

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Bundesauswertung

CAP: Ambulant erworbene Pneumonie

**Auswertungsjahr 2024
Erfassungsjahr 2023**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Ambulant erworbene Pneumonie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 15.08.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung..... | 5 |
| Datengrundlagen..... | 6 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten..... | 6 |
| Ergebnisübersicht..... | 8 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023..... | 9 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023..... | 11 |
| Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen..... | 13 |
| Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie..... | 13 |
| 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie..... | 13 |
| 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)..... | 15 |
| 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)..... | 17 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 19 |
| 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme..... | 20 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 22 |
| 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme..... | 24 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 26 |
| 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung..... | 27 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 29 |
| 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung..... | 30 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 32 |
| Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus..... | 33 |
| 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus..... | 33 |
| 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)..... | 36 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 38 |
| 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme..... | 43 |

| | |
|--|----|
| Details zu den Ergebnissen..... | 45 |
| Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien..... | 46 |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit..... | 46 |
| 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit..... | 46 |
| 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“..... | 48 |
| 851900: Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben..... | 50 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit..... | 52 |
| 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation..... | 52 |
| 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation..... | 54 |
| 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... | 56 |
| Basisauswertung..... | 58 |
| Basisdokumentation..... | 58 |
| Patient..... | 58 |
| Altersverteilung und Geschlecht..... | 60 |
| Aufnahme..... | 61 |
| CRB-65-Score..... | 63 |
| Verlauf..... | 66 |
| Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung..... | 67 |
| Entlassung..... | 69 |
| Sterblichkeit..... | 72 |
| Impressum..... | 75 |

Einleitung

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) kann sowohl nach der Art des Krankheitserregers unterschieden werden als auch danach, ob sich die Patientin oder der Patient außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) infiziert hat. Die ambulant erworbene Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) ist eine der häufigsten 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 stationär behandelt. Bei knapp 17 % 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.

Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) werden bei der Berechnung des Indikators „2009 - Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ 2023 nicht berücksichtigt.

Weiterführende Informationen

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP, wie beispielsweise die endgültigen Rechenregeln mit ausführlichen Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/>.
- Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen können Sie zusätzlich unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> einsehen.

Zu diesem Bericht steht unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/> eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren ausschließlich auf einer Datenquelle. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquelle:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene).

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das QS-Verfahren CAP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für Behandlungsfälle mit einer kodierten Pneumonie (siehe QS-Filter) entsprechend dem aufnehmenden Standort (= Auswertungsstandort).

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2023 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2023 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollzähligkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|----------------------------|--|---------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 334.062 333.649 413 | 330.404 | 101,11 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 1.322 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.335 | 1.314 | 101,60 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 1.100 | 1.086 | 101,29 |

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der betroffenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Erfassungsjahre 2022 und 2023 mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2021 als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

In Reaktion auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie werden Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) bei der Berechnung des Indikators „2009 - Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ 2023 nicht berücksichtigt.

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Bund (gesamt) |
|--|---|---------------------|---------------------------------------|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis |
| Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | | |
| 2005 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | ≥ 95,00 % | 98,94 % O = 330.129 N = 333.649 |
| 2006 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) | Transparenzkennzahl | 98,99 % O = 314.675 N = 317.891 |
| 2007 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) | Transparenzkennzahl | 98,07 % O = 15.454 N = 15.758 |
| 2009 | Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme | ≥ 90,00 % | 93,83 % O = 207.243 N = 220.872 |
| 2013 | Frühmobilisation nach Aufnahme | ≥ 90,00 % | 92,88 % O = 151.953 N = 163.602 |

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Bund (gesamt) |
|---|--|---------------------------|---|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis |
| 2028 | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | ≥ 95,00 % | 96,00 % O = 231.557 N = 241.210 |
| 2036 | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | Transparenzkennzahl | 98,51 % O = 227.855 N = 231.292 |
| Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus | | | |
| 50778 | Sterblichkeit im Krankenhaus | ≤ 1,69 (95. Perzentil) | 0,90 O/E = 21.461 / 23.913,08 N = 285.505 |
| 231900 | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) | Transparenzkennzahl | 15,88 % O = 52.984 N = 333.649 |
| 50722 | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme | ≥ 95,00 % | 96,49 % O = 315.019 N = 326.472 |

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

| Auffälligkeitskriterien | | | Bund (gesamt) | |
|--|---|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ID | Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums | Referenzber. | Ergebnis | rechnerisch auffällige Standorte |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | | | | |
| 811822 | Angabe von chronischer Bettlägerigkeit | ≤ 20,00 % | 5,21 % 12.210 / 234.355 | 0,69 % 9 / 1.311 |
| 811826 | Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ | ≤ 18,88 % (97. Perzentil) | 7,45 % 19.414 / 260.729 | 2,63 % 34 / 1.293 |
| 851900 | Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben | ≤ 50,00 % | 14,33 % 2.803 / 19.561 | 0,43 % 5 / 1.155 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit | | | | |
| 850101 | Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation | ≥ 95,00 % | 101,11 % 334.062 / 330.404 | 1,45 % 19 / 1.314 |
| 850102 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | ≤ 110,00 % | 101,11 % 334.062 / 330.404 | 0,84 % 11 / 1.314 |
| 850229 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | ≤ 5,00 % | 0,12 % 413 / 330.404 | 0,38 % 5 / 1.314 |

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

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

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

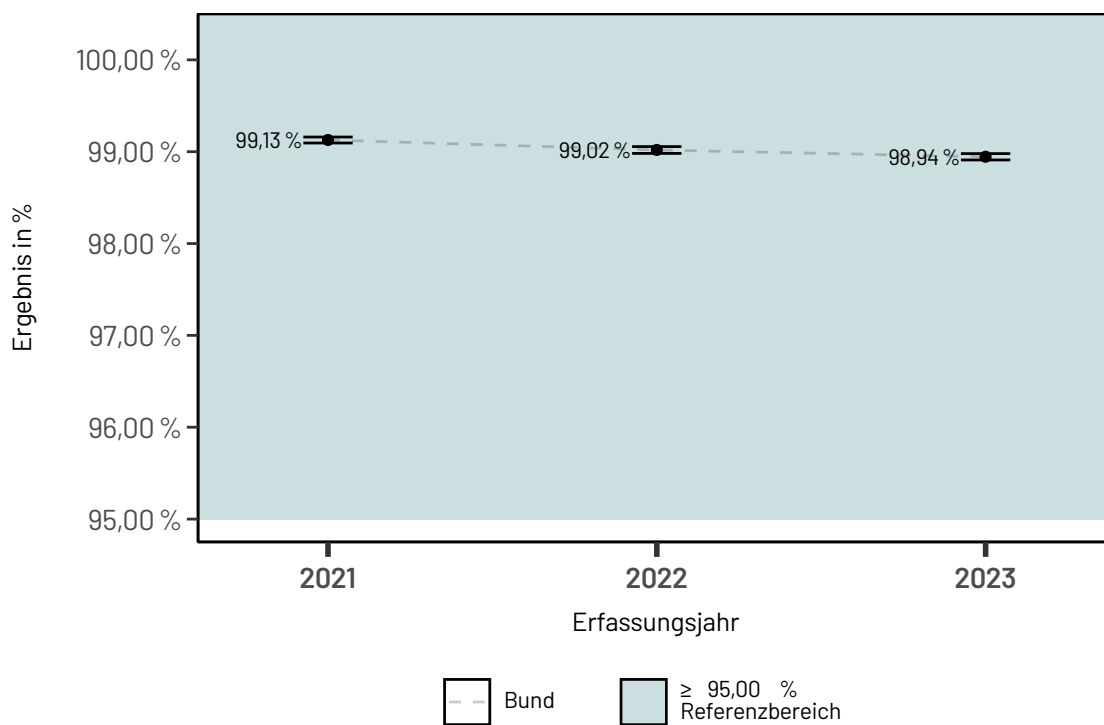
| | |
|------------------|---|
| ID | 2005 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten |
| Zähler | Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

