	6.630	14,2	6.650	16,0

2. Diagnostik / Befunde

	2020		2019	
	n	%	n	%
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	1.111	2,4	831	2,0
Ohne invasive Beatmung bei Aufnahme	45.497	97,6	40.826	98,0
- Desorientierung	13.143	28,9	12.937	31,7
- nicht pneumoniebedingt	9.437	20,7	9.487	23,2
- pneumoniebedingt (relevant für CRB-65 Score)	3.706	8,1	3.450	8,5
- nicht beurteilbar	813	1,8		
- Blutdruck syst. in mmHg (Median)		130,0		130,0
- Blutdruck diast. mmHg (Median)		76,0		75,0
- Pat. mit RR syst. < 90mmHg oder RR diast. <= 60mmHg (relevant für CRB-65 Score)	8.078	17,8	7.802	19,1

Bayern gesamt

Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik
3. Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten ohne invasive Beatmung bei Aufnahme	45.497	97,6	40.826	98,0
- 1 bis 6/min	9	0,0	6	0,0
- 7 bis 12/min	1.523	3,3	1.617	4,0
- 13 bis 18/min	18.448	40,5	16.439	40,3
- 19 bis 24/min	14.971	32,9	13.635	33,4
- 25 bis 30/min	6.119	13,4	5.269	12,9
- 31 bis 36/min	1.838	4,0	1.584	3,9
- 37 bis 42/min	708	1,6	584	1,4
- über 43/min	267	0,6	223	0,5
- Mittelwert		20,5		20,4
- Median		20,0		19,0
- Pat. mit Atemfrequenz \geq 30/min (relevant für CRB-65 Score)	4.097	9,0	3.412	8,4
- Atemfrequenz nicht bestimmt	1.614	3,5	1.469	3,6

4. Frühe erste Blutgasanalyse / Pulsoxymetrie

	2020		2019	
	n	%	n	%
Innerhalb der ersten 4 Stunden	45.702	98,1	40.885	98,1
4 bis unter 8 Stunden	331	0,7	220	0,5
8 Stunden und später	224	0,5	222	0,5
Nicht durchgeführt	351	0,8	330	0,8
Erste Blutgasanalyse/Pulsoxymetrie innerhalb von 8h				
- alle Patienten	46.033	98,8	41.105	98,7
- Patienten, die aus anderen KH aufgenommen wurden	2.465	97,2	1.542	97,1
- Patienten, die nicht aus anderen KH aufgenommen wurden	43.568	98,9	39.563	98,7

Basisstatistik » Aufnahme / Diagnostik

5. Initiale antimikrobielle Therapie

	2020		2019	
	n	%	n	%
Keine antimikrobielle Therapie	6.140	13,2	671	1,6
Antimikrobielle Therapie				
- innerhalb der ersten 4 Stunden	34.178	73,3	36.604	87,9
- 4 bis unter 8 Stunden	2.303	4,9	1.838	4,4
- 8 Stunden und später	2.792	6,0	1.486	3,6
- Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie	1.195	2,6	1.058	2,5
Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme oder Fortsetzung einer Therapie				
- alle Patienten	37.676	80,8	39.500	94,8
- Patienten, die aus anderen KH aufgenommen wurden	1.973	77,8	1.506	94,8
- Patienten, die nicht aus anderen KH aufgenommen wurden	35.703	81,0	37.994	94,8
- bei CRB-65 Score 0	6.899	70,9	6.659	94,4
- bei CRB-65 Score 1	19.949	81,7	21.778	94,8
- bei CRB-65 Score 2	8.043	86,1	8.512	94,9
- bei CRB-65 Score 3	1.545	88,0	1.552	96,0
- bei CRB-65 Score 4	1.240	91,8	999	95,7

Bayern gesamt

Basisstatistik » Therapie / Verlauf
1. Mobilisation

	2020		2019	
	n	%	n	%
Beginn der Mobilisation				
- keine Mobilisation	7.312	15,7	5.678	13,6
- innerhalb von 24 h nach Aufnahme	36.128	77,5	33.300	79,9
- nach 24 h und später	3.168	6,8	2.679	6,4
Mobilisation innerhalb von 24 h				
- bei CRB-65 Score 0	8.810	90,5	6.451	91,4
- bei CRB-65 Score 1	19.714	80,7	19.183	83,5
- bei CRB-65 Score 2	6.271	67,1	6.423	71,6
- bei CRB-65 Score 3	919	52,3	881	54,5
- bei CRB-65 Score 4	414	30,6	362	34,7

2. Beatmung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Keine Beatmung	40.102	86,0	37.527	90,1
Beatmung:	6.506	14,0	4.130	9,9
- ausschließlich nicht invasiv	2.696	5,8	2.038	4,9
- ausschließlich invasiv	2.100	4,5	1.123	2,7
- sowohl nicht invasiv als auch invasiv	1.710	3,7	969	2,3

3. Alleinige Symptomkontrolle als Therapieziel

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt und in der Patientenakte dokumentiert wurde	6.672	14,3	4.626	11,1
- bei Pat. mit CRB-65 Score 0	187	1,9	138	2,0
- bei Pat. mit CRB-65 Score 1	3.214	13,2	2.031	8,8
- bei Pat. mit CRB-65 Score 2	2.211	23,7	1.616	18,0
- bei Pat. mit CRB-65 Score 3	656	37,4	551	34,1
- bei Pat. mit CRB-65 Score 4	404	29,9	290	27,8

Bayern gesamt

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

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patient nicht verstorben	38.339	100,0	36.267	100,0
Sämtliche klinische Stabilitätskriterien im stat. Verlauf / vor Entlassung bestimmt	35.093	91,5	33.417	92,1
- hiervon mindestens 6 der 7 klinischen Stabilitätskriterien erfüllt	34.433	98,1	32.754	98,0
Desorientierung	7.247	18,9	7.688	21,2
- pneumoniebedingt	533	1,4	356	1,0
- nicht pneumoniebedingt	6.714	17,5	7.332	20,2
Stabile orale und / oder enterale Nahrungsaufnahme	35.304	92,1	33.696	92,9
Spontane Atemfrequenz				
<= 24/min	34.719	90,6	33.132	91,4
> 24/min	646	1,7	602	1,7
nicht bestimmt	1.296	3,4	1.476	4,1
nicht bestimmt wegen Dauerbeatmung	190	0,5	88	0,2
Herzfrequenz				
<= 100/min	36.099	94,2	34.613	95,4
> 100/min	694	1,8	623	1,7
nicht bestimmt	70	0,2	61	0,2
Temperatur				
<= 37,8 Grad C.	36.071	94,1	34.453	95,0
> 37,8 Grad C.	737	1,9	788	2,2
nicht bestimmt	57	0,1	54	0,1
Sauerstoffsättigung				
>= 90%	35.585	92,8	33.813	93,2
< 90%	889	2,3	899	2,5
nicht bestimmt	383	1,0	586	1,6
Blutdruck systolisch				
>= 90mmHg	36.354	94,8	34.931	96,3
< 90mmHg	411	1,1	300	0,8
nicht bestimmt	91	0,2	58	0,2

Basisstatistik » Therapie / Verlauf

5. Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz im Verlauf / vor Entlassung

bei allen Patienten, die nicht verstorben sind

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patient nicht verstorben	38.339	100,0	36.267	100,0
Sauerstoffsättigung im stationären Verlauf / vor Entlassung bestimmt	36.474	95,1	34.712	95,7
- bei CRB-65 Score 0	9.083	95,9	6.573	95,3
- bei CRB-65 Score 1	19.744	95,4	19.894	96,3
- bei CRB-65 Score 2	6.256	94,6	6.809	95,4
- bei CRB-65 Score 3	816	92,8	903	94,0
- bei CRB-65 Score 4	575	84,6	533	88,2
Atemfrequenz im stationären Verlauf / vor Entlassung bestimmt	35.365	92,2	33.734	93,0
- bei CRB-65 Score 0	8.864	93,6	6.418	93,0
- bei CRB-65 Score 1	19.145	92,5	19.347	93,6
- bei CRB-65 Score 2	6.047	91,4	6.607	92,6
- bei CRB-65 Score 3	783	89,1	881	91,7
- bei CRB-65 Score 4	526	77,4	481	79,6

