Externe stationäre Qualitätssicherung in Mecklenburg-Vorpommern

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Auswertung zum Erfassungsjahr 2019

Mecklenburg-Vorpommern (GESAMT)

Datenbankstand: 02.03.2020

Qualitätsbüro
bei der Krankhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175
19053 Schwerin

Tel.: 03 85/4 85 29-117 / 111
Fax: 03 85/4 85 29 29
E-Mail: EQS@kgmv.de
Internet: www.kgmv.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung . . . 3
Leseanleitung . . . 4
Deckblatt Qualitätsindikatoren . . . 7
Risikoadjustierung . . . 8
Übersicht Qualitätsindikatoren . . . 9
Indikatorengruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie . . . 11
2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie . . . 11
2006: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) . . . 13
2007: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus) . . . 15
2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme . . . 17
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme . . . 19
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung . . . 21
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung . . . 23
Indikatorengruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus . . . 25
50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen . . . 25
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) . . . 27
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme . . . 29
Deckblatt Auffälligkeitskriterien . . . 31
Übersicht Auffälligkeitskriterien . . . 32
811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit . . . 33
811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ . . . 34
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ . . . 35
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation . . . 36
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) . . . 37
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben . . . 38
Basisauswertung . . . 39
Basisdaten . . . 40
Behandlungszeit . . . 40
Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM . . . 41
Patienten . . . 42
Aufnahme . . . 43
Verlauf . . . 45
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung . . . 46
Entlassung . . . 47
Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung . . . 48
Letalität . . . 49
Erläuterungen . . . 51
Impressum . . . 53

Einleitung

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) kann sowohl nach der Art des Krankheitserregers unterschieden werden als auch danach, ob sie die Patientin oder der Patient außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) erworben hat. Die ambulant erworbene Pneumonie ist die häufigste durch eine Infektion bedingte Todesursache in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit kann durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein.

Um die Versorgungsqualität zu messen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung einzuleiten, gehört die Pneumonie seit dem Jahr 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) stationär behandelt. Bei knapp 13 % dieser stationären Fälle, versterben die behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts.

Die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie beziehen sich auf die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die Sterblichkeit im Krankenhaus.

Leseanleitung

1. Aufbau der Jahresauswertung
Die Jahresauswertung setzt sich wie folgt zusammen: der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser ermöglicht, ggf. der Auswertung definierter Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Datenvalidität erlaubt, und einer Basisauswertung, die die erhobenen Qualitätssicherungsdaten zusammenfasst.

2. Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien
Auf den Übersichtsseiten findet sich ein Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und ggf. Auffälligkeitskriterien. Hier sind die Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammengefasst und im Vergleich mit den Vorjahresdaten dargestellt.

Im Anschluss folgt die Darstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren, inklusive der Nennung des Qualitätsziels und der betrachteten Grundgesamtheit des jeweiligen Qualitätsindikators. Ebenso werden der jeweilige Referenzbereich und der berechnete Vertrauensbereich genannt. Die grafischen Darstellungen veranschaulichen die der Krankenhausergebnisse für den Qualitätsindikator.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie unter www.iqtig.org.

2.1 Vertrauensbereiche (Konfidenzintervall)
Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% zugrunde gelegt.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%), der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten) sowie der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion) ab.

2.2 Referenzbereiche
Aus dem Referenzbereich ergibt sich, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Liegen Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs werden diese in der Regel im Rahmen des Strukturierten Dialogs analysiert. Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Derzeit werden Ziel- und Toleranzbereiche unterschieden:

- Zielbereiche: Gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen wird definiert, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist.
- Toleranzbereiche: Ist kein entsprechender Wert aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt, wird der Referenzbereich empirisch so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).

Darüber hinaus sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier der Eintrag „nicht definiert“ vorgenommen.

2.3 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

League-Table (s. Abb. 1): Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Der Referenzbereich wird jeweils durch eine grüne Linie gekennzeichnet. Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor. Oberhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

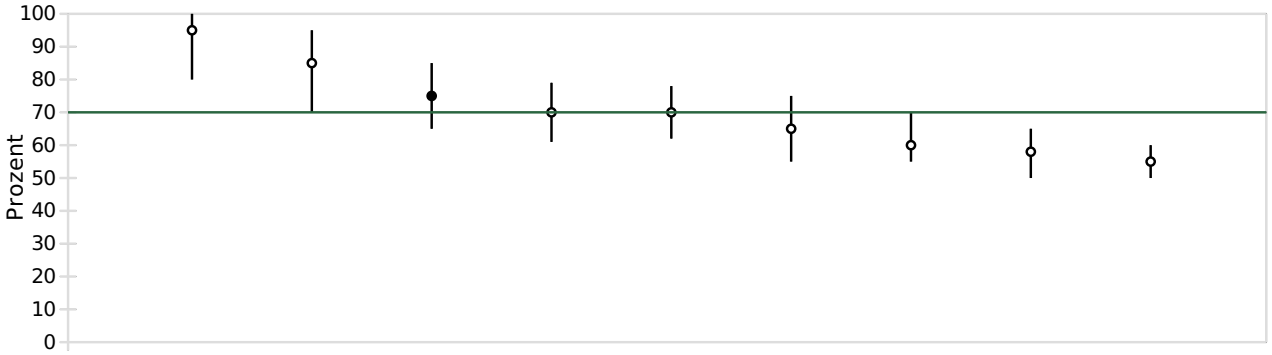


Abb. 1

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 2):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (blaue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt. Als „Whisker" werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5% sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95% aller Werte. Insgesamt werden pro Diagramm zwei Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in zwei Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen. In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert der Klinik.

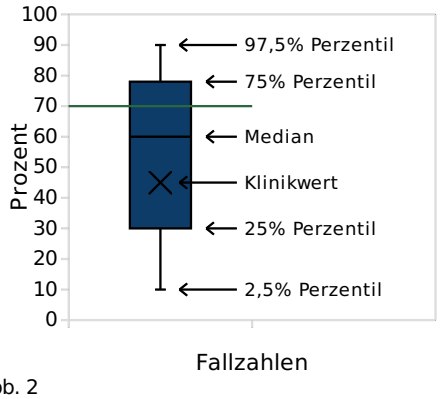


Abb. 2

3. Basisauswertung
Die Basisauswertung enthält deskriptive Statistiken (Median, Mittelwert und/oder weitere Kennwerte) sowie Häufigkeiten (in Tabellenform und/oder grafischer Darstellung) für alle wichtigen Datenfelder, die für den jeweiligen Leistungsbereich erfasst werden.

Abhängig vom Leistungsbereich beziehen sich die deskriptiven Analysen in unterschiedlichem Umfang auf folgende Gebiete:

- Patientenmerkmale
- Anamnese/Befunde
- Prä- und postoperative Diagnostik
- Operation/Behandlung
- Status des Patienten bei Entlassung

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen
Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%. Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht. Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

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

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

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Auswertung zum Erfassungsjahr 2019

Qualitätsindikatoren

Datenbankstand: 02.03.2020

Qualitätsbüro
bei der Krankhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175
19053 Schwerin

Tel.: 03 85/4 85 29-117 / 111
Fax: 03 85/4 85 29 29
E-Mail: EQS@kgmv.de
Internet: www.kgmv.de

Ambulant erworbene Pneumonie Risikoadjustierung mit dem logistischen Pneumonie-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr finden Sie unter www.iqtig.org.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Gesamt	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr
Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
2019/PNEU/2005 Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	5627 / 5712	98.51 %	>= 95,00 %	innerhalb	97.98 %
2019/PNEU/2006 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	5476 / 5559	98.51 %	nicht definiert		98 %
2019/PNEU/2007 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	151 / 153	98.69 %	nicht definiert		97.28 %
2019/PNEU/2009 **Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme**	4766 / 5022	94.9 %	>= 90,00 %	innerhalb	94.82 %
2019/PNEU/2013 **Frühmobilisation nach Aufnahme**	2638 / 2839	92.92 %	>= 90,00 %	innerhalb	91.9 %
2019/PNEU/2028 **Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**	3546 / 3782	93.76 %	>= 95,00 %	außerhalb	93.58 %

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches"

Qualitätsindikator	Fälle Gesamt	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr
2019/PNEU/2036 **Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**	3460 / 3542	97.68 %	nicht definiert		96.93 %
Sterblichkeit im Krankenhaus 2019/PNEU/50778 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen		0.99	<= 1,88	innerhalb	1.03
2019/PNEU/231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	715 / 5712	12.52 %	nicht definiert		nicht berechnet
2019/PNEU/50722 **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**	5353 / 5584	95.86 %	>= 95,00 %	innerhalb	94.91 %

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches"

Indikatorengruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

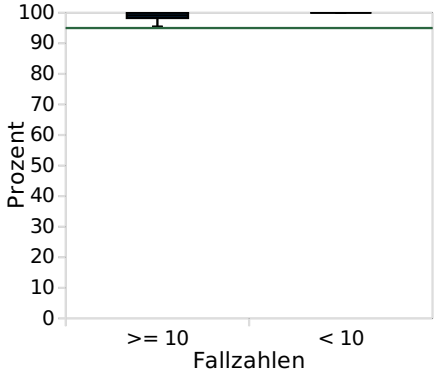
Qualitätsziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	5627
Alle Patientinnen und Patienten	5712
Ergebnis:	98.51 %
Vertrauensbereich:	98.16 - 98.8 %
Referenzbereich:	>= 95,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
95.47	96.95	98.33	99.14	98.89	100.00	100.00	100



Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	1

Hintergrund:

Die Störung des Gasaustausches in der Lunge bei einer Pneumonie kann in Abhängigkeit vom Schweregrad zu einer therapiebedürftigen Unterversorgung des arteriellen Blutes mit Sauerstoff führen. Eine Sauerstoffmangelversorgung (Hypoxämie) ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie und erhöhter kurzfristiger Sterbewahrscheinlichkeit (DGP et al. 2016). Fine et al. (1997) konnten nachweisen, dass eine Hypoxämie auch ohne weitere Risikofaktoren das Letalitätsrisiko erhöht. Eine Untersuchung der Sauerstoffsättigung des Blutes bei der Aufnahme gibt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Informationen zu dem Schweregrad der Erkrankung und den Therapieoptionen. Je früher diese Informationen verfügbar sind, desto eher können Entscheidungen für angemessene medizinische Maßnahmen getroffen werden. Mit diesen Untersuchungen können auch Hypoxämien entdeckt werden, die im klinischen Erscheinungsbild der Patientin oder des Patienten noch nicht erkennbar sind. Auch in der Leitlinie des NICE (NCGC 2014) wird eine Empfehlung ausgesprochen, dass die Diagnostik und Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie früh (hier innerhalb von vier Stunden nach Krankenhausaufnahme) erfolgen soll. Lim et al. (2009) spricht eine Empfehlung aus, dass bei allen Patientinnen und Patienten eine Bestimmung der Sauerstoffsättigung bereits bei Krankenhausaufnahme erfolgen soll.

8 Stunden seit der Aufnahme werden von der Bundesfachgruppe Pneumonie als maximale Zeit angegeben, innerhalb derer die Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie erfolgen soll.

Die Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut wird für alle Patientinnen und Patienten gefordert, die mit einer Pneumonie aufgenommen werden, da sowohl für akut erkrankte Patientinnen und Patienten, die zur Erstaufnahme ins Krankenhaus kommen, als auch für Patientinnen und Patienten, die zur Weiterbehandlung verlegt werden, diese Basisuntersuchung von grundlegender Bedeutung und mit geringem zeitlichen und finanziellen Aufwand durchzuführen ist. Auch für die Patientinnen und Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass im Verlauf des stationären Aufenthaltes die antimikrobielle Therapie eingestellt wurde, ist diese Untersuchung von Bedeutung.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

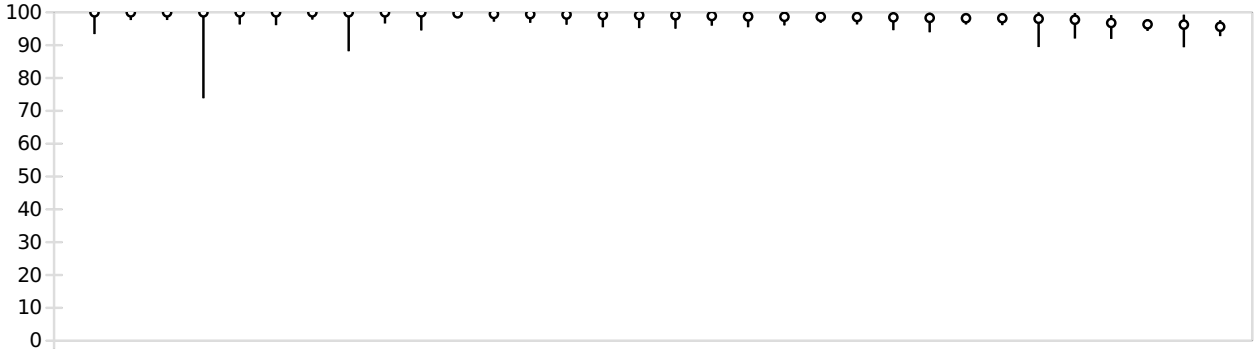
Qualitätsziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

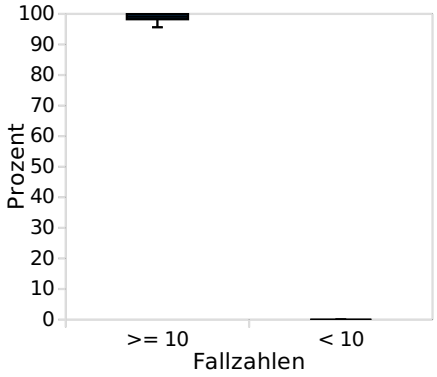
2006: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	5476
Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	5559
Ergebnis:	98.51 %
Vertrauensbereich:	98.15 - 98.8 %
Referenzbereich:	nicht definiert

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
95.62	96.77	98.26	99.12	98.84	100.00	100.00	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	0

Hintergrund:

Die Störung des Gasaustausches in der Lunge bei einer Pneumonie kann in Abhängigkeit vom Schweregrad zu einer therapiebedürftigen Unterversorgung des arteriellen Blutes mit Sauerstoff führen. Eine Sauerstoffmangelversorgung (Hypoxämie) ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie und erhöhter kurzfristiger Sterbewahrscheinlichkeit (DGP et al. 2016). Fine et al. (1997) konnten nachweisen, dass eine Hypoxämie auch ohne weitere Risikofaktoren das Letalitätsrisiko erhöht. Eine Untersuchung der Sauerstoffsättigung des Blutes bei der Aufnahme gibt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Informationen zu dem Schweregrad der Erkrankung und den Therapieoptionen. Je früher diese Informationen verfügbar sind, desto eher können Entscheidungen für angemessene medizinische Maßnahmen getroffen werden. Mit diesen Untersuchungen können auch Hypoxämien entdeckt werden, die im klinischen Erscheinungsbild der Patientin oder des Patienten noch nicht erkennbar sind. Auch in der Leitlinie des NICE (NCGC 2014) wird eine Empfehlung ausgesprochen, dass die Diagnostik und Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie früh (hier innerhalb von vier Stunden nach Krankenhausaufnahme) erfolgen soll. Lim et al. (2009) spricht eine Empfehlung aus, dass bei allen Patientinnen und Patienten eine Bestimmung der Sauerstoffsättigung bereits bei Krankenhausaufnahme erfolgen soll.

8 Stunden seit der Aufnahme werden von der Bundesfachgruppe Pneumonie als maximale Zeit angegeben, innerhalb derer die Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie erfolgen soll.

Die Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut wird für alle Patientinnen und Patienten gefordert, die mit einer Pneumonie aufgenommen werden, da sowohl für akut erkrankte Patientinnen und Patienten, die zur Erstaufnahme ins Krankenhaus kommen, als auch für Patientinnen und Patienten, die zur Weiterbehandlung verlegt werden, diese Basisuntersuchung von grundlegender Bedeutung und mit geringem zeitlichen und finanziellen Aufwand durchzuführen ist. Auch für die Patientinnen und Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass im Verlauf des stationären Aufenthaltes die antimikrobielle Therapie eingestellt wurde, ist diese Untersuchung von Bedeutung.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

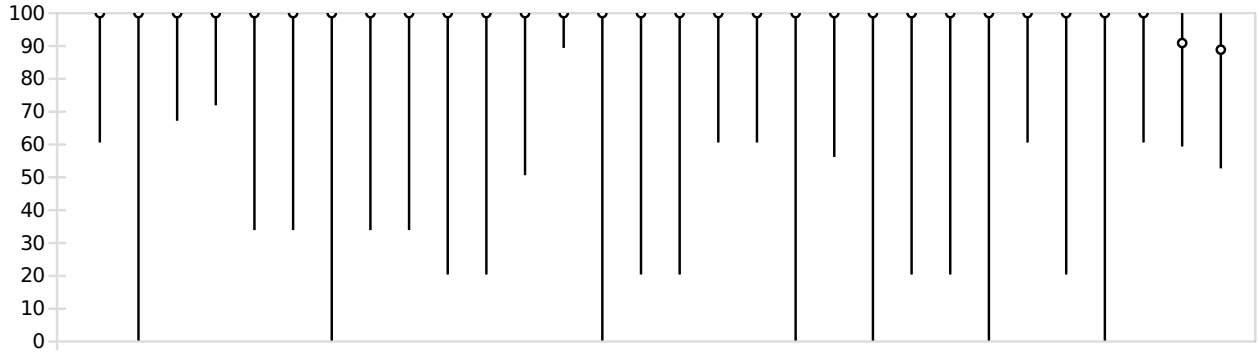
Qualitätsziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

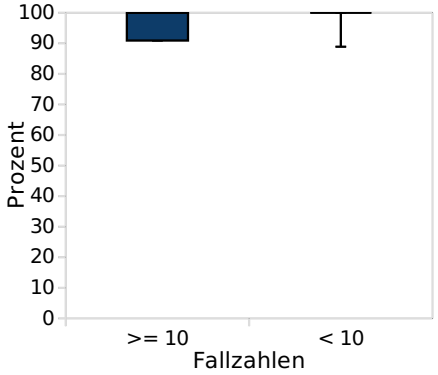
2007: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	151
Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	153
Ergebnis:	98.69 %
Vertrauensbereich:	95.3 - 99.87 %
Referenzbereich:	nicht definiert

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
88.89	100.00	100.00	100	99.33	100.00	100.00	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	3
< 10	27

Hintergrund:

Die Störung des Gasaustausches in der Lunge bei einer Pneumonie kann in Abhängigkeit vom Schweregrad zu einer therapiebedürftigen Unterversorgung des arteriellen Blutes mit Sauerstoff führen. Eine Sauerstoffmangelversorgung (Hypoxämie) ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie und erhöhter kurzfristiger Sterbewahrscheinlichkeit (DGP et al. 2016). Fine et al. (1997) konnten nachweisen, dass eine Hypoxämie auch ohne weitere Risikofaktoren das Letalitätsrisiko erhöht. Eine Untersuchung der Sauerstoffsättigung des Blutes bei der Aufnahme gibt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Informationen zu dem Schweregrad der Erkrankung und den Therapieoptionen. Je früher diese Informationen verfügbar sind, desto eher können Entscheidungen für angemessene medizinische Maßnahmen getroffen werden. Mit diesen Untersuchungen können auch Hypoxämien entdeckt werden, die im klinischen Erscheinungsbild der Patientin oder des Patienten noch nicht erkennbar sind. Auch in der Leitlinie des NICE (NCGC 2014) wird eine Empfehlung ausgesprochen, dass die Diagnostik und Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie früh (hier innerhalb von vier Stunden nach Krankenhausaufnahme) erfolgen soll. Lim et al. (2009) spricht eine Empfehlung aus, dass bei allen Patientinnen und Patienten eine Bestimmung der Sauerstoffsättigung bereits bei Krankenhausaufnahme erfolgen soll.