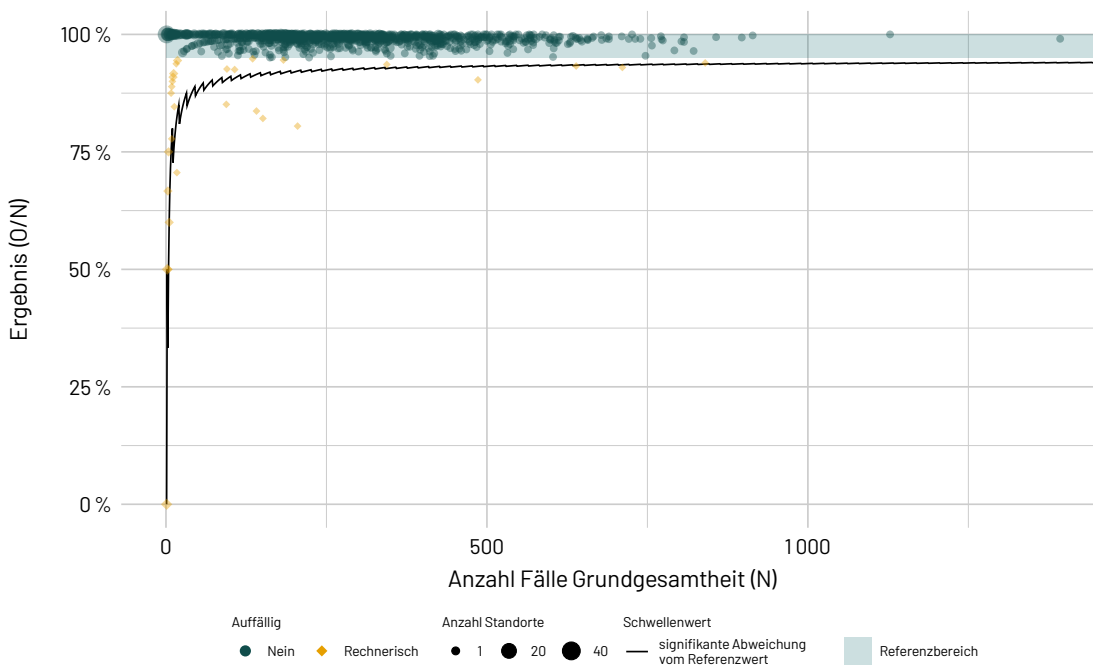
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 310.651 / 313.385 | 99,13 % | 99,09 % - 99,16 % |
| | 2022 | 268.624 / 271.285 | 99,02 % | 98,98 % - 99,06 % |
| | 2023 | 330.129 / 333.649 | 98,94 % | 98,91 % - 98,98 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

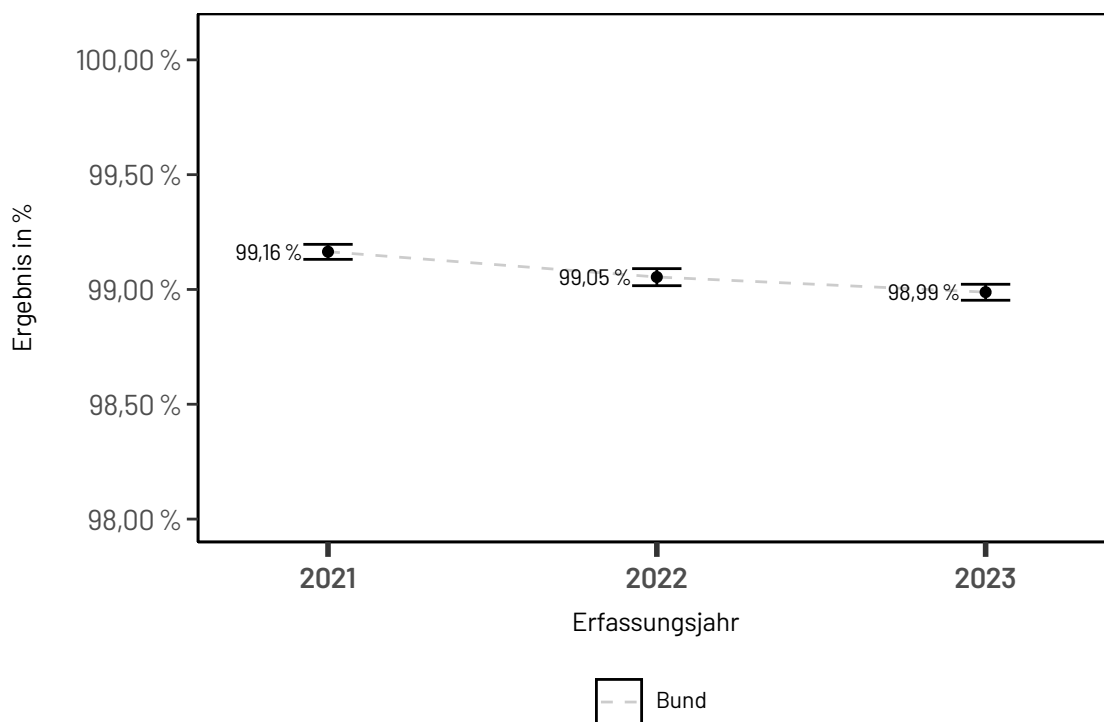
| | |
|------------------|---|
| ID | 2006 |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden |
| Zähler | Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