Bayern gesamt

Basisstatistik » Entlassung
1. Verweildauer

	2020		2019	
	n	%	n	%
Mittelwert (Tage)		9,8		8,8
Median (Tage)		8,0		7,0

2. Entlassungsgrund § 301

	2020		2019	
	n	%	n	%
1 Behandlung regulär beendet	28.354	60,8	27.623	66,3
2 Behandlung regulär beendet, nach stationäre Behandlung vorgesehen	300	0,6	326	0,8
3 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	94	0,2	90	0,2
4 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	618	1,3	571	1,4
5 Zuständigkeitswechsel Träger	1	0,0	1	0,0
6 Verlegung in and. Krankenhaus	3.038	6,5	1.794	4,3
7 Tod	8.269	17,7	5.390	12,9
8 Verlegung in and. Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	62	0,1	29	0,1
9 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	771	1,7	513	1,2
10 Entl. in eine Pflegeeinrichtung	4.868	10,4	5.145	12,4
11 Entl. in ein Hospitz	17	0,0	12	0,0
13 Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	56	0,1	47	0,1
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	2	0,0	3	0,0
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	10	0,0	8	0,0
17 interne Verlegung (Wechsel Geltungsbereich BpflV / KHEntgG)	138	0,3	105	0,3
22 Fallabschluss (int. Verlegung) Wechsel voll-/teilstat./ stationsäquivalenter Behandl.	0	0,0	0	0,0
25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (PEPP)	0	0,0	0	0,0
28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	6	0,0	0	0,0
29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	4	0,0	0	0,0

Basisstatistik » Entlassung

3. Letalität gesamt

	2020		2019	
	n	%	n	%
Todesfälle gesamt	8.269	17,7	5.390	12,9
- bei CRB-65 Score 0	260	2,7	157	2,2
- bei CRB-65 Score 1	3.736	15,3	2.301	10,0
- bei CRB-65 Score 2	2.725	29,2	1.837	20,5
- bei CRB-65 Score 3	877	49,9	655	40,5
- bei CRB-65 Score 4	671	49,7	440	42,1

4. Letalität bei Therapiebegrenzung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten mit alleiniger Symptomkontrolle als Therapieziel	4.737	71,0	2.965	64,1
- bei CRB-65 Score 0	110	58,8	71	51,4
- bei CRB-65 Score 1	2.098	65,3	1.173	57,8
- bei CRB-65 Score 2	1.625	73,5	1.065	65,9
- bei CRB-65 Score 3	546	83,2	418	75,9
- bei CRB-65 Score 4	358	88,6	238	82,1

5. Letalität ohne Therapiebegrenzung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten ohne Therapiebegrenzung	3.532	8,8	2.425	6,5
- bei CRB-65 Score 0	150	1,6	86	1,2
- bei CRB-65 Score 1	1.638	7,7	1.128	5,4
- bei CRB-65 Score 2	1.100	15,4	772	10,5
- bei CRB-65 Score 3	331	30,1	237	22,3
- bei CRB-65 Score 4	313	33,1	202	26,8

Basisstatistik » Entlassung

6. Letalität nach Alter

	2020		2019	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten ohne inv. maschinelle Beatmung und ohne Therapiebegrenzung	2.588	7,0	1.991	5,6
- unter 40 Jahre	0	0,0	2	0,1
- 40 bis 49 Jahre	10	0,5	14	1,1
- 50 bis 59 Jahre	45	1,1	53	1,8
- 60 bis 69 Jahre	179	3,2	127	2,5
- 70 bis 79 Jahre	513	5,9	407	4,6
- 80 bis 89 Jahre	1.275	11,3	911	7,8
- 90 bis 99 Jahre	554	17,2	470	12,3
- über 99 Jahre	12	22,2	7	15,2

7. Letalität nach Aufnahme / Beatmungsstatus

	2020		2019	
	n	%	n	%
Todesfälle bei Patienten mit				
- maschineller Beatmung während des stat. Aufenthaltes	2.560	39,3	1.456	35,3
- Aufnahme aus anderem Krankenhaus mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	121	38,1	63	40,4
- Aufnahme mit invasiver masch. Beatmung	490	44,1	316	38,0
- Aufnahme aus stationärer Pflege-Einrichtung	3.264	33,2	2.072	23,5
- Aufnahme aus anderem Krankenhaus	605	23,9	306	19,3
- Aufnahme nicht aus anderem KH	7.664	17,4	5.084	12,7
- Aufnahme nicht aus anderem KH und nicht aus stationärer Pflege-Einrichtung	4.400	12,8	3.012	9,6

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				
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie						
2005	46.033	-	46.608	98,77%	98,66 - 98,86	≥ 95,00%
232000_2005	27.826	-	28.231	98,57%	98,42 - 98,70	-
2006	43.568	-	44.073	98,85%	98,75 - 98,95	-
232001_2006	26.570	-	26.920	98,70%	98,56 - 98,83	-
2007	2.465	-	2.535	97,24%	96,53 - 97,81	-
232002_2007	1.256	-	1.311	95,80%	94,58 - 96,76	-
Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme						
2009	21.467	-	23.205	92,51%	92,16 - 92,84	≥ 90,00%
232003_2009	30.614	-	37.833	80,92%	80,52 - 81,31	-
Frühmobilisation nach Aufnahme						
2013	18.797	-	20.238	92,88%	92,52 - 93,23	≥ 90,00%
232004_2013	12.556	-	13.518	92,88%	92,44 - 93,30	-
Stabilitätskriterien						
2028	26.715	-	27.775	96,18%	95,95 - 96,40	≥ 95,00%
232005_2028	16.354	-	17.166	95,27%	94,94 - 95,58	-
2036	26.435	-	26.698	99,01%	98,89 - 99,13	-
232006_2036	16.167	-	16.342	98,93%	98,76 - 99,08	-
Sterblichkeit im Krankenhaus						
50778	1.916	1.966,69	24.304	0,97	0,93 - 1,02	≤ 1,98
232007_50778	3.532	3.697,45	39.936	0,96	-	-
232010_50778	1.616	1.730,77	15.632	0,93	-	-
231900	4.459	-	28.231	15,79	-	-
232008_231900	8.269	-	46.608	17,74	-	-
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme						
50722	43.883	-	45.497	96,45%	96,28 - 96,62	≥ 95,00%
232009_50722	26.440	-	27.483	96,20%	95,97 - 96,42	-

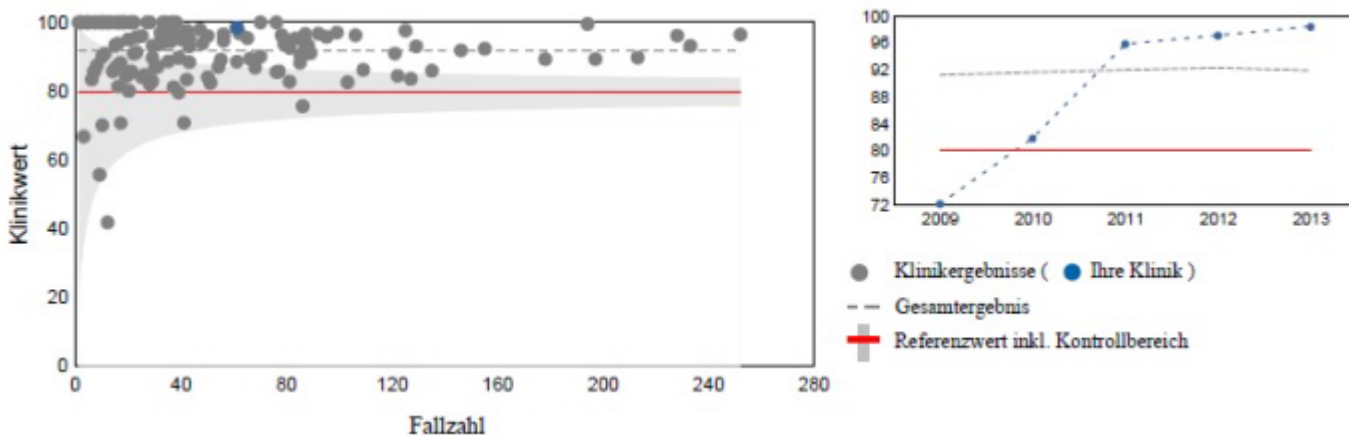
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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.

Hinweise zu den Tabellen:

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.