8 Stunden seit der Aufnahme werden von der Bundesfachgruppe Pneumonie als maximale Zeit angegeben, innerhalb derer die Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie erfolgen soll.

Die Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut wird für alle Patientinnen und Patienten gefordert, die mit einer Pneumonie aufgenommen werden, da sowohl für akut erkrankte Patientinnen und Patienten, die zur Erstaufnahme ins Krankenhaus kommen, als auch für Patientinnen und Patienten, die zur Weiterbehandlung verlegt werden, diese Basisuntersuchung von grundlegender Bedeutung und mit geringem zeitlichen und finanziellen Aufwand durchzuführen ist. Auch für die Patientinnen und Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass im Verlauf des stationären Aufenthaltes die antimikrobielle Therapie eingestellt wurde, ist diese Untersuchung von Bedeutung.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

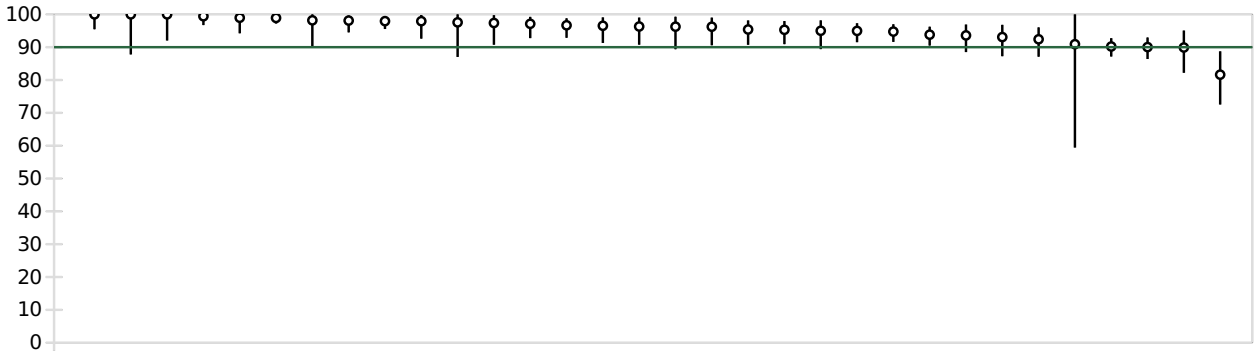
Qualitätsziel: Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen

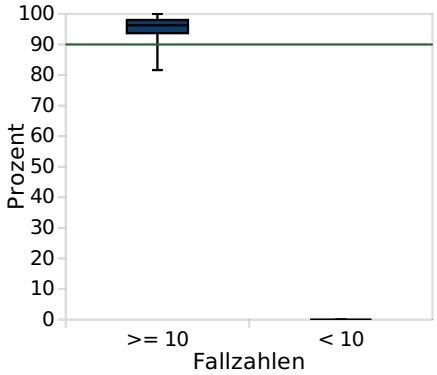
2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	4766
Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	5022
Ergebnis:	94.9 %
Vertrauensbereich:	94.25 - 95.49 %
Referenzbereich:	>= 90,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
81.63	90.21	93.70	96.27	95.45	98.02	99.42	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	0

Hintergrund:

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. Durch die Verlegung der Patientinnen oder Patienten aus der Notaufnahme auf die Stationen seien Verzögerungen der antimikrobiellen Therapie nicht selten und die erste Gabe sollte so zügig wie möglich nach der gestellten Diagnose gegeben werden. Im systematischen Review von (Lee et al. 2016) wurden 9 Studien identifiziert, die unterschiedliche Zeitpunkte der Antibiotikagabe (< 4 Stunden vs. > 4 Stunden, < 6 Stunden vs. > 6 Stunden, < 8 Stunden vs. > 8 Stunden) hinsichtlich der Endpunkte 30-Tage-Mortalität und Sterblichkeit im Krankenhaus untersuchen. Vier Studien zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der früheren Antibiotikagabe und einer geringeren Mortalität, während die anderen fünf Studien keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Antibiotikagabe und der Mortalität zeigen. 8 Stunden seit der Aufnahme werden von der Bundesfachgruppe Pneumonie als maximale Zeit angegeben, innerhalb derer die erste antimikrobielle Therapiegabe erfolgen soll.

Patientinnen und Patienten, bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde, werden bei diesem Indikator nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Der Beginn der antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme wird für die Patientinnen und Patienten gefordert, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Frühmobilisation nach Aufnahme

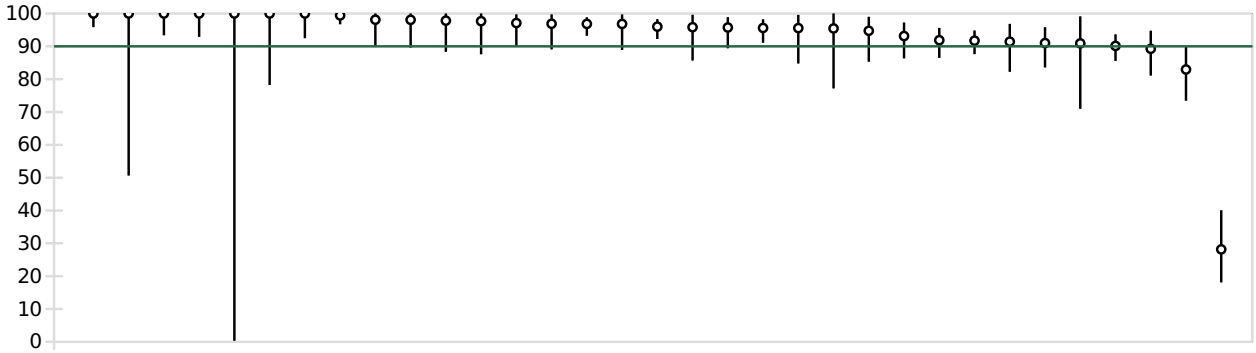
Qualitätsziel: Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen

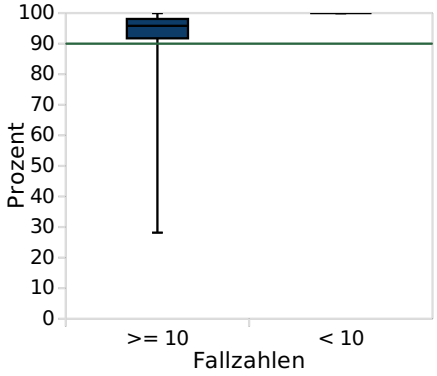
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	2638
Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	2839
Ergebnis:	92.92 %
Vertrauensbereich:	91.91 - 93.83 %
Referenzbereich:	>= 90,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
28.17	90.13	91.88	96	93.58	98.11	100.00	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	31
< 10	2

Hintergrund:

Eine frühe Mobilisation der Patientinnen und Patienten mit Pneumonie ist nach einer Studie von Mundy et al. (2003) ausschlaggebend für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus, ohne dass erhöhte Komplikationsraten auftreten. 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). Die durchschnittliche Verweildauerverkürzung für Patientinnen und Patienten wird mit einem Tag angegeben (Mundy et al. 2003). Eine frühzeitige Mobilisation wird in der nationalen S3-Leitlinie empfohlen (DGP et al. 2016). Lim et al. (2009) sprechen eine ähnliche Empfehlung aus, indem Patientinnen und Patienten mit einer unkomplizierten ambulant erworbenen Pneumonie mindestens 20 Minuten innerhalb der ersten 24 Stunden außerhalb des Bettes sitzen und die Mobilität von Tag zu Tag während des Krankenhausaufenthalts erhöhen sollen.

Patientinnen und Patienten, bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde, werden bei diesem Indikator nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators werden nach dem Risiko-Index CRB-65 (DGP et al. 2016) stratifiziert ausgewertet.
Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Risikoklassen:
1. Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65
2. Risikoklasse 2 = 1 bis 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65
3. Risikoklasse 3 = 3 bis 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65

Bei den Patientinnen und Patienten der Risikoklassen 1 und 2 ist eine frühzeitige Mobilisation in der Regel möglich und daher wird der Referenzbereich für diese beiden Risikoklassen festgelegt. Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 1 sind meistens noch selbständig, während Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 gegebenenfalls die aktive Unterstützung des medizinisch-pflegerischen Personals benötigen. Auf Grund anhaltend guter Ergebnisse wird seit 2017 lediglich das Stratum der Risikoklasse 2 im Qualitätsindikator betrachtet, während das Stratum der Risikoklasse 1 in der Transparenzkennzahl 2012 berücksichtigt wird. Beatmete Patientinnen und Patienten werden aus der Berechnung des Qualitätsindikators ausgeschlossen, da intensivmedizinisch zu betreuende Patientinnen und Patienten aus der zugrunde gelegten Studie von Mundy et al. (2003) von vornherein ausgeschlossen wurden.