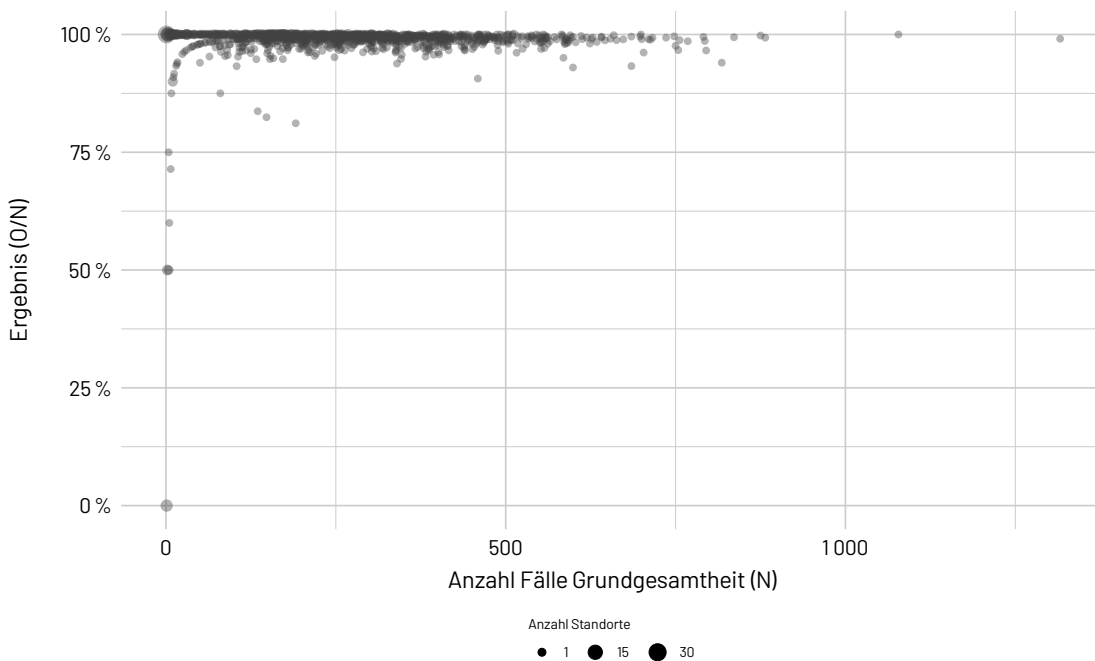
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 294.903 / 297.388 | 99,16 % | 99,13 % - 99,20 % |
| | 2022 | 257.959 / 260.422 | 99,05 % | 99,02 % - 99,09 % |
| | 2023 | 314.675 / 317.891 | 98,99 % | 98,95 % - 99,02 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

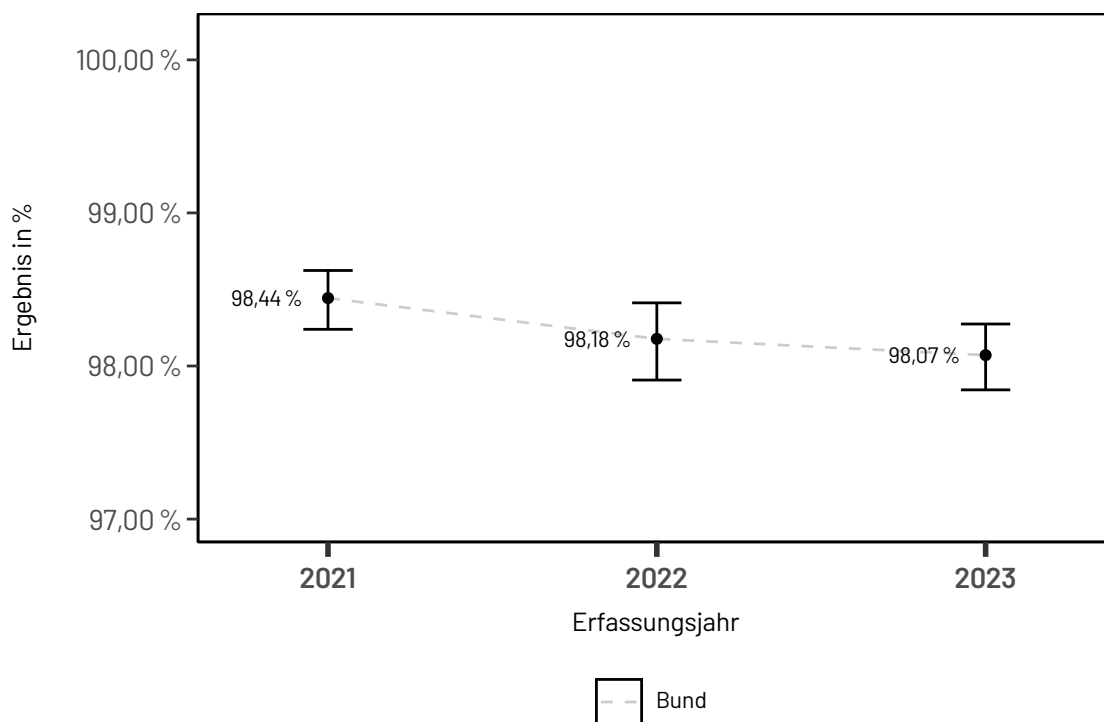
| | |
|------------------|---|
| ID | 2007 |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden |
| Zähler | Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

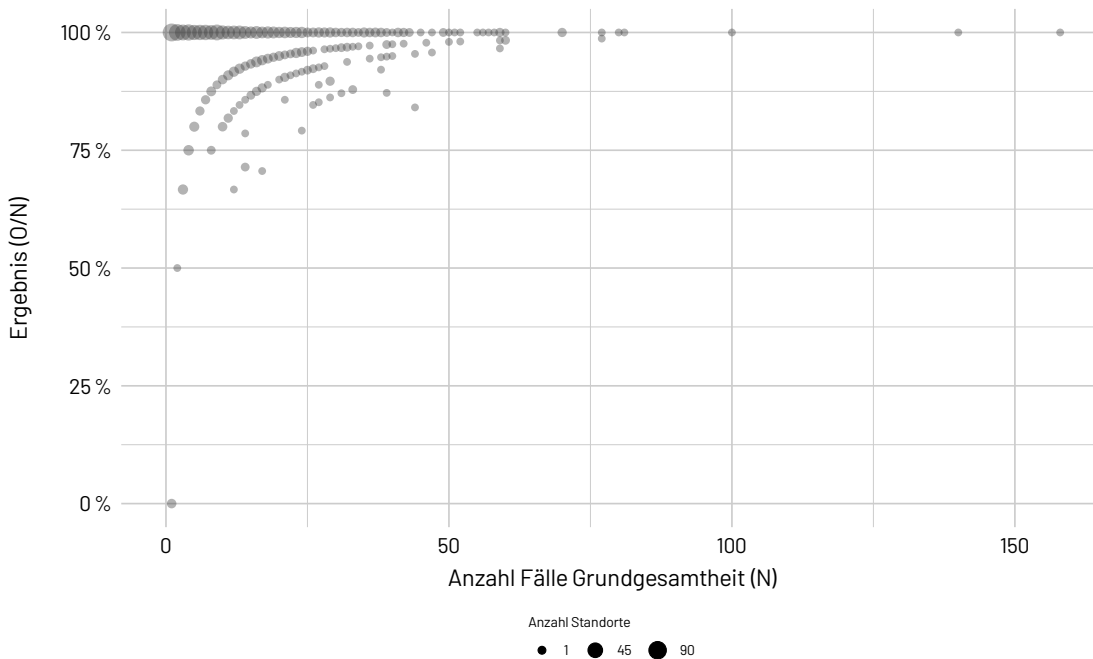
| Dimension | | Ergebnis 0/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 15.748 / 15.997 | 98,44 % | 98,24 % - 98,62 % |
| | 2022 | 10.665 / 10.863 | 98,18 % | 97,91 % - 98,41 % |
| | 2023 | 15.454 / 15.758 | 98,07 % | 97,84 % - 98,27 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|----------------------------|
| 1.1 | ID: 2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde | 98,94 % 330.129/333.649 |
| 1.1.1 | ID: 2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus | 98,99 % 314.675/317.891 |
| 1.1.2 | ID: 2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus | 98,07 % 15.454/15.758 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|----------------------------|
| 1.2 | ID: 232000_2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle) | 98,92 % 273.561/276.550 |
| 1.2.1 | ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle) | 98,96 % 261.184/263.919 |
| 1.2.2 | ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle) | 97,99 % 12.377/12.631 |