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

Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

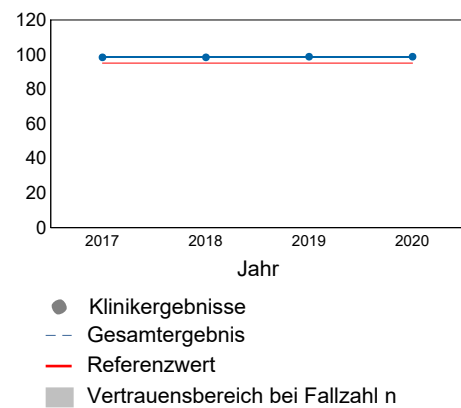
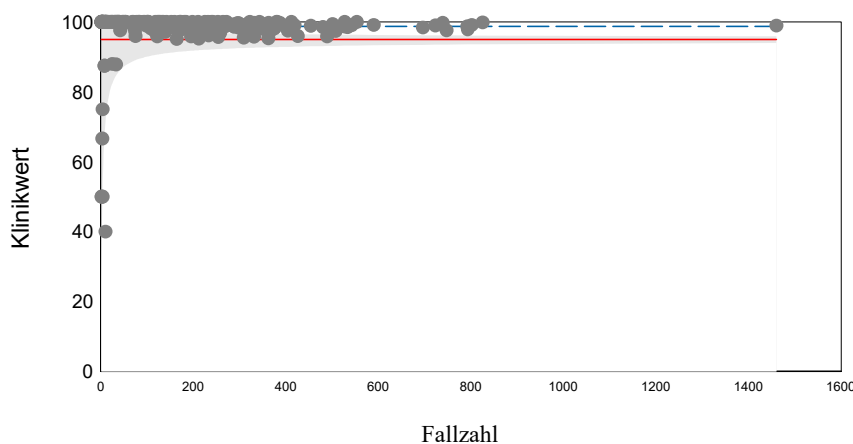
Indikator: 2005

Ziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	44.726	-	45.494	98,31	98,19 - 98,43	>= 95,00
2018	45.343	-	46.057	98,45	98,33 - 98,56	>= 95,00
2019	41.105	-	41.657	98,67	98,56 - 98,78	>= 95,00
2020	46.033	-	46.608	98,77	98,66 - 98,86	>= 95,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	27.826	-	28.231	98,57	-	-
COVID	18.207	-	18.377	99,07	-	-

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

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten.

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

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

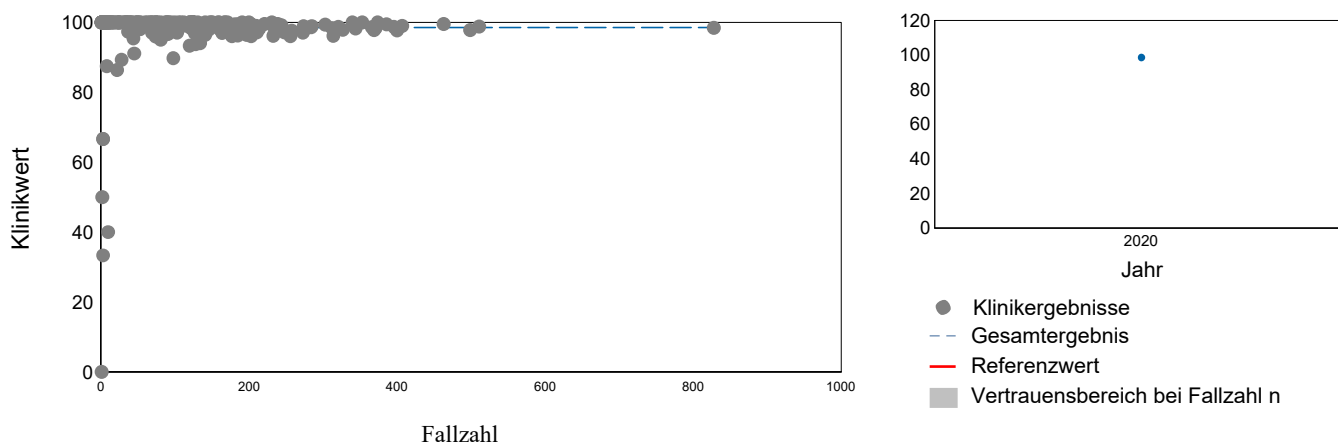
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232000_2005

Ziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	27.826	-	28.231	98,57	98,42 - 98,70	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

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

Bei dieser ergänzenden Kennzahl werden, im Gegensatz zu dem QI 2005, Fälle mit Pneumonien durch COVID-19 ausgeschlossen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

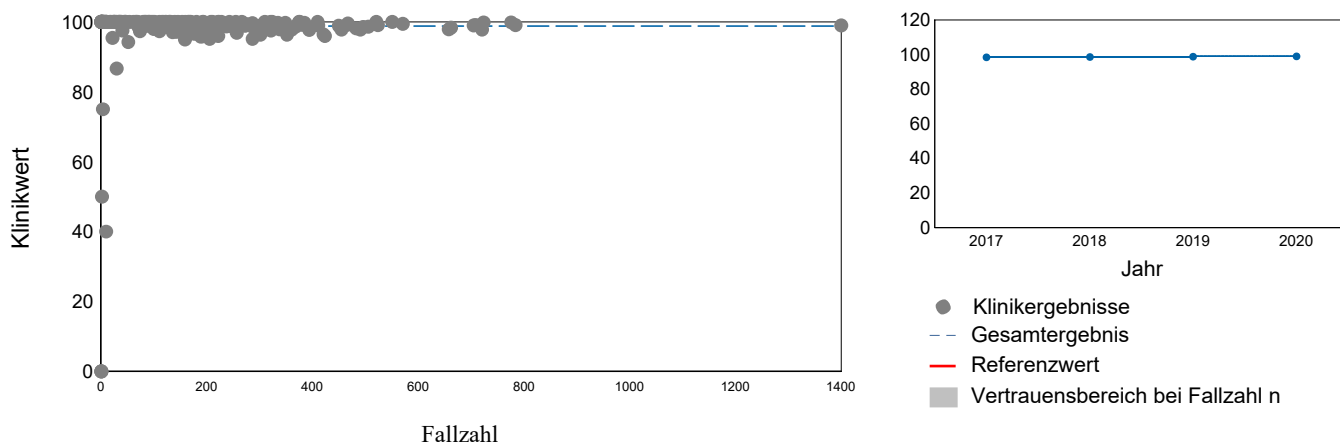
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

Kennzahl: 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				
2017	42.719	-	43.408	98,41	98,29 - 98,53	nicht definiert
2018	43.554	-	44.212	98,51	98,39 - 98,62	nicht definiert
2019	39.563	-	40.069	98,74	98,62 - 98,84	nicht definiert
2020	43.568	-	44.073	98,85	98,75 - 98,95	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	26.570	-	26.920	98,70	-	-
COVID	16.998	-	17.153	99,10	-	-

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

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

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

Im Gegensatz zum Qualitätsindikator 2005 werden bei dieser Transparenzkennzahl nicht alle Patientinnen und 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

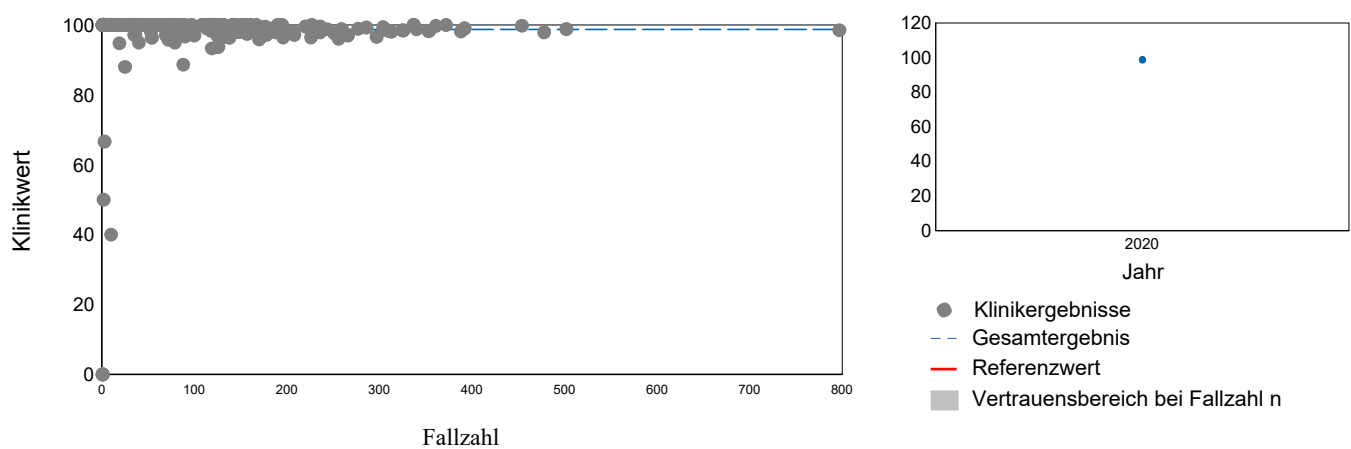
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232001_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				
2020	26.570	-	26.920	98,70	98,56 - 98,83	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes.