Erläuterung zum CRB-65:
Die Erfassung des CRB-65-Scores bei der Aufnahme ermöglicht eine Risikoabschätzung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie, die für die weitere Behandlungsstrategie bedeutsam ist. (Lim et al. 2003, DGP et al. 2016).

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Index CRB-65:
• Ein Punkt für jedes erfüllte Kriterium:
o Pneumoniebedingte Desorientierung (mental confusion)
o Spontane Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (respiratory rate)
o Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (blood pressure)
o Alter ≥ 65 Jahre
• CRB-65-Score: Summierung der Indexpunkte
o 0 Sterblichkeit niedrig (1,20 %).
o 1 oder 2 Sterblichkeit mittel (8,15 %).
o 3 oder 4 Sterblichkeit hoch (31,00 %) (Lim et al. 2003).

Beatmete Patientinnen und Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

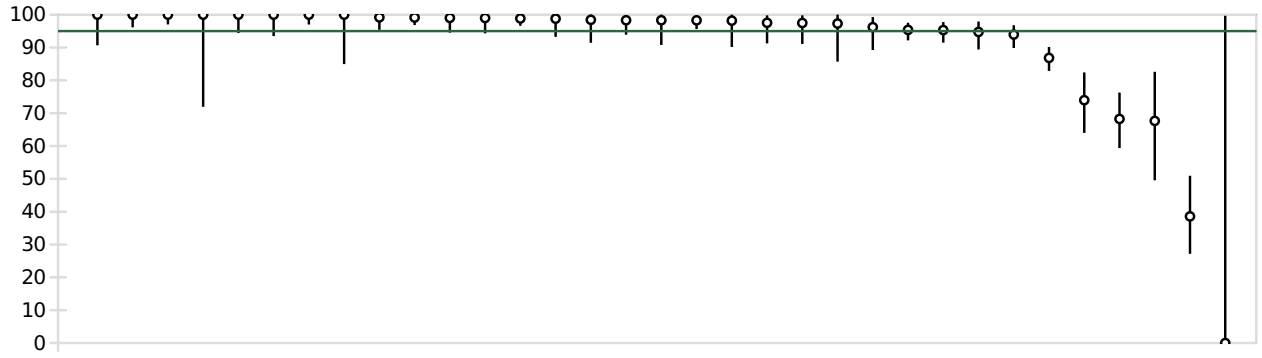
Qualitätsziel: Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen

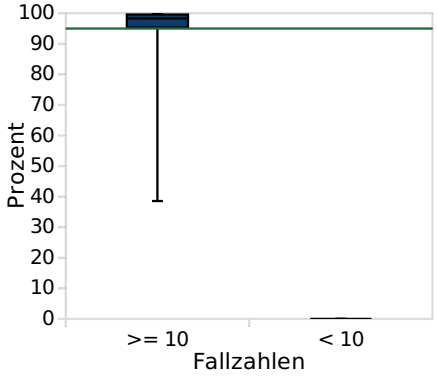
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung	3546
Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	3782
Ergebnis:	93.76 %
Vertrauensbereich:	92.94 - 94.51 %
Referenzbereich:	>= 95,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	68.25	95.31	98.31	90.56	99.18	100.00	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	1

Hintergrund:

In Studien konnte gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten, die in klinisch stabilem Zustand aus der stationären Behandlung entlassen werden, ein niedrigeres Letalitätsrisiko aufweisen. Darüber hinaus ist eine stationäre Wiederaufnahme seltener erforderlich und diese Patientinnen und Patienten erreichen häufiger das Aktivitätsniveau, das ihnen vor der Erkrankung möglich war (Halm et al. 2002, Halm et al. 1998). 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). Die Bestimmung dieser Stabilitätskriterien vor der Entlassung ist daher als unverzichtbarer diagnostischer Schritt anzusehen.

Im QS-Verfahren „Ambulant erworbene Pneumonie“ werden folgende Kriterien für die klinische Stabilität verwendet:
1. Systolischer Blutdruck
2. Herzfrequenz
3. Spontane Atemfrequenz
4. Sauerstoffsättigung
5. Temperatur
6. Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme
7. Keine pneumoniebedingte Desorientierung

Patientinnen und Patienten, bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde, werden bei diesem Indikator nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

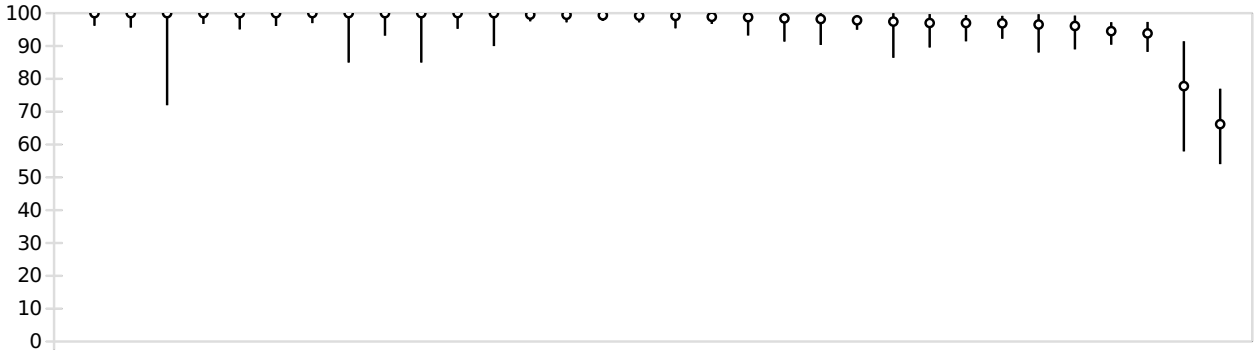
Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen

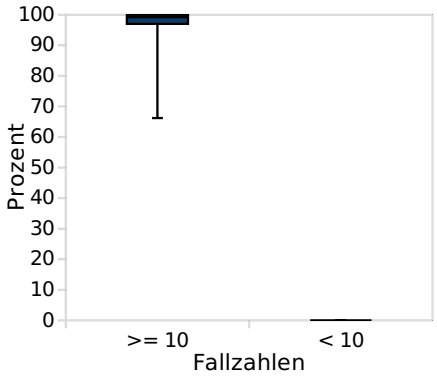
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen	3460
Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen UND vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	3542
Ergebnis:	97.68 %
Vertrauensbereich:	97.13 - 98.15 %
Referenzbereich:	nicht definiert

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
66.2	94.53	97.01	99.2	96.95	100.00	100.00	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	0

Hintergrund:

In Studien konnte gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten, die in klinisch stabilem Zustand aus der stationären Behandlung entlassen werden, ein niedrigeres Letalitätsrisiko aufweisen. Darüber hinaus ist eine stationäre Wiederaufnahme seltener erforderlich und diese Patientinnen und Patienten erreichen häufiger das Aktivitätsniveau, das ihnen vor der Erkrankung möglich war (Halm et al. 2002, Halm et al. 1998). 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). Die Bestimmung dieser Stabilitätskriterien vor der Entlassung ist daher als unverzichtbarer diagnostischer Schritt anzusehen.

Für diese Kennzahl werden folgende Kriterien 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 ≤ 37,2 °C
6. Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme
7. Keine pneumoniebedingte Desorientierung

Patientinnen und Patienten, bei denen ein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde, werden bei dieser Kennzahl nicht in die Auswertung miteinbezogen.

In diese Kennzahl gehen nur Fälle ein, bei denen die Kriterien für die klinische Stabilität bestimmt wurden.