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

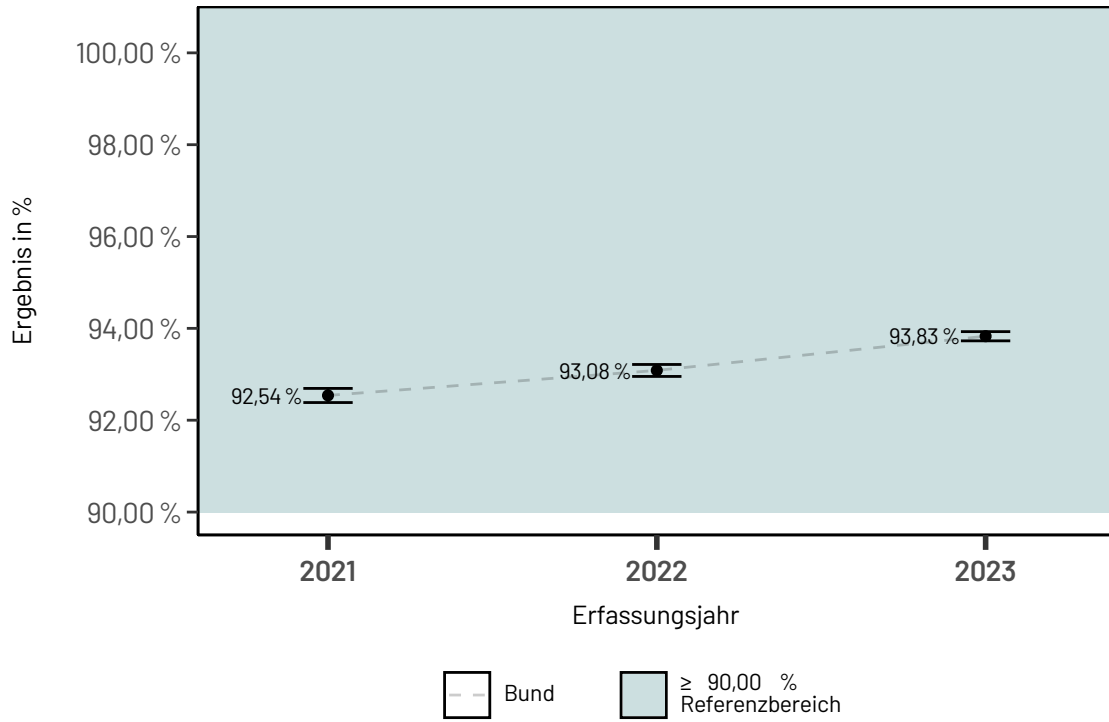
| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen |
| ID | 2009 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit antibiotischer Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

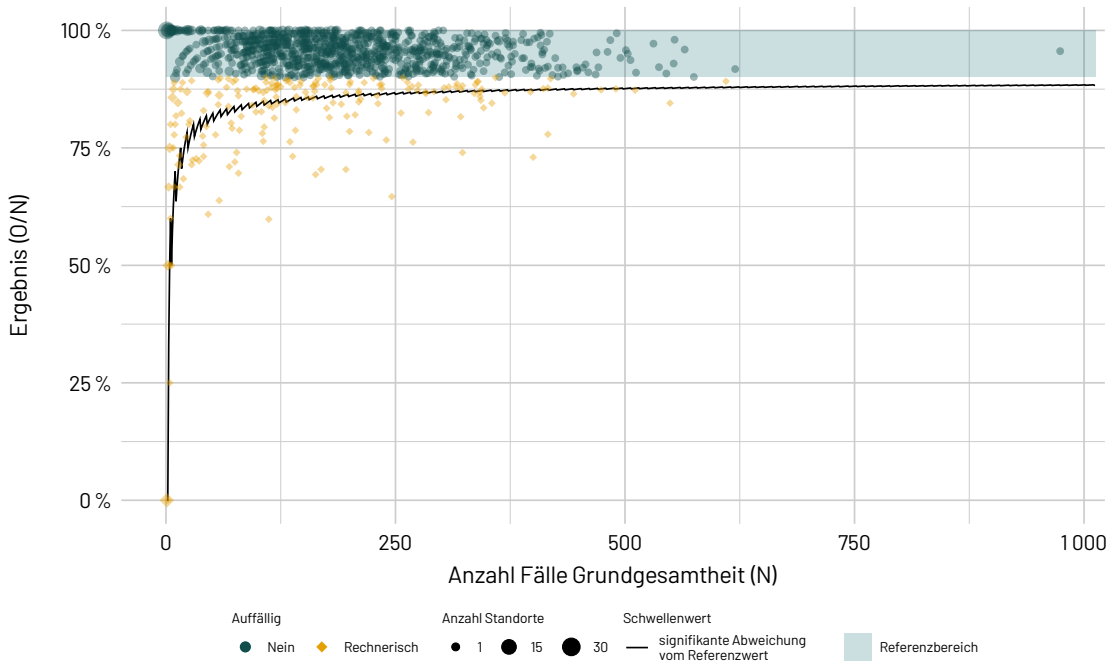
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 103.707 / 112.067 | 92,54 % | 92,38 % - 92,69 % |
| | 2022 | 135.629 / 145.705 | 93,08 % | 92,95 % - 93,21 % |
| | 2023 | 207.243 / 220.872 | 93,83 % | 93,73 % - 93,93 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|---------|---|-----------------------------|
| 2.1 | ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle) | 100,00 % 237.725/237.725 |
| 2.1.1 | ID: 23_22001 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie | 93,45 % 222.143/237.725 |
| 2.1.1.1 | ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte) | 92,87 % 43.914/47.287 |
| 2.1.1.2 | ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte) | 93,44 % 167.608/179.374 |
| 2.1.1.3 | ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte) | 96,00 % 10.621/11.064 |
| 2.1.2 | ID: 23_22005 Ohne antibiotische Therapie | 1,71 % 4.063/237.725 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|---------|--|-----------------------------|
| 2.2 | ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose) | 100,00 % 220.872/220.872 |
| 2.2.1 | ID: 2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie | 93,83 % 207.243/220.872 |
| 2.2.1.1 | ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte) | 93,24 % 41.402/44.406 |
| 2.2.1.2 | ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte) | 93,86 % 156.848/167.112 |
| 2.2.1.3 | ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte) | 96,14 % 8.993/9.354 |
| 2.2.2 | ID: 232003_2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle) | 93,66 % 216.230/230.867 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 2.2.3 | ID: 23_22010 Ohne antibiotische Therapie | 1,32 % 2.919/220.872 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 2.3 | ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle) | 100,00 % 10.486/10.486 |
| 2.3.1 | ID: 23_22012 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie | 93,41 % 9.795/10.486 |
| 2.3.2 | ID: 23_22013 Ohne antibiotische Therapie | 2,70 % 283/10.486 |