Im Gegensatz zu der Kennzahl 2006 werden bei dieser ergänzenden Kennzahl Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes ausgeschlossen. Es werden außerdem nur Patientinnen und Patienten dargestellt, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden und somit akut Erkrankte bei Erstaufnahme darstellen. Das entgegengesetzte Stratum wird durch die Kennzahlen 2007 bzw. 232002_2007 abgebildet.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

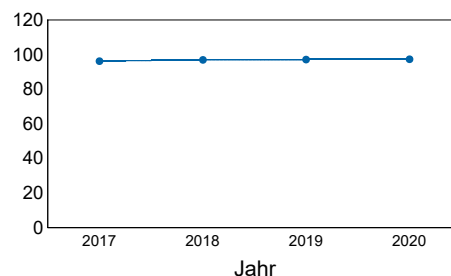
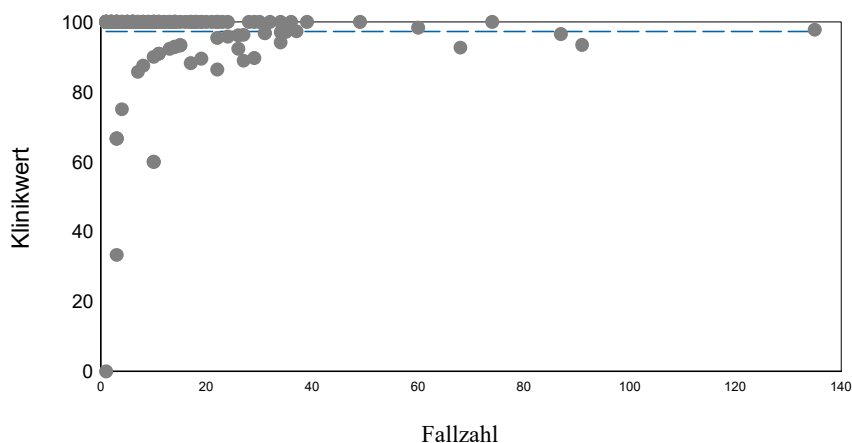
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

Kennzahl: 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				
2017	2.007	-	2.086	96,21	95,31 - 96,95	nicht definiert
2018	1.789	-	1.845	96,96	96,08 - 97,66	nicht definiert
2019	1.542	-	1.588	97,10	96,16 - 97,82	nicht definiert
2020	2.465	-	2.535	97,24	96,53 - 97,81	nicht definiert

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- - Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	1.256	-	1.311	95,80	-	-
COVID	1.209	-	1.224	98,77	-	-

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

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

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

Im Gegensatz zum Qualitätsindikator 2005 werden bei dieser Transparenzkennzahl nicht alle Patientinnen und 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

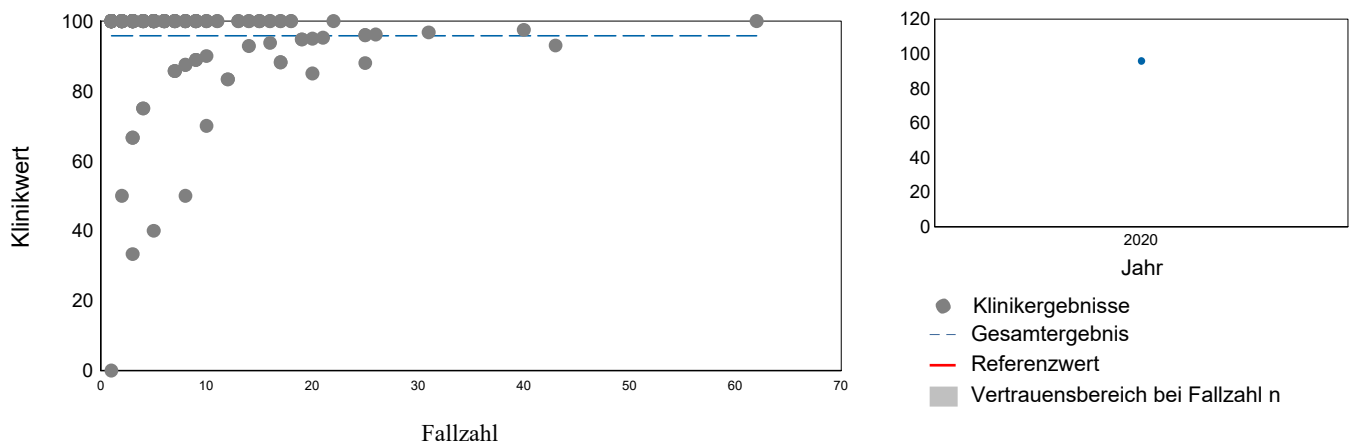
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232002_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				
2020	1.256	-	1.311	95,80	94,58 - 96,76	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes.

Im Gegensatz zu der Kennzahl 2007 werden bei dieser ergänzenden Kennzahl Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes ausgeschlossen. Außerdem werden bei dieser Transparenzkennzahl nicht alle Patientinnen und Patienten dargestellt, sondern nur die, die aus einem anderen Krankenhaus (zur Weiterbehandlung) aufgenommen wurden.

Das entgegengesetzte Stratum wird durch die Kennzahlen 2006 und 232001_2006 abgebildet.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

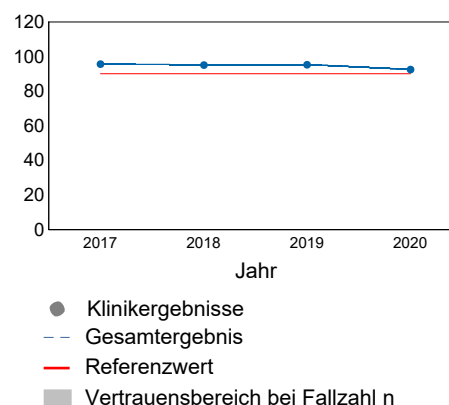
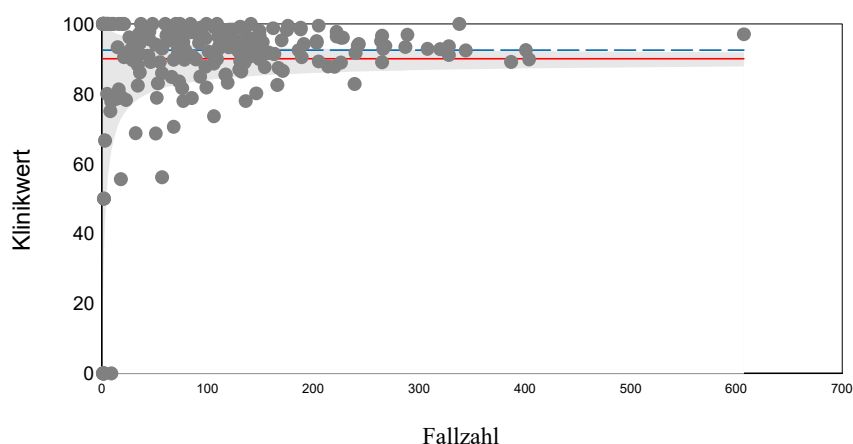
Indikator: 2009

Ziel: Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	37.012	-	38.728	95,57	95,36 - 95,77	>= 90,00
2018	37.492	-	39.414	95,12	94,91 - 95,33	>= 90,00
2019	33.971	-	35.679	95,21	94,99 - 95,43	>= 90,00
2020	21.467	-	23.205	92,51	92,16 - 92,84	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



- Ereignis:** Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie.
- Fallzahl:** Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes.

Viele Patientinnen und Patienten mit Covid-19 haben leitlinienkonform keine antimikrobielle Therapie erhalten. Dies stellt jedoch nicht zwangsläufig ein Qualitätsdefizit dar. Aus diesem Grund werden die COVID-19 Fälle im QI zur frühen antimikrobiellen Therapie nicht berücksichtigt. In der Kennzahl 232003_2009 werden auch die Covid-19-Fälle miteinbezogen.