Bis 2015 wurde diese Kennzahl als Indikator ausgewiesen. Dieser Indikator wies sehr gute Ergebnisse auf, d. h. Krankenhäuser, die die Stabilitätskriterien regelmäßig bestimmt haben, haben Patientinnen und Patienten selten mit nicht erfüllten Stabilitätskriterien entlassen. Aufgrund dessen wurde der Indikator zur Erfüllung der Stabilitätskriterien nicht weitergeführt. Da es sich dennoch um wichtige Informationen handelt, werden die Ergebnisse zur Erfüllung der Stabilitätskriterien weiter über diese Transparenzkennzahl an die Krankenhäuser zurückgespiegelt.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

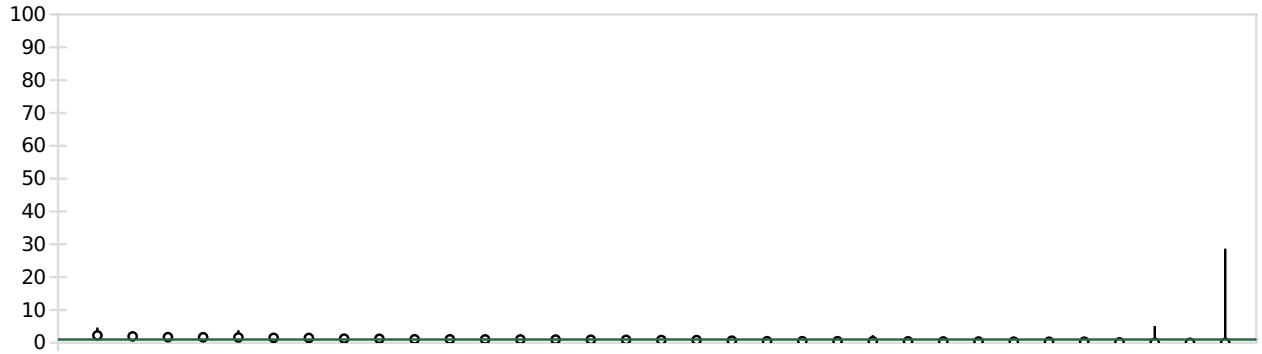
Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

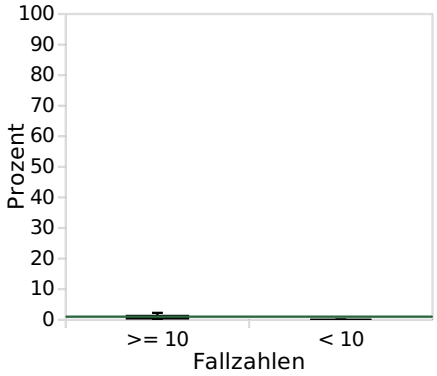
50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

	MV Gesamt
Beobachtete Rate an Todesfällen (O)	352 / 5157 6.83 %
Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für QI-ID 50778 (E)	354.93 / 5157 6.88 %
Ergebnis (O/E):	6.83 / 6.88 0.99
Vertrauensbereich:	0.9 - 1.1
Referenzbereich:	<= 1,88

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	0.15	0.41	0.83	0.86	1.22	1.69	2.24





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	1

Hintergrund:

Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität. Aus den Daten der externen stationären Qualitätssicherung geht hervor, dass ca. 13-14 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten versterben, wobei die Letalitätsrate mit dem Lebensalter und Vorliegen von definierten Risikofaktoren statistisch assoziiert ist (Kohlhammer et al. 2005). Laut Menéndez et al. (2004) kann eine unzureichende Pneumonie-Behandlung mit einer 11-fach erhöhten Letalität einhergehen. Viele Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie leiden unter schwerwiegenden Grunderkrankungen. Einige Studien geben Hinweise darauf, dass die Krankenhaus-Letalität und 30-Tage-Letalität durch die Implementierung von Leitlinien zur ambulant erworbenen Pneumonie in den Krankenhäusern gesenkt werden kann (Capelastegui et al. 2004, Mandell et al. 2007).

Seit dem Erfassungsjahr 2019 empfiehlt die Bundesfachgruppe, den Sterblichkeitsindikator für alle Patientinnen und Patienten zu berechnen, bei denen kein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde. Der Sterblichkeitsindikator wird mittels multipler logistischer Regression risikoadjustiert.

Als Regressionsgewichte werden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell signifikante Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden können.

Als Ergänzung zum risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator ohne Fälle mit dokumentiertem Therapieverzicht wird die Gesamtsterblichkeit ohne Risikoadjustierung und ohne Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht als Transparenzkennzahl darstellt.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

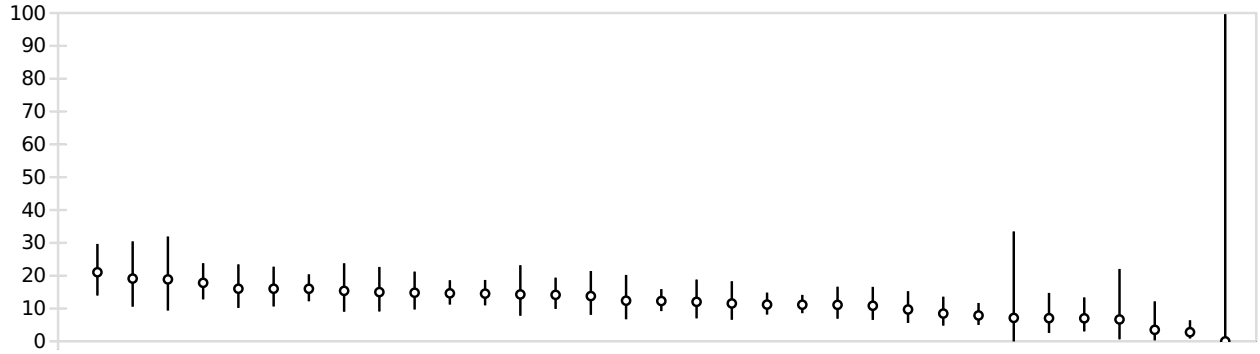
Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

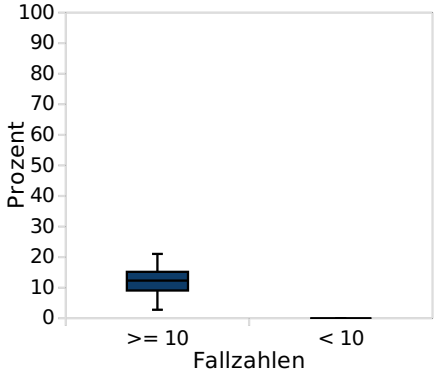
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

	MV Gesamt
Verstorbene Patientinnen und Patienten	715
Alle Patientinnen und Patienten	5712
Ergebnis:	12.52 %
Vertrauensbereich:	11.66 - 13.4 %
Referenzbereich:	nicht definiert

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	6.67	8.47	12.28	11.95	15.00	17.82	21.05





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	1

Hintergrund:

Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität. Aus den Daten der externen stationären Qualitätssicherung geht hervor, dass ca. 13-14 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten versterben, wobei die Letalitätsrate mit dem Lebensalter und Vorliegen von definierten Risikofaktoren statistisch assoziiert ist (Kohlhammer et al. 2005). Laut Menéndez et al. (2004) kann eine unzureichende Pneumonie-Behandlung mit einer 11-fach erhöhten Letalität einhergehen. Viele Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie leiden unter schwerwiegenden Grunderkrankungen. Einige Studien geben Hinweise darauf, dass die Krankenhaus-Letalität und 30-Tage-Letalität durch die Implementierung von Leitlinien zur ambulant erworbenen Pneumonie in den Krankenhäusern gesenkt werden kann (Capelastegui et al. 2004, Mandell et al. 2007).

Seit dem Erfassungsjahr 2019 empfiehlt die Bundesfachgruppe, den Sterblichkeitsindikator für alle Patientinnen und Patienten zu berechnen, bei denen kein palliatives Therapieziel in der Patientenakte dokumentiert wurde. Der Sterblichkeitsindikator wird mittels multipler logistischer Regression risikoadjustiert.

Als Regressionsgewichte werden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell signifikante Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden können.

Als Ergänzung zum risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator ohne Fälle mit dokumentiertem Therapieverzicht wird die Gesamtsterblichkeit ohne Risikoadjustierung und ohne Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht als Transparenzkennzahl darstellt.

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Indikatorengruppe: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

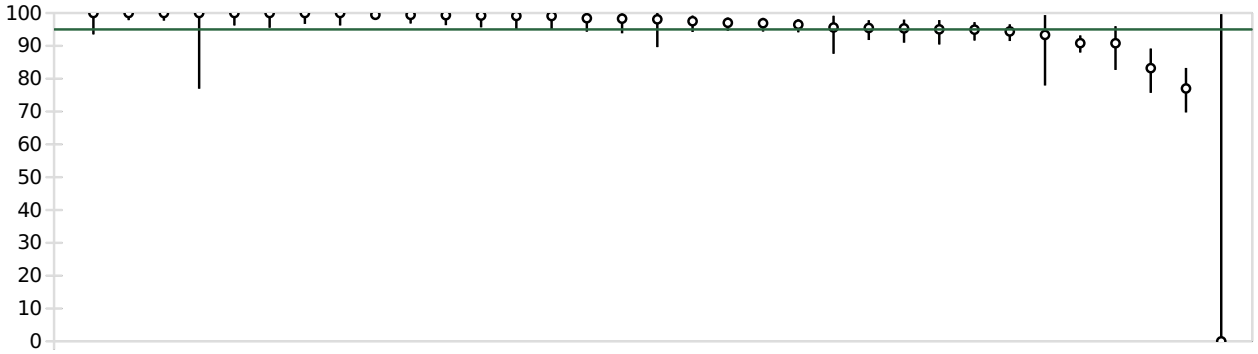
Qualitätsziel: Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen

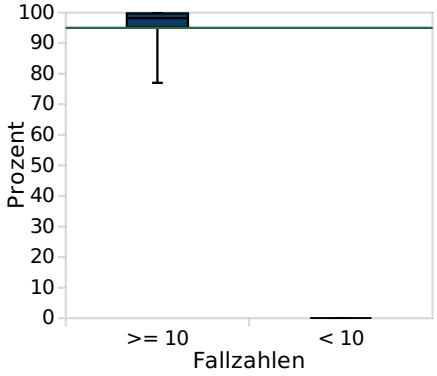
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme	5353
Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden	5584
Ergebnis:	95.86 %
Vertrauensbereich:	95.3 - 96.37 %
Referenzbereich:	>= 95,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	90.80	95.03	98.08	93.46	99.46	100.00	100





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	1

Hintergrund:

Die Atemfrequenz bei Aufnahme ist ein wichtiger klinischer Parameter, der regelhaft und ohne großen Aufwand erhoben werden kann. Im Rahmen des CRB-65-Scores dient er zur Risikoabschätzung der Sterblichkeit. Die Erfassung des CRB-65-Scores bei der Aufnahme ermöglicht eine Risikoabschätzung von Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie, die für die weitere Behandlungsstrategie bedeutsam ist. Im Indikator 2013 wird der CRB-65-Score zur Abgrenzung von Patientinnen und Patienten mit einem höheren Risiko zu versterben eingesetzt. Im Indikator 50778 wird die Atemfrequenz als Variable für die Risikoadjustierung genutzt (Lim et al. 2003, DGP et al. 2016, Strauß et al. 2014).