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

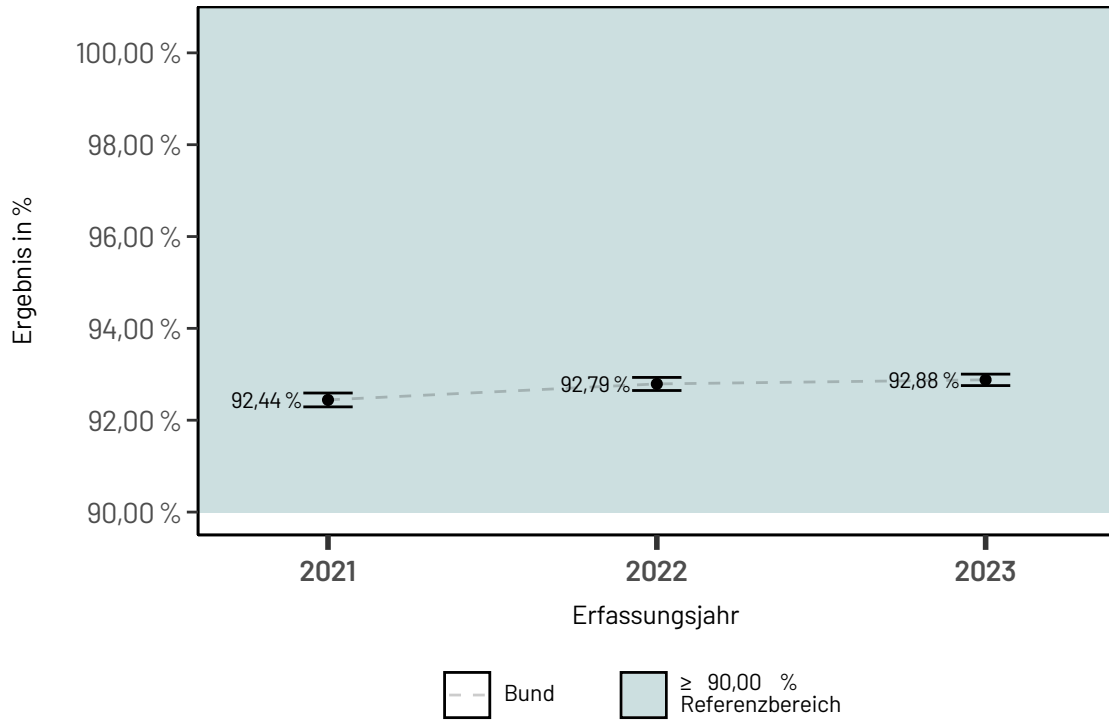
| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen |
| ID | 2013 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte palliative Therapiezielsetzung |
| Zähler | Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

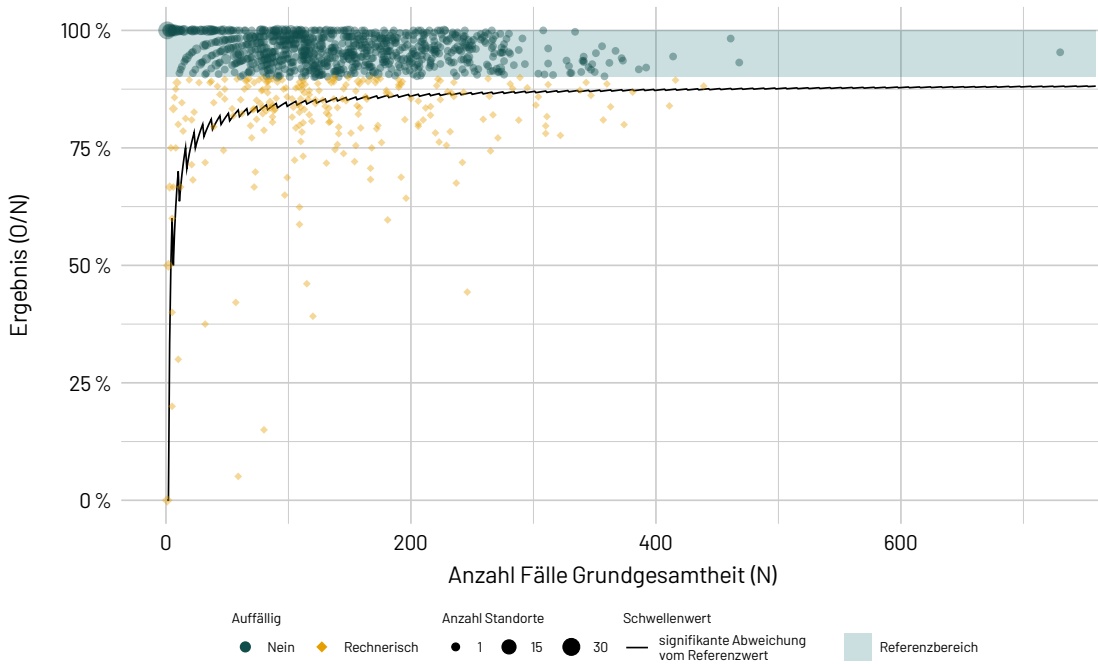
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 108.645 / 117.527 | 92,44 % | 92,29 % - 92,59 % |
| | 2022 | 117.888 / 127.047 | 92,79 % | 92,65 % - 92,93 % |
| | 2023 | 151.953 / 163.602 | 92,88 % | 92,75 % - 93,00 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|----------------------------|
| 3.1 | ID: 23_22016 Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde ¹ | 93,24 % 195.501/209.664 |
| 3.1.1 | ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index) | 95,72 % 40.447/42.255 |
| 3.1.2 | ID: 2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) | 92,88 % 151.953/163.602 |
| 3.1.3 | ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle) | 93,10 % 124.008/133.203 |
| 3.1.4 | ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score) | 81,46 % 3.101/3.807 |