In der NICE Leitlinie wird bei Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie ein Zeitintervall von maximal 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

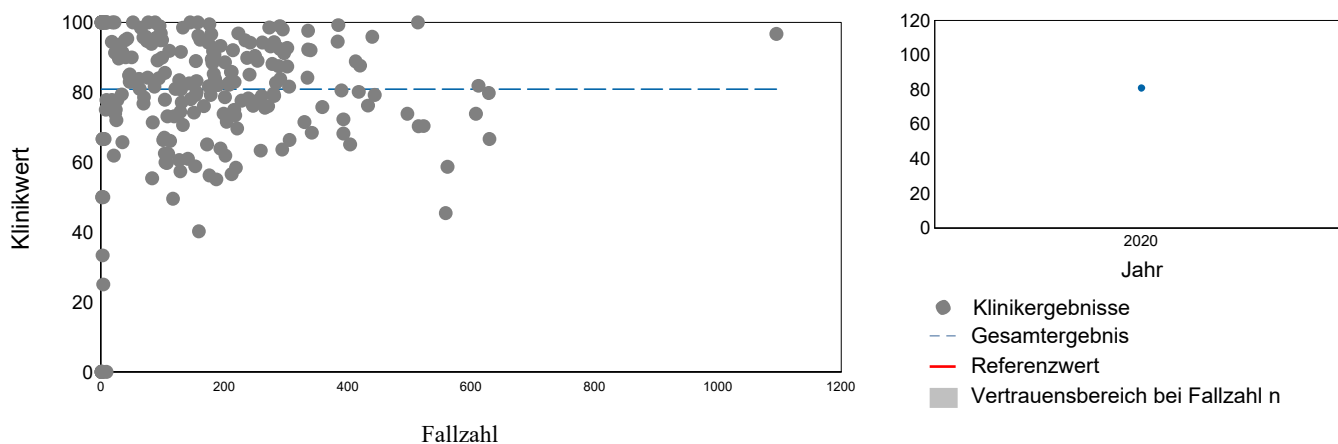
Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232003_2009

Ziel: Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	30.614	-	37.833	80,92	80,52 - 81,31	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	21.467	-	23.205	92,51	-	-
COVID	9.147	-	14.628	62,53	-	-

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

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

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühmobilisation nach Aufnahme

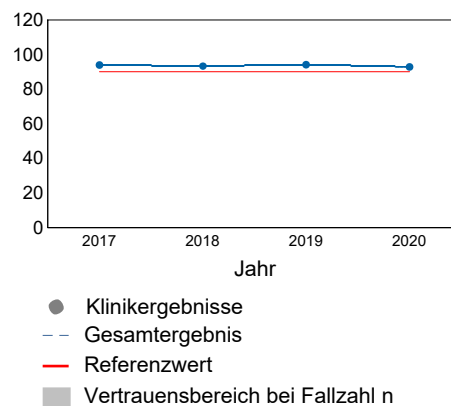
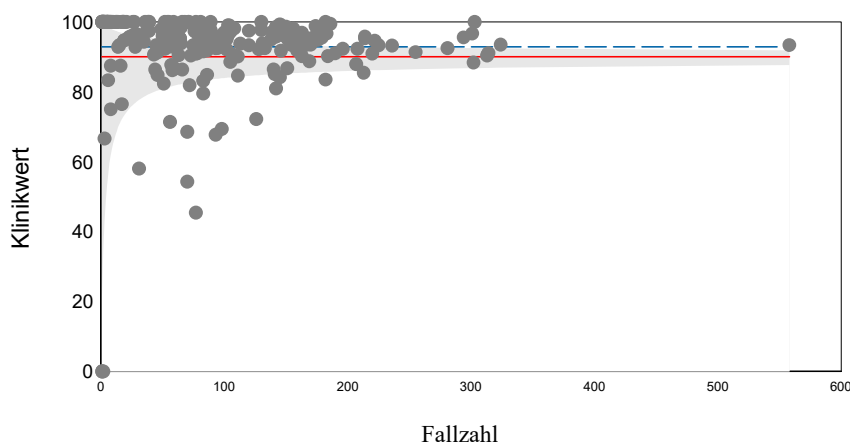
Indikator: 2013

Ziel: Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	21.590	-	23.001	93,87	93,55 - 94,17	>= 90,00
2018	21.836	-	23.406	93,29	92,96 - 93,61	>= 90,00
2019	20.219	-	21.471	94,17	93,85 - 94,47	>= 90,00
2020	18.797	-	20.238	92,88	92,52 - 93,23	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	12.556	-	13.518	92,88	-	-
COVID	6.241	-	6.720	92,87	-	-

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

Fallzahl: Alle lebenden Patientinnen und 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.

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

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.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

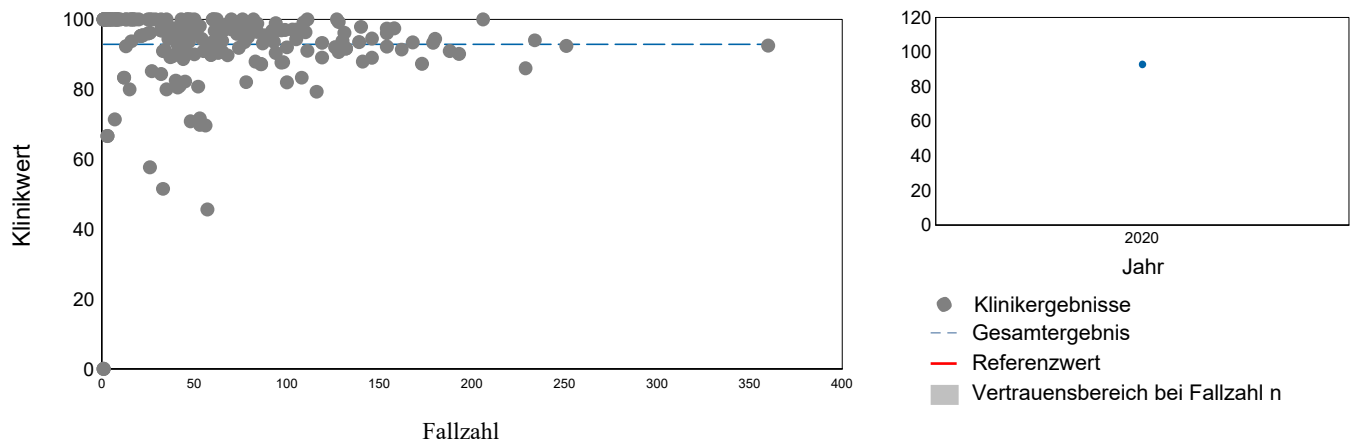
Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232004_2013

Ziel: Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	12.556	-	13.518	92,88	92,44 - 93,30	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

Fallzahl: Alle lebenden Patientinnen und 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 unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes.

Bei dieser ergänzenden Kennzahl werden, im Gegensatz zu QI 2013, Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes ausgeschlossen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

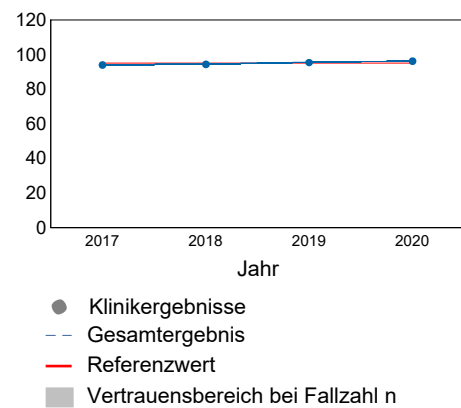
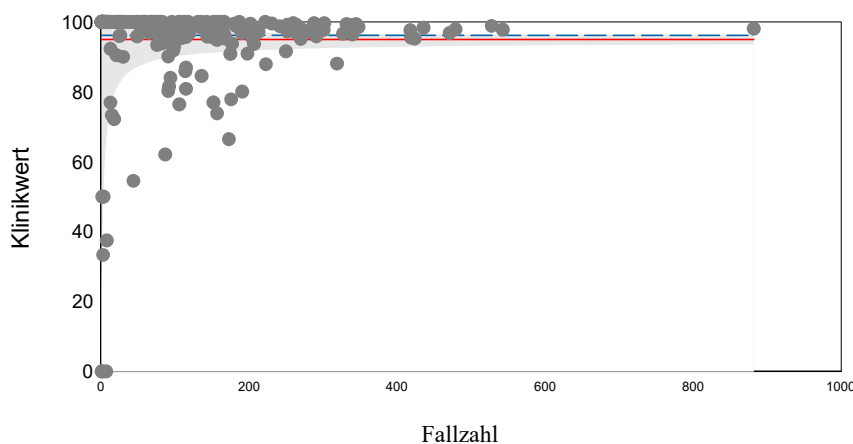
Indikator: 2028

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	27.162	-	28.915	93,94	93,66 - 94,21	>= 95,00
2018	27.872	-	29.537	94,36	94,09 - 94,62	>= 95,00
2019	25.941	-	27.212	95,33	95,07 - 95,57	>= 95,00
2020	26.715	-	27.775	96,18	95,95 - 96,40	>= 95,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	16.354	-	17.166	95,27	-	-
COVID	10.361	-	10.609	97,66	-	-