Weitere Informationen zu dem Indikator finden Sie unter: http://www.iqtig.org/index

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Auswertung zum Erfassungsjahr 2019

Auffälligkeitskriterien

Datenbankstand: 02.03.2020

Qualitätsbüro
bei der Krankhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175
19053 Schwerin

Tel.: 03 85/4 85 29-117 / 111
Fax: 03 85/4 85 29 29
E-Mail: EQS@kgmv.de
Internet: www.kgmv.de

Übersicht Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Ergebnis/ Referenz[1] Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr
2019/PNEU/811822 **Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit**	295 / 4437	6.65 %	6.65 %	<= 16,79 %	innerhalb	7.17 %
2019/PNEU/811825 **Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“**	969 / 5353	18.1 %	18.1 %	<= 29,77 %	innerhalb	16.93 %
2019/PNEU/811826 **Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“**	485 / 5353	9.06 %	9.06 %	<= 21,14 %	innerhalb	10.11 %
2019/PNEU/850102 **Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**	5694 / 5627	101.19 %	101.19 %	<= 110,00 %	innerhalb	103.29 %
2019/PNEU/850229 **Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**	3 / 5627	0.05 %	0.05 %	<= 5,00 %	innerhalb	0.15 %
2019/PNEU/851900 **Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben**	28 / 220	12.73 %	12.73 %	<= 50,00 %	innerhalb	nicht berechnet

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches"

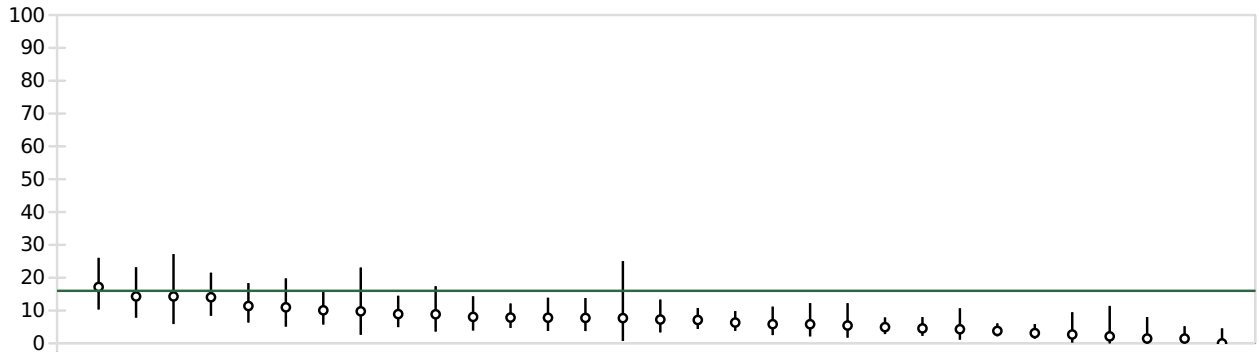
Indikatorengruppe: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

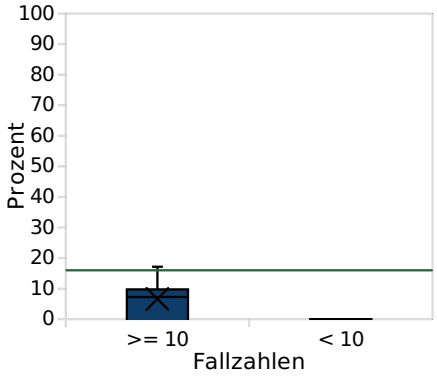
811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“	295
Alle Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung	4437
Ergebnis:	6.65 %
Vertrauensbereich:	5.93 - 7.42 %
Referenzbereich:	<= 16,79 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	2.13	4.30	7.26	7.27	9.76	14.05	17.17





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	31
< 10	0

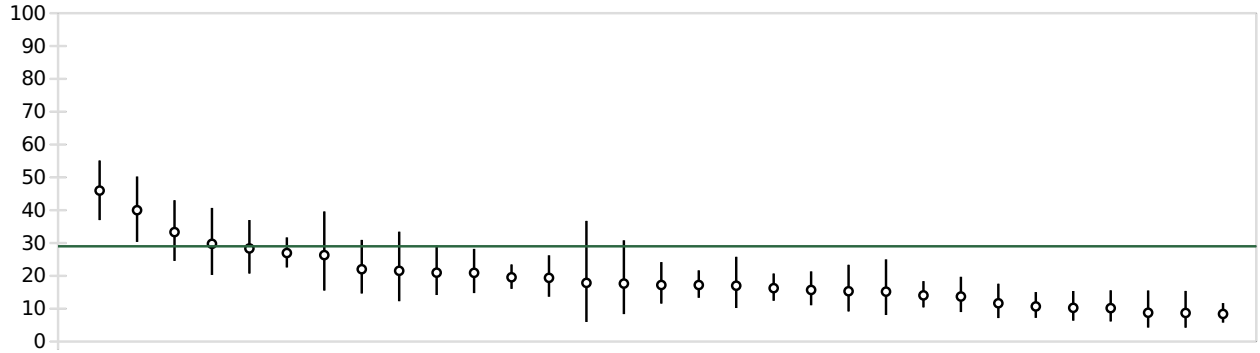
Indikatorengruppe: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

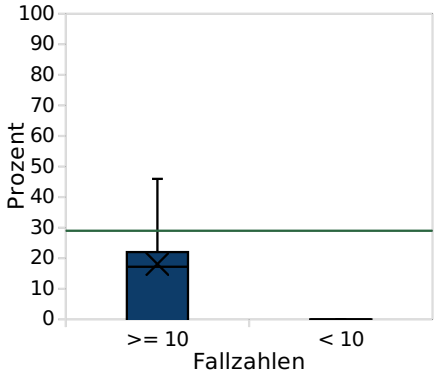
811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

	MV Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht	969
Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme	5353
Ergebnis:	18.1 %
Vertrauensbereich:	17.07 - 19.16 %
Referenzbereich:	<= 29,77 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
8.4	10.17	13.71	17.22	19.38	22.02	29.76	45.97





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	31
< 10	0

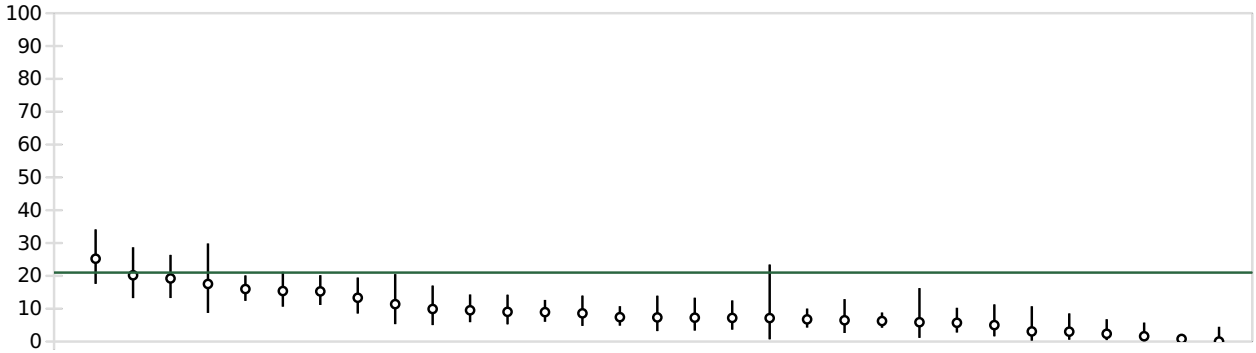
Indikatorengruppe: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

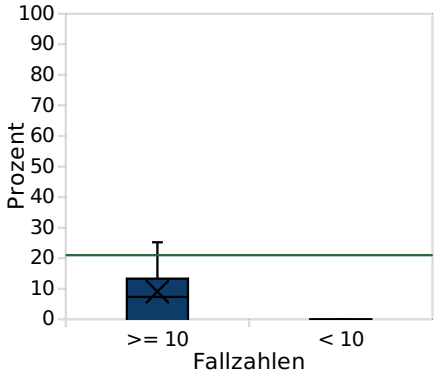
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

	MV Gesamt
Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute	485
Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme	5353
Ergebnis:	9.06 %
Vertrauensbereich:	8.3 - 9.86 %
Referenzbereich:	<= 21,14 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	2.36	5.71	7.34	9.12	13.33	17.54	25.22