¹ Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

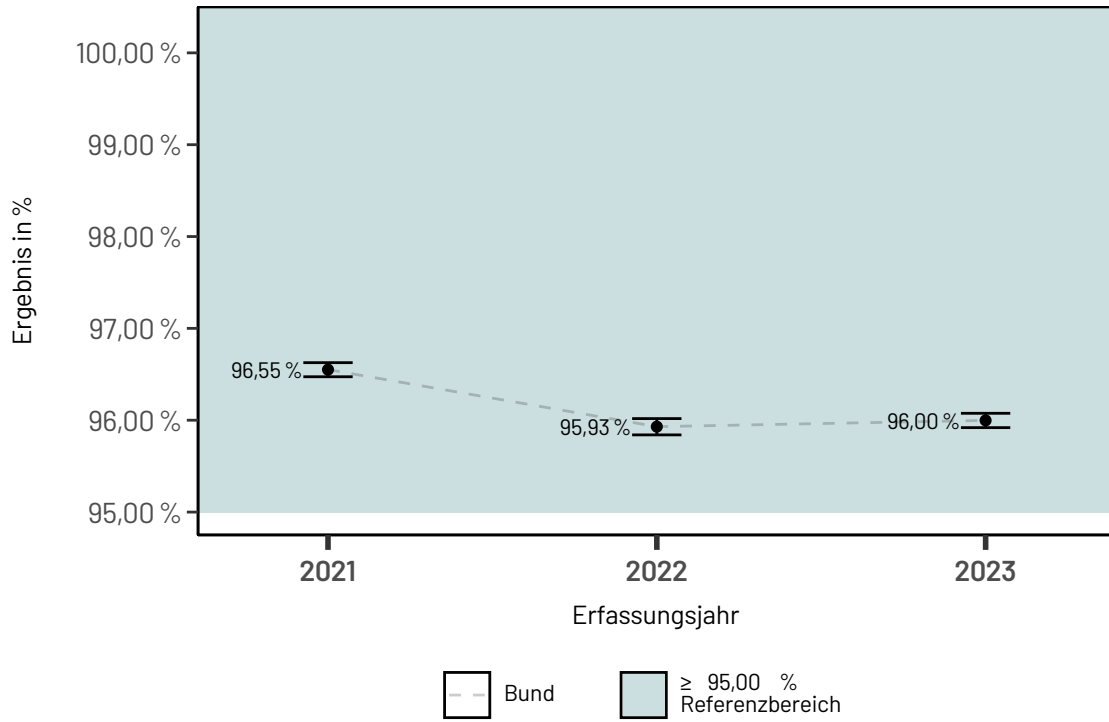
| | |
|------------------|---|
| Qualitätsziel | Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen |
| ID | 2028 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 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 palliativer Therapiezielsetzung |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

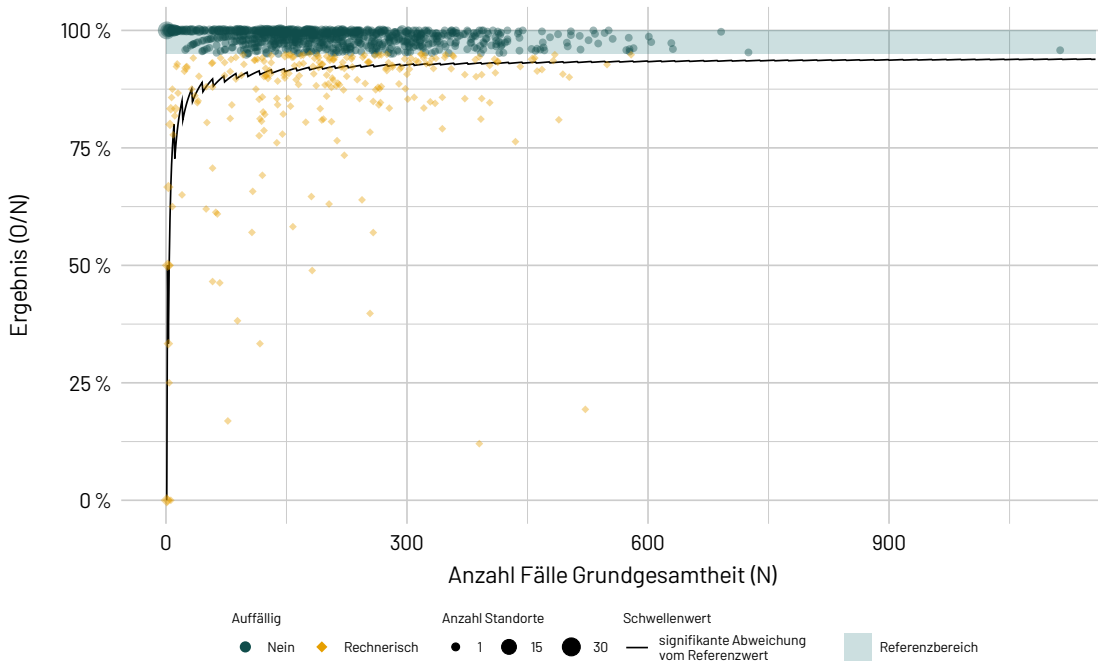
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 208.935 / 216.399 | 96,55 % | 96,47 % - 96,63 % |
| | 2022 | 182.621 / 190.369 | 95,93 % | 95,84 % - 96,02 % |
| | 2023 | 231.557 / 241.210 | 96,00 % | 95,92 % - 96,08 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|-----------------------------|
| 4.1 | Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | |
| 4.1.1 | ID: 2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt | 96,00 % 231.557/241.210 |
| 4.1.2 | ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle) | 95,89 % 193.449/201.739 |
| 4.1.3 | ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht | 100,00 % 241.210/241.210 |
| 4.1.4 | ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht | 100,00 % 241.210/241.210 |
| 4.1.5 | ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung | 96,35 % 232.402/241.210 |
| 4.1.6 | ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen | 99,83 % 240.795/241.210 |
| 4.1.7 | ID: 23_22023 Temperatur gemessen | 99,83 % 240.805/241.210 |
| 4.1.8 | ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen | 99,41 % 239.794/241.210 |
| 4.1.9 | ID: 23_22025 Blutdruck gemessen | 99,83 % 240.795/241.210 |