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

Fallzahl: Patientinnen und Patienten mit den Entlassungsgründen "Behandlung regulär beendet" (01), "Behandlung regulär beendet, nachstat. Beh. vorgesehen" (02), "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet" (03), "Externe Verlegung zur psychiatr. Behandlung" (13) oder "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Behandlung vorgesehen" (14), unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

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 Patientinnen und 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

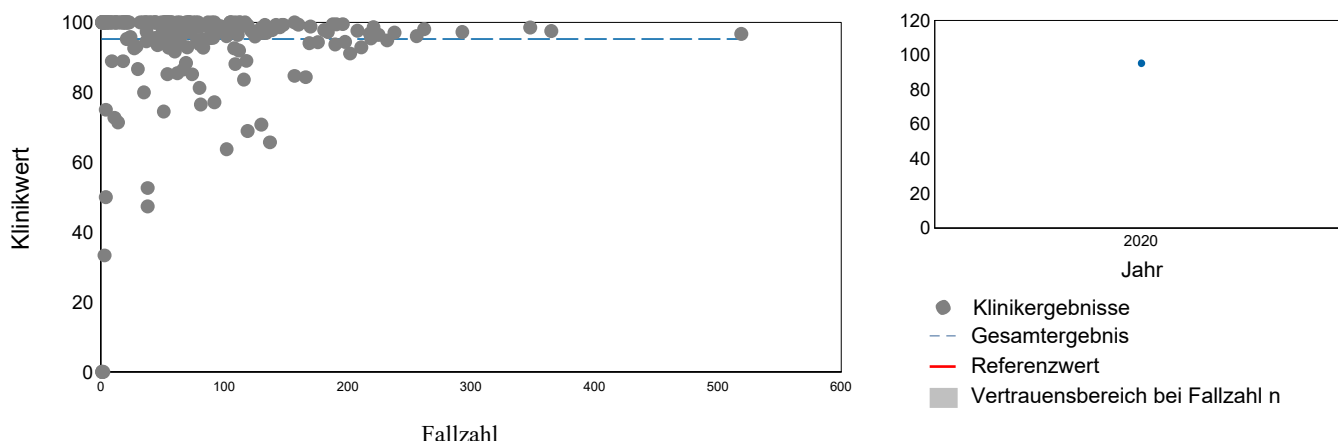
Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232005_2028

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	16.354	-	17.166	95,27	94,94 - 95,58	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

Fallzahl: Patientinnen und Patienten mit den Entlassungsgründen "Behandlung regulär beendet" (01), "Behandlung regulär beendet, nachstat. Beh. vorgesehen" (02), "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet" (03), "Externe Verlegung zur psychiatr. Behandlung" (13) oder "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Behandlung vorgesehen" (14), unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes.

Bei dieser ergänzenden Kennzahl werden, im Gegensatz zu QI 2028, Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes ausgeschlossen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

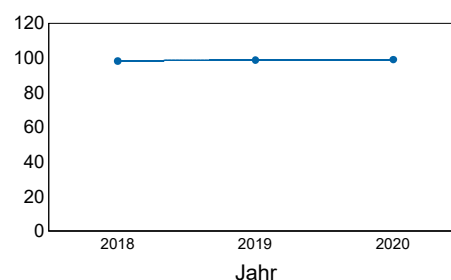
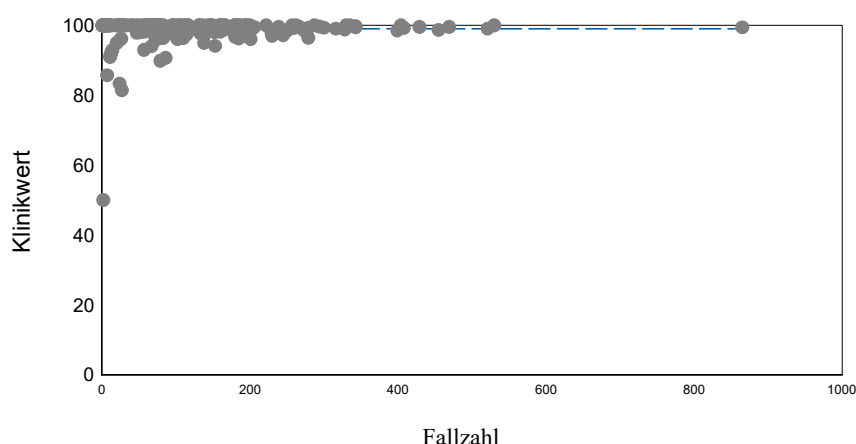
Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Kennzahl: 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				
2018	27.335	-	27.852	98,14	97,98 - 98,30	nicht definiert
2019	25.589	-	25.916	98,74	98,59 - 98,87	nicht definiert
2020	26.435	-	26.698	99,01	98,89 - 99,13	nicht definiert

Ergebnisanalyse



● Klinikergebnisse
 - - Gesamtergebnis
 - Referenzwert
 ■ Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	16.167	-	16.342	98,93	-	-
COVID	10.268	-	10.356	99,15	-	-

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

Fallzahl: Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründen "Behandlung regulär beendet" (01), "Behandlung regulär beendet, nachstat. Beh. vorgesehen" (02), Behandlung aus sonstigen Gründen beendet" (03), "Externe Verlegung zur psychiatr. Behandlung" (13) oder "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Behandlung vorgesehen" (14), und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Ergebnisse nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

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 Transparenzkennzahl als Qualitätsindikator mit Referenzwert ausgewiesen. Folgende Kriterien werden für die Erfüllung der klinischen Stabilität verwendet:

1. Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg
2. Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute
3. Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute
4. Sauerstoffsättigung ≥ 90 %
5. Temperatur $\leq 37,8$ °C
6. Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme
7. Keine pneumoniebedingte Desorientierung

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

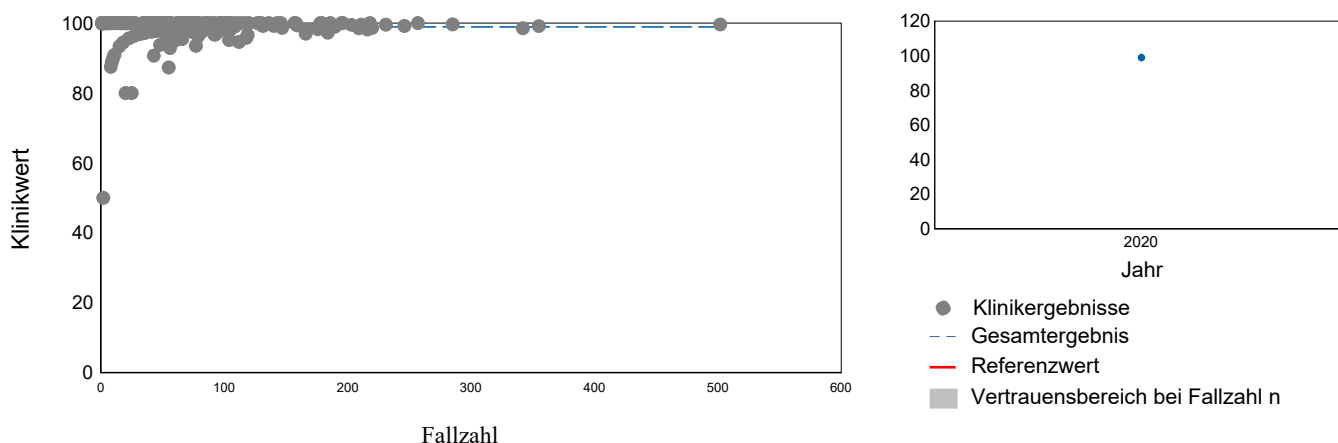
Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232006_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				
2020	16.167	-	16.342	98,93	98,76 - 99,08	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

Fallzahl: Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründen "Behandlung regulär beendet" (01), "Behandlung regulär beendet, nachstat. Beh. vorgesehen" (02), Behandlung aus sonstigen Gründen beendet" (03), "Externe Verlegung zur psychiatr. Behandlung" (13) oder "Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Behandlung vorgesehen" (14), und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes.