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	31
< 10	0

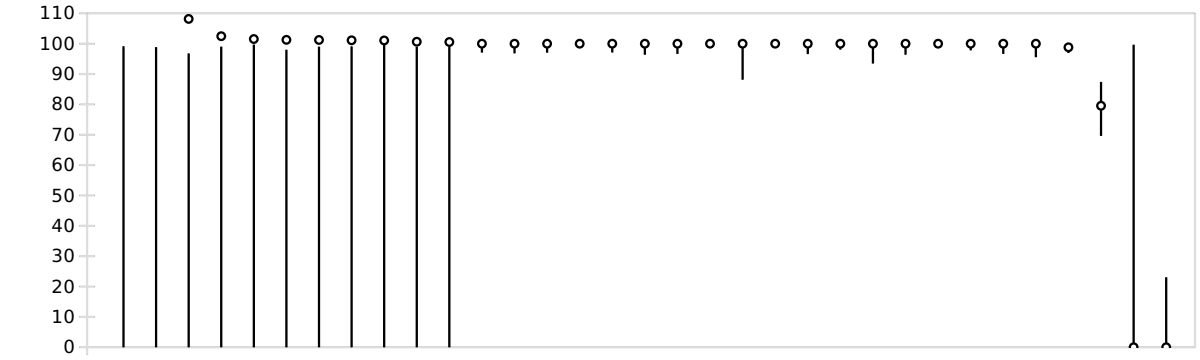
Indikatorengruppe: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

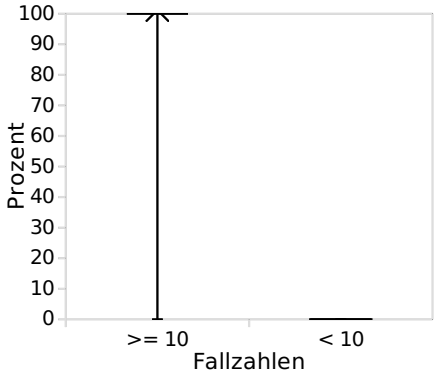
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	MV Gesamt
Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul	5694
Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul	5627
Ergebnis:	101.19 %
Vertrauensbereich:	99.97 - 0 %
Referenzbereich:	<= 110,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	98.81	100.00	100	94.96	101.07	102.47	121.51





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	1

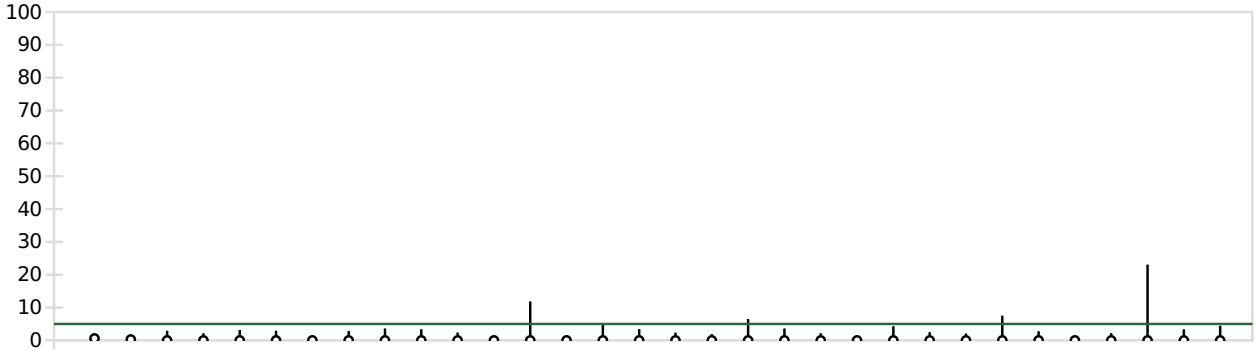
Indikatorengruppe: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

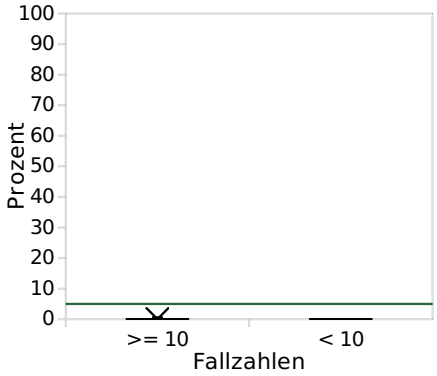
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	MV Gesamt
Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul	3
Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul	5627
Ergebnis:	0.05 %
Vertrauensbereich:	0 - 0.15 %
Referenzbereich:	<= 5,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	0.00	0.00	0	0.03	0.00	0.00	0.59





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	32
< 10	0

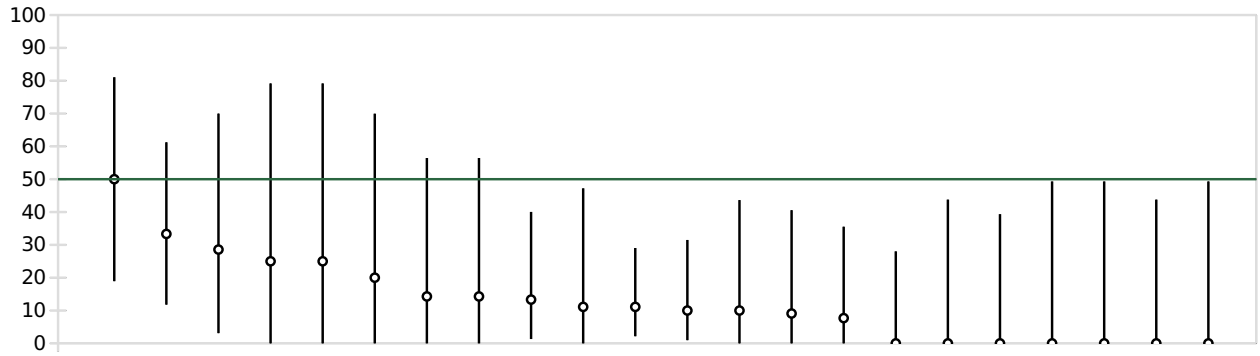
Indikatorengruppe: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

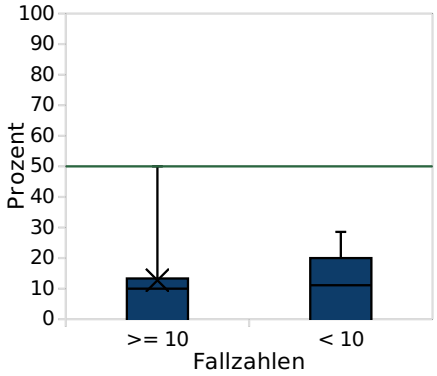
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

	MV Gesamt
Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum	28
Alle Patienten mit dokumentierten Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war	220
Ergebnis:	12.73 %
Vertrauensbereich:	8.61 - 17.86 %
Referenzbereich:	<= 50,00 %

Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0	0.00	0.00	10.56	12.86	20.00	28.57	50





Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
>= 10	9
< 10	13

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Auswertung zum Erfassungsjahr 2019

Basisauswertung

Datenbankstand: 02.03.2020

Qualitätsbüro
bei der Krankhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175
19053 Schwerin

Tel.: 03 85/4 85 29-117 / 111
Fax: 03 85/4 85 29 29
E-Mail: EQS@kgmv.de
Internet: www.kgmv.de

Basisdaten

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl	**%¹**	**Anzahl**	**%¹**
Anzahl importierter Datensätze				
1. Quartal	1868	32.70	2497	38.46
2. Quartal	1498	26.23	1498	26.23
3. Quartal	1218	21.32	1143	17.61
4. Quartal	1128	19.75	1368	21.07
Gesamt	5712		6492	

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

Behandlungszeit

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl		**Anzahl**	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)				
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	5712		6492	
Median		7		7
Mittelwert		8.96		8.96

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus

1	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
4	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege
5	E86	Volumenmangel
6	Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität
7	E87.6	Hypokaliämie
8	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Gesamt			Gesamt Vorjahr		
	ICD	**Anzahl**	**%[2]**	**ICD**	**Anzahl**	**%[2]**
1	J96.00	2479	43.40	J96.00	2753	42.41
2	I10.00	1912	33.47	I10.00	2236	34.44
3	J18.9	1487	26.03	J18.9	1662	25.60
4	Z74.1	1376	24.09	E86	1556	23.97
5	E86	1315	23.02	Z74.1	1554	23.94
6	Z74.0	1269	22.22	Z74.0	1424	21.93
7	E87.6	1078	18.87	E87.6	1290	19.87
8	Z92.1	1006	17.61	J18.8	1106	17.04

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM des Erfassungsjahres und des Vorjahres ggf. inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.
[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Altersverteilung (Jahre)				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	5712 / 5712		6492 / 6492	
18 - 19 Jahre	12 / 5712	0.21	12 / 6492	0.18
20 - 29 Jahre	61 / 5712	1.07	82 / 6492	1.26
30 - 39 Jahre	148 / 5712	2.59	148 / 5712	2.59
40 - 49 Jahre	175 / 5712	3.06	213 / 6492	3.28
50 - 59 Jahre	516 / 5712	9.03	626 / 6492	9.64
60 - 69 Jahre	1023 / 5712	17.91	1092 / 6492	16.82
70 - 79 Jahre	1358 / 5712	23.77	1549 / 6492	23.86
80 - 89 Jahre	1950 / 5712	34.14	2286 / 6492	35.21
>= 90 Jahre	469 / 5712	8.21	475 / 6492	7.32
Alter (Jahre)				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	5712 / 5712		6492 / 6492	
Median		78		78
Mittelwert		73.46		73.31
Geschlecht				
männlich	3395	59.44	3823	58.89
weiblich	2317	40.56	2669	41.11
unbestimmt	0	0.00	0	0.00