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

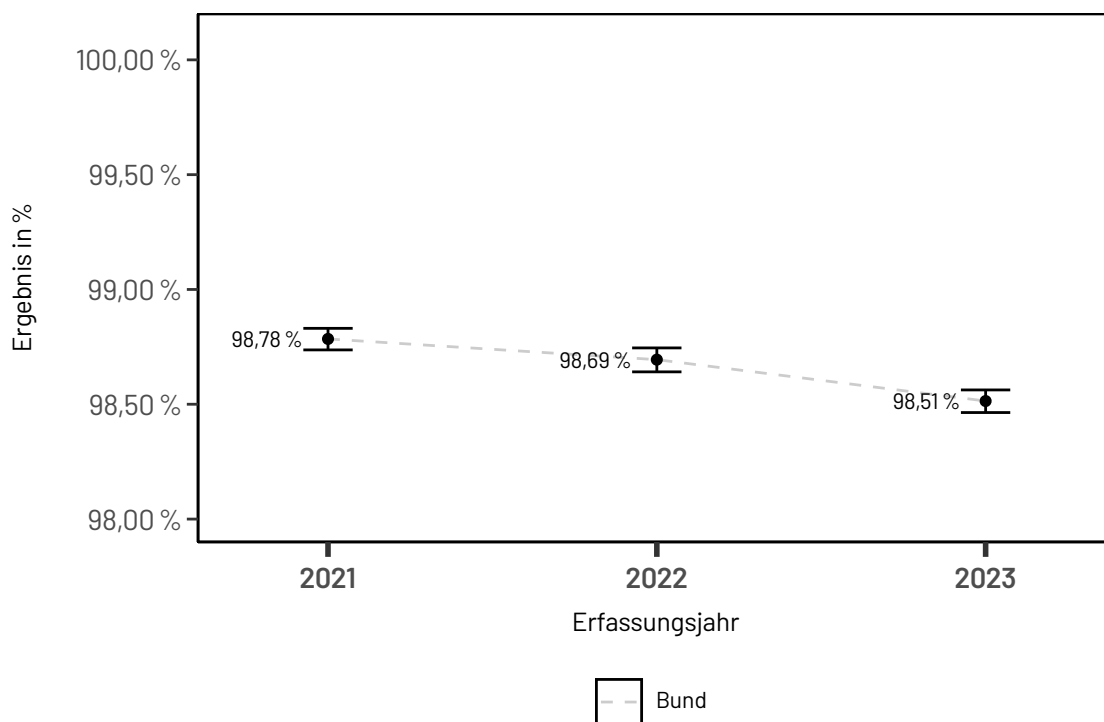
| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen |
| ID | 2036 |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 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 palliativer Therapiezielsetzung |
| Zähler | Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

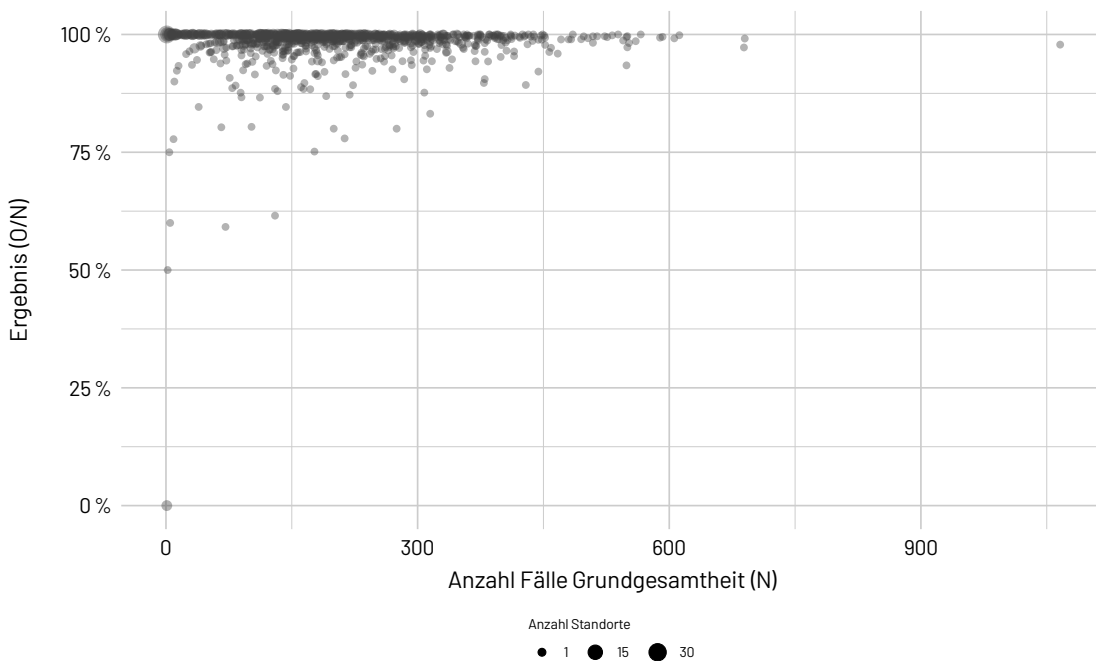
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 206.190 / 208.727 | 98,78 % | 98,74 % - 98,83 % |
| | 2022 | 180.042 / 182.424 | 98,69 % | 98,64 % - 98,75 % |
| | 2023 | 227.855 / 231.292 | 98,51 % | 98,46 % - 98,56 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|----------------------------|
| 5.1 | ID: 2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit Erfüllung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung | 98,51 % 227.855/231.292 |
| 5.1.1 | ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung | 99,19 % 229.421/231.292 |
| 5.1.2 | ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | 96,69 % 223.647/231.292 |
| 5.1.3 | ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute | 98,16 % 227.034/231.292 |
| 5.1.4 | ID: 23_22029 Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute | 98,01 % 226.688/231.292 |
| 5.1.5 | ID: 23_22030 Temperatur $\leq 37,8$ °C | 98,69 % 228.270/231.292 |
| 5.1.6 | ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung ≥ 90 % | 98,13 % 226.971/231.292 |
| 5.1.7 | ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg | 99,05 % 229.091/231.292 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|----------------------------|
| 5.2 | ID: 232006_2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) | 98,49 % 190.291/193.211 |

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |
|---------------|---------------------------------------|

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

| | |
|--------------------------------|--|
| ID | 50778 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung |
| Zähler | Verstorbene Patientinnen und Patienten |
| O (observed) | Beobachtete Anzahl an Todesfällen |
| E (expected) | Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778 |
| Referenzbereich | ≤ 1,69 (95. Perzentil) |
| Methode der Risikoadjustierung | Logistische Regression |
| Verwendete Risikofaktoren | Geschlecht männlich vs. weiblich Alter (linear bis 100) Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung Chronische Bettlägerigkeit Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43) Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100) Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60) |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|-------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------|
| Bund | 2021 | 271.554 | 26.367 / 21.268,56 | 1,24 | 1,23 - 1,25 |
| | 2022 | 230.113 | 20.927 / 20.645,15 | 1,01 | 1,00 - 1,03 |
| | 2023 | 285.505 | 21.461 / 23.913,08 | 0,90 | 0,89 - 0,91 |