Bei dieser ergänzenden Kennzahl werden, im Gegensatz zu der Kennzahl 2036, Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes ausgeschlossen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Sterblichkeit im Krankenhaus (O/E)

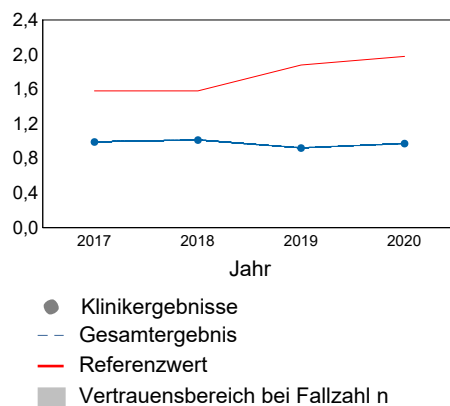
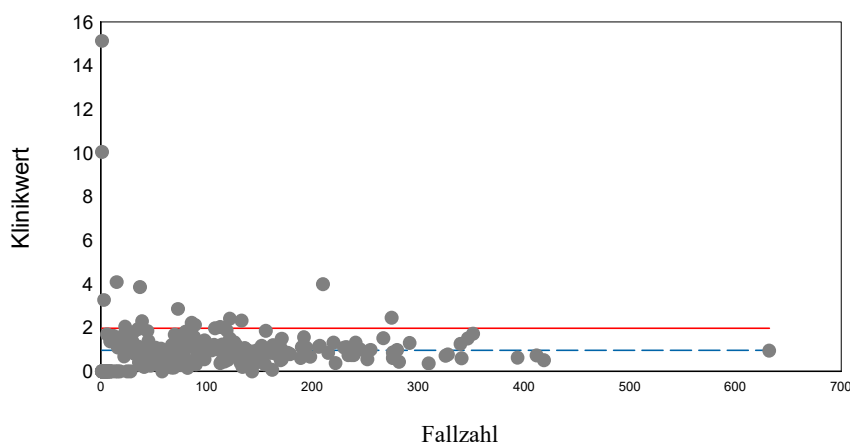
Indikator: 50778

Ziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2017	6.029	6.110,41	45.494	0,99	0,96 - 1,01	<= 1,58
2018	6.044	5.980,76	46.057	1,01	0,99 - 1,03	<= 1,58
2019	2.425	2.627,44	37.031	0,92	0,89 - 0,96	<= 1,88
2020	1.916	1.966,69	24.304	0,97	0,93 - 1,02	<= 1,98

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Verstorbene Patientinnen und Patienten.

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

Aus dem risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator (50778) werden Fälle mit COVID-19-Pneumonie ausgeschlossen. Die aktuellen Daten weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen COVID-19-Pneumonie häufiger versterben als solche mit ambulant erworbener Pneumonie ohne COVID-19. Bitte beachten Sie: seit dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt bei diesem Sterblichkeitsindikator der Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung. Das Ergebnis ist somit nicht mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Als Ergänzung zu diesem Qualitätsindikator wird die Gesamtsterblichkeit ohne Risikoadjustierung und ohne Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht in der Transparenz Kennzahl (231900) dargestellt, jeweils stratifiziert mit und ohne COVID-19-Fälle.

Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität. Ca. 13-14% der stationär behandelten Fälle versterben (Höffken et al. 2009), wobei die Letalität 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, Blutdruck, COVID-19.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

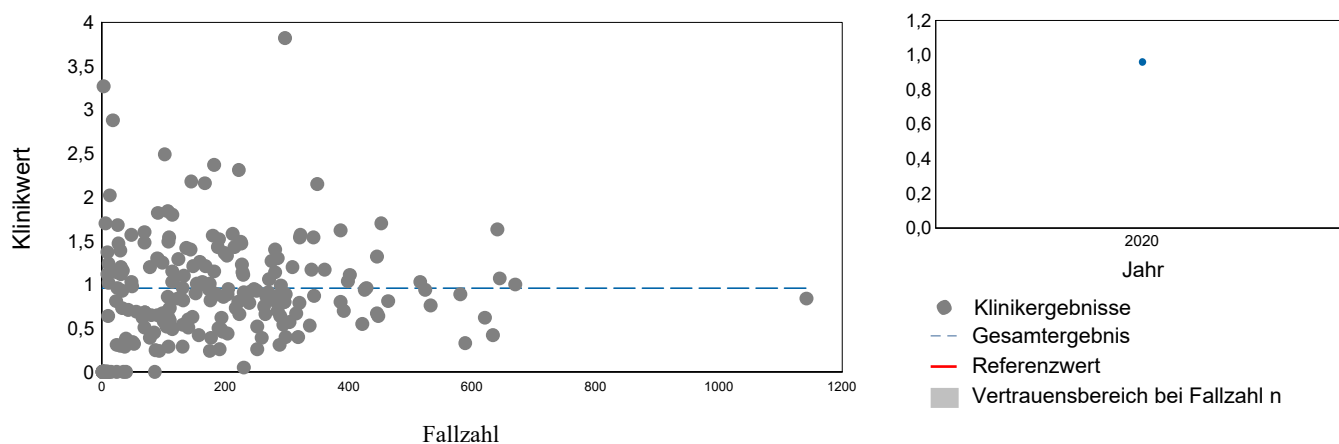
Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) (O/E)

Kennzahl: 232007_50778

Ziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	3.532	3.697,45	39.936	0,96	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Verstorbene Patientinnen und Patienten.

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

Im Gegensatz zu dem Sterblichkeitsindikator 50778 werden in dieser Kennzahl Fälle mit COVID-19-Pneumonie eingeschlossen. Bei COVID-19-Fällen sind der Unterschied zwischen den Geschlechtern, die Altersabhängigkeit, die Abhängigkeit von der Atemfrequenz bei Aufnahme sowie die Abhängigkeit von der Pulsamplitude stärker. Fälle, die aus einer stationärer Pflegeeinrichtung zuverlegt wurden, haben bei COVID-19 ein deutlich höheres Risiko zu Versterben, bei anderen Pneumonien hingegen nicht.

Bayern gesamt

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

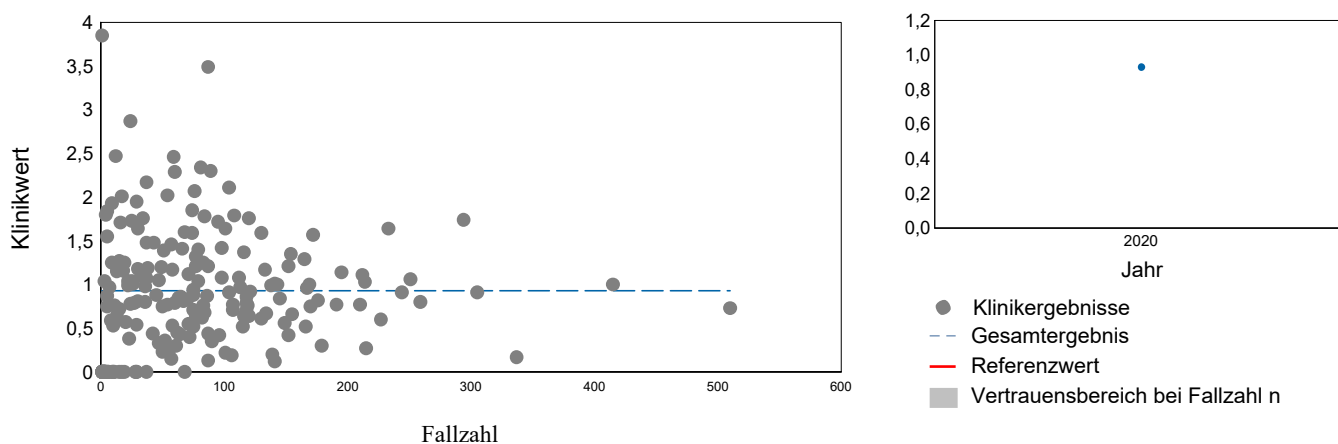
Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) (O/E)

Kennzahl: 232010_50778

Ziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	1.616	1.730,77	15.632	0,93	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Verstorbene Patientinnen und Patienten.