Aufnahme

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	1195	20.92	1386	21.35
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	153	2.68	184	2.83
Chronische Bettlägerigkeit	945	16.54	1150	17.71
Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung				
ja	128	2.24	144	2.22
nein	5584	97.76	6348	97.78
wenn nein				
Desorientierung (bei Aufnahme)				
nein	3866	69.23	4231	66.65
pneumoniebedingt	485	8.69	649	10.22
nicht pneumoniebedingt	1233	22.08	1468	23.13
Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) (1/min)				
Anzahl gültiger Angaben	5353		6025	
Median		19		20
Mittelwert		20.4		21.11
nicht bestimmt	231	4.04	323	4.98
Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) (mmHg)				
Anzahl gültiger Angaben	5584		6348	
Median		133		134
Mittelwert		134.23		134.52
Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) (mmHg)				
Anzahl gültiger Angaben	5584		6348	
Median		75		75
Mittelwert		75.04		75.11

Aufnahme (Fortsetzung)

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	54	0.95	78	1.20
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	5588	97.83	6302	97.07
4 bis unter 8 Stunden	39	0.68	59	0.91
8 Stunden und später	31	0.54	53	0.82
Initiale antimikrobielle Therapie				
keine antimikrobielle Therapie	81	1.42	84	1.29
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	4960	86.83	5734	88.32
4 bis unter 8 Stunden	357	6.25	336	5.18
8 Stunden und später	245	4.29	263	4.05
Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	69	1.21	75	1.16

Verlauf

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes)				
keine Mobilisation	795	13.92	1001	15.42
innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	4448	77.87	4929	75.92
nach 24 Stunden und später	469	8.21	562	8.66
Maschinelle Beatmung				
nein	5075	88.85	5741	88.43
ja, ausschließlich nicht-invasiv	302	5.29	341	5.25
ja, ausschließlich invasiv	174	3.05	195	3.00
ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	161	2.82	215	3.31
Patienten, die invasiv maschinell beatmet aus einem anderen Kranken-haus aufgenommen wurden	21	0.37	30	0.46
Dokumentierter Therapieverzicht				
Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	555 / 5712	9.72	641 / 6492	9.87

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Alle Patienten Entlassungsgrund <> 7	Gesamt Anzahl	Gesamt %	Gesamt Vorjahr Anzahl	Gesamt Vorjahr %
Anzahl Patienten	4997 / 5712	87.48	5643 / 6492	86.92
Desorientierung				
nein	3874 / 4997	77.53	4313 / 5643	76.43
pneumoniebedingt	44 / 4997	0.88	86 / 5643	1.52
nicht pneumoniebedingt	957 / 4997	19.15	1120 / 5643	19.85
Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme				
nein	187 / 4997	3.74	176 / 5643	3.12
ja	4687 / 4997	93.80	5346 / 5643	94.74
Spontane Atemfrequenz				
maximal 24/min	4432 / 4997	88.69	5087 / 5643	90.15
über 24/min	121 / 4997	2.42	104 / 5643	1.84
nicht bestimmt	306 / 4997	6.12	319 / 5643	5.65
nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	15 / 4997	0.30	12 / 5643	0.21
Herzfrequenz				
maximal 100/min	4736 / 4997	94.78	5377 / 5643	95.29
über 100/min	116 / 4997	2.32	126 / 5643	2.23
nicht bestimmt	23 / 4997	0.46	19 / 5643	0.34
Temperatur				
maximal 37,8° C	4675 / 4997	93.56	5193 / 5643	92.03
über 37,8° C	185 / 4997	3.70	323 / 5643	5.72
nicht bestimmt	15 / 4997	0.30	6 / 5643	0.11
Sauerstoffsättigung				
unter 90%	233 / 4997	4.66	266 / 5643	4.71
mindestens 90%	4555 / 4997	91.15	5122 / 5643	90.77
nicht bestimmt	86 / 4997	1.72	134 / 5643	2.37
Blutdruck systolisch				
unter 90 mmHg	87 / 4997	1.74	115 / 5643	2.04
mindestens 90 mmHg	4762 / 4997	95.30	5389 / 5643	95.50
nicht bestimmt	24 / 4997	0.48	18 / 5643	0.32

Entlassung

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
Entlassungsgrund[1]	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
01: regulär beendet	3833	67.10	4317	66.50
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	36	0.63	31	0.48
03: aus sonstigen Gründen	9	0.16	7	0.11
04: gegen ärztlichen Rat	87	1.52	92	1.42
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	2	0.04	0	0.00
06: Verlegung	221	3.87	250	3.85
07: Tod	715	12.52	849	13.08
08: Verlegung nach §14	7	0.12	10	0.15
09: in Rehabilitationseinrichtung	47	0.82	57	0.88
10: in Pflegeeinrichtung	727	12.73	852	13.12
11: in Hospiz	11	0.19	13	0.20
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	3	0.05	2	0.03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0.00	1	0.02
15: gegen ärztlichen Rat	0	0.00	2	0.03
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)	13	0.23	9	0.14
22: Fallabschluss	1	0.02	0	0.00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr	0	0.00	0	0.00

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

Entlassung in stationäre Pflegeeinrichtung

Alle Patienten Entlassungsgrund <> 7	Gesamt Anzahl	Gesamt %	Gesamt Vorjahr Anzahl	Gesamt Vorjahr %
Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte	4093	81.91	4093	81.91
davon				
Patienten, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden	113	2.76	134	2.91

Letalität

	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
Alle Patienten	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Verstorbene Patienten				
Alle Patienten	715 / 5712	12.52	849 / 6492	13.08
Patienten mit:				
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	291 / 1195	24.35	347 / 1386	25.04
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung	34 / 128	26.56	46 / 144	31.94
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	21 / 153	13.73	26 / 184	14.13
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus	694 / 5559	12.48	823 / 6308	13.05
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung	8 / 21	38.10	10 / 30	33.33
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus und **nicht** aus stationärer Pflegeeinrichtung	403 / 4364	9.23	476 / 4922	9.67
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts	179 / 637	28.10	238 / 751	31.69
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	54 / 302	17.88	76 / 341	22.29
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	67 / 174	38.51	78 / 195	40.00
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	58 / 161	36.02	84 / 215	39.07

Letalität (Fortsetzung)

Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	Gesamt		Gesamt Vorjahr	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten				
Alle Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	715 / 5712	12.52	849 / 6492	13.08
Patienten mit:				
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	126 / 930	13.55	137 / 1069	12.82
Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung	17 / 101	16.83	29 / 119	24.37
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	10 / 135	7.41	18 / 174	10.34
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus	342 / 5022	6.81	393 / 5677	6.92
Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus und bei Aufnahme mit invasiver maschineller Beatmung	5 / 17	29.41	8 / 27	29.63
Aufnahme **nicht** aus einem anderen Krankenhaus und **nicht** aus stationärer Pflegeeinrichtung	216 / 4092	5.28	256 / 4608	5.56
maschineller Beatmung während des stationären Aufenthalts	80 / 510	15.69	127 / 619	20.52
ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	15 / 248	6.05	30 / 286	10.49
ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	35 / 132	26.52	55 / 162	33.95
sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	30 / 130	23.08	42 / 171	24.56

Erläuterungen

Risikoklassen nach CRB-65

Die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren

- Antimikrobielle Therapie
- Frühmobilisation
- Anpassung Diagnostik / Therapie
- Krankenhaus-Letalität

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

Folgende Kriterien sind Bestandteil des Index CRB-65:

- Pneumoniebedingte Desorientiertheit (Mental Confusion)
- Spontane Atemfrequenz >= 30/min (Respiratory rate)
- Blutdruck (systolisch < 90mmHg oder diastolisch <= 60mmHg) (Blood pressure)
- Alter >= 65 Jahre (65 Jahre)

Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

Risikoklasse	Erläuterung
Risikoklasse 1	0 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit niedrig: ca. 1%)
Risikoklasse 2	1 - 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit mittel: ca. 8%)
Risikoklasse 3	3 - 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65 (Sterblichkeit hoch: ca. 31 - 34%)

Beatmete Patienten werden immer in die Risikoklasse 3 eingeordnet.

Patienten mit schriftlich dokumentierter Therapieeinstellung

Der Datensatz beinhaltet das Datenfeld "Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?" (Datenfeld 22).

Dieses Datenfeld darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel "nur palliative Zielsetzung" oder "therapia minima" dokumentiert ist. Hinweise wie "keine Reanimation" oder "keine Beatmung" sind nicht ausreichend. Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das Patientenrechtegesetz in § 630 f BGB "Dokumentation der Behandlung" enthält dazu folgende Abätze: "Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen."

Bei einigen Qualitätsindikatoren stehen diese Patienten nicht unmittelbar im Fokus der Qualitätssicherung und werden daher in diesen Fällen aus der Grundgesamtheit herausgenommen. Diese Patienten werden dennoch weiterhin beobachtet und gesondert ausgewertet, um mögliche Versorgungsprobleme frühzeitig erkennen zu können.

Bei folgenden Indikatoren werden Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (Datenfeld 22 = ja) ausgeschlossen:

- QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
- QI-IDs 2013 - Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
- QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Impressum

Auftraggeber:
Lenkungsausschuss nach § 5 des Vertrages zur Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V i.V.m. § 112 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 3 SGB V

Herausgeber:
Qualitätsbüro
bei der Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Beteiligte:
Fachgruppen Mecklenburg-Vorpommern
(http://www.kgmv.de/arbeitsgebiete/qualitaetssicherung/externe-stationaere-qs.html)

Software:
Porthun & Thiede Softwareentwicklungs- & Schulungs GmbH

Alle Rechte vorbehalten. Änderungen und Irrtum vorbehalten.