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

In dieser Kennzahl werden ausschließlich Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes betrachtet.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

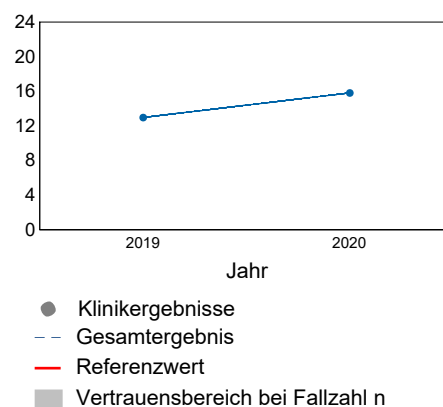
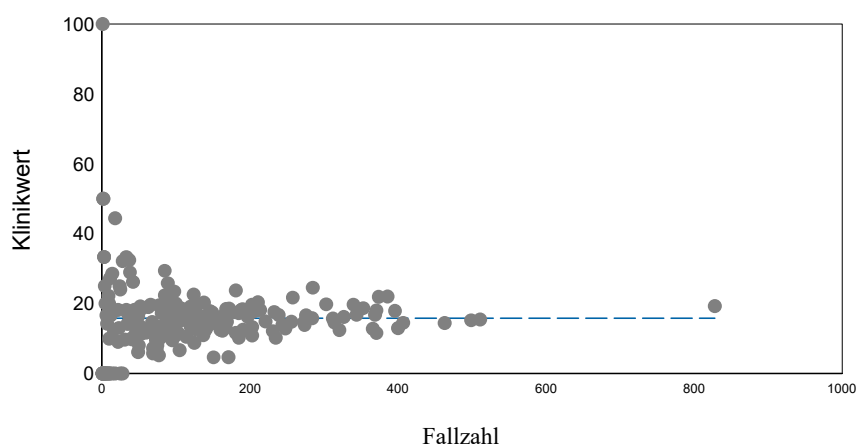
Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)

Kennzahl: 231900

Ziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2019	5.390	-	41.657	12,94	-	nicht definiert
2020	4.459	-	28.231	15,79	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Verstorbene Patientinnen und Patienten

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

In Ergänzung zum risikoadjustierten Qualitätsindikator 50778 wird in dieser Transparenzkennzahl die Gesamtsterblichkeit ohne Risikoadjustierung und ohne Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht dargestellt.

Bayern gesamt

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

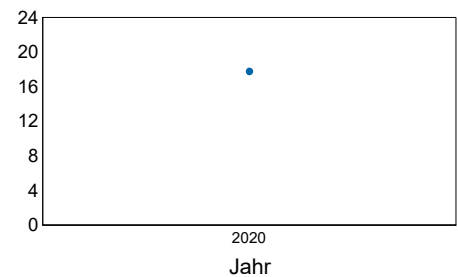
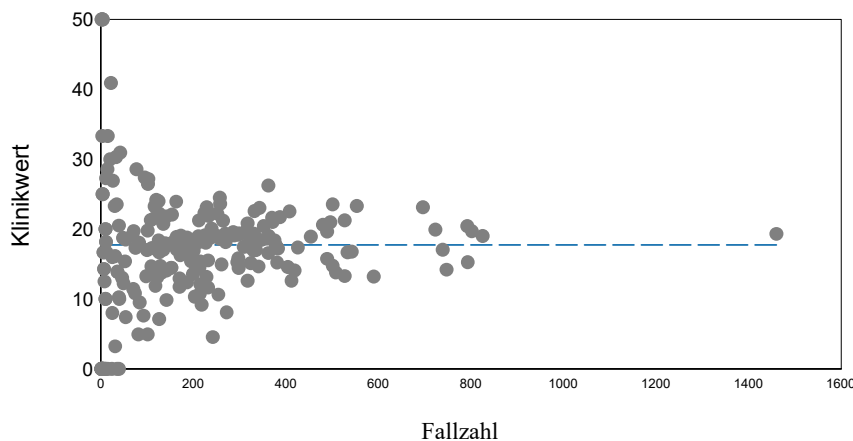
Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)

Kennzahl: 232008_231900

Ziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	8.269	-	46.608	17,74	-	nicht definiert

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- - Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
andere	4.459	-	28.231	15,79	-	-
COVID	3.810	-	18.377	20,73	-	-

Ereignis: Verstorbene Patientinnen und Patienten

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten

Hinweis: Die Ebenen unter der Grafik haben rein informativen Charakter und weisen die Sterblichkeit nach Art der Pneumonie (COVID-19 Pneumonien vs. andere Pneumonien) aus.

In Ergänzung zum risikoadjustierten Qualitätsindikator 50778 wird in dieser Transparenzkennzahl die Gesamtsterblichkeit ohne Risikoadjustierung und ohne Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht dargestellt.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

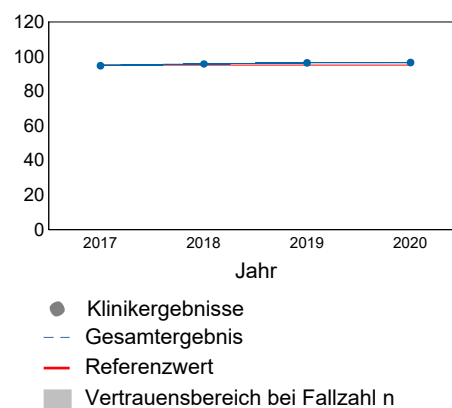
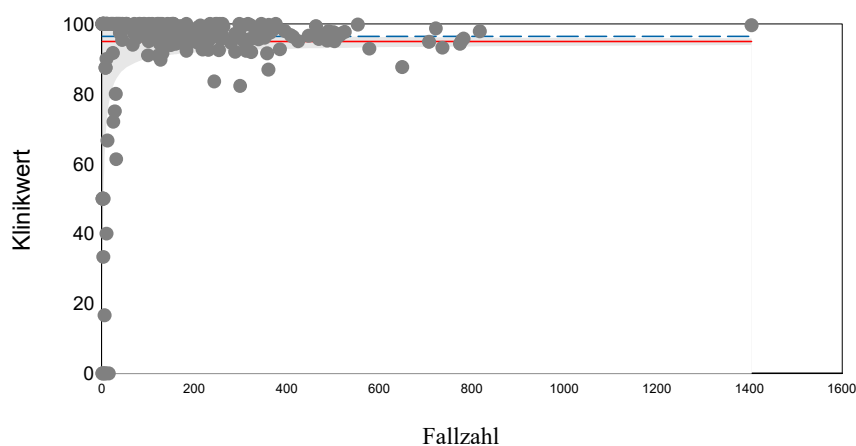
Indikator: 50722

Ziel: Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	42.013	-	44.375	94,68	94,46 - 94,88	>= 95,00
2018	43.106	-	45.047	95,69	95,50 - 95,87	>= 95,00
2019	39.357	-	40.826	96,40	96,22 - 96,58	>= 95,00
2020	43.883	-	45.497	96,45	96,28 - 96,62	>= 95,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
andere	26.440	-	27.483	96,20	-	-
COVID	17.443	-	18.014	96,83	-	-

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

Fallzahl: Alle Patientinnen und 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).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

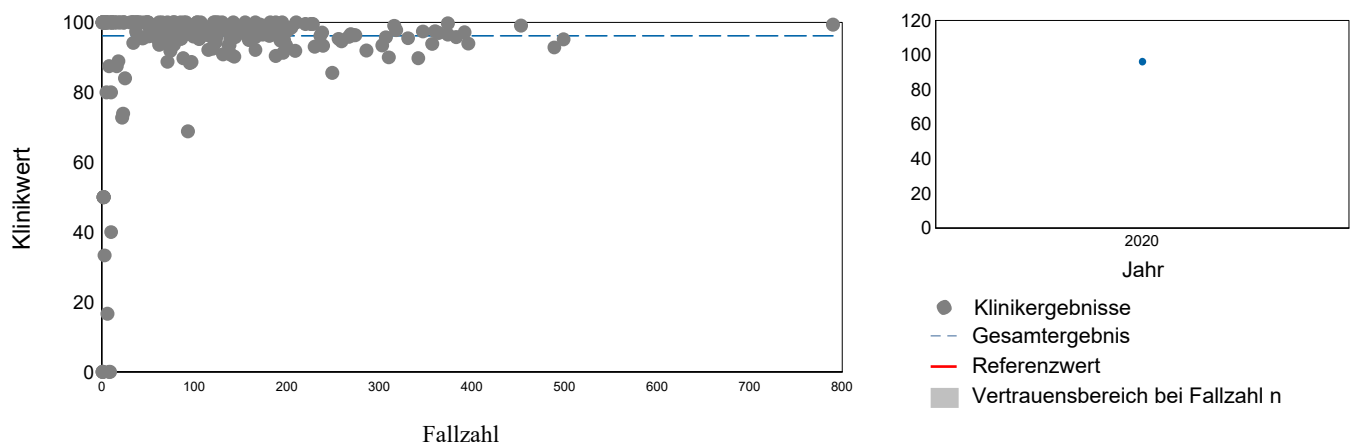
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)

Kennzahl: 232009_50722

Ziel: Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	26.440	-	27.483	96,20	95,97 - 96,42	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

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

Bei dieser ergänzenden Kennzahl werden, im Gegensatz zu der Kennzahl 50722, Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes ausgeschlossen.

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

	2020		2019	
	n	%	n	%
verstorbene Patienten ohne Beatmung	55	0,5	58	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

	2020		2019	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11879	150	1,6	86	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

	2020		2019	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11880	2.738	9,7	1.900	6,7

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

	2020		2019	
	n	%	n	%
entspricht ehemaligem QI-ID 11881	644	31,5	439	24,1