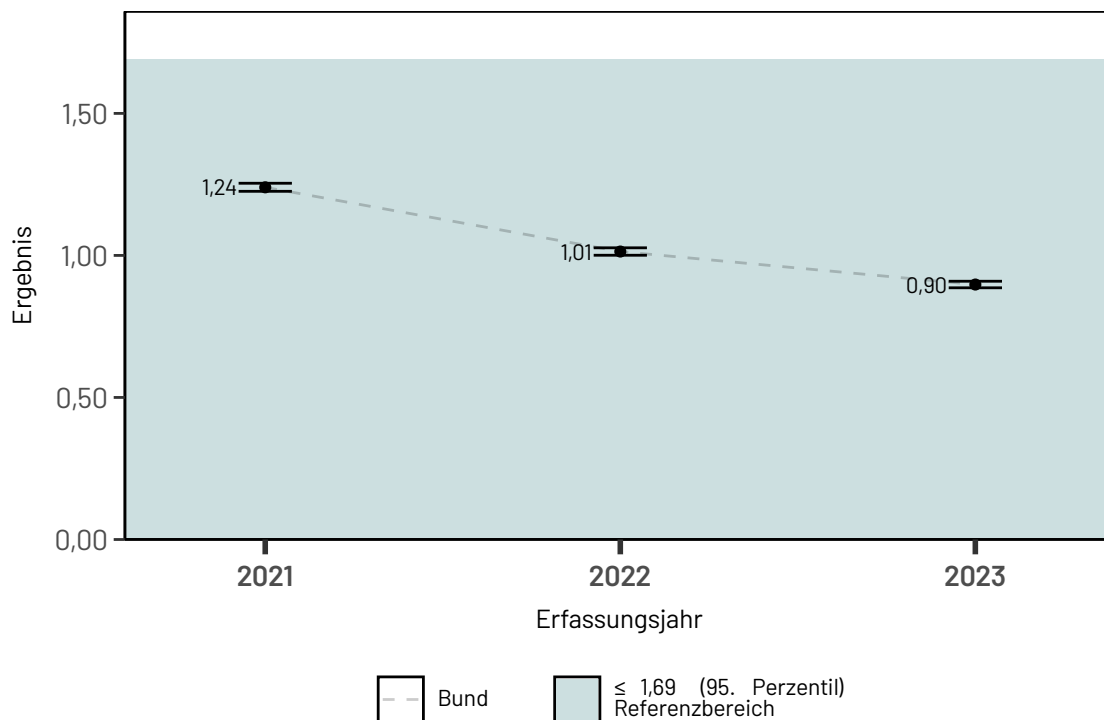
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

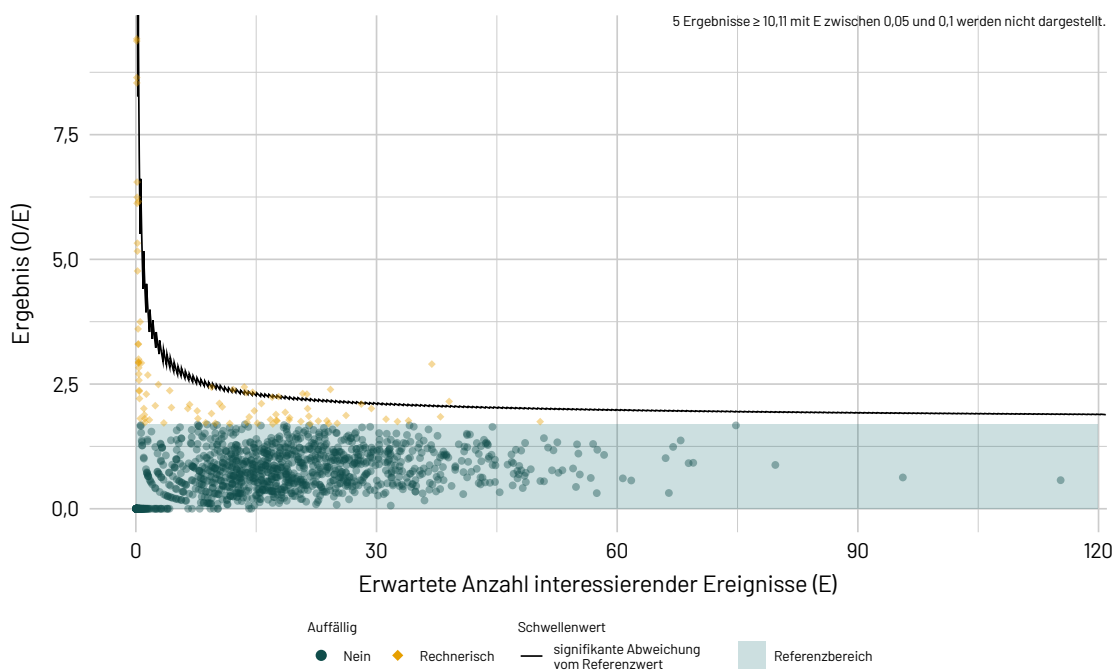
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

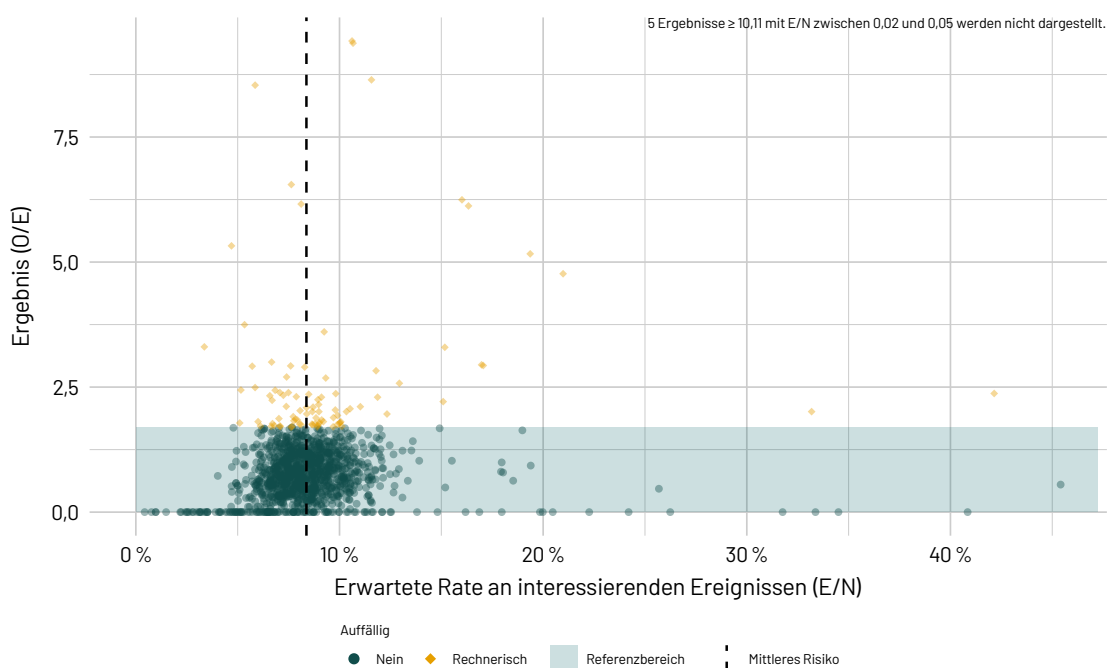
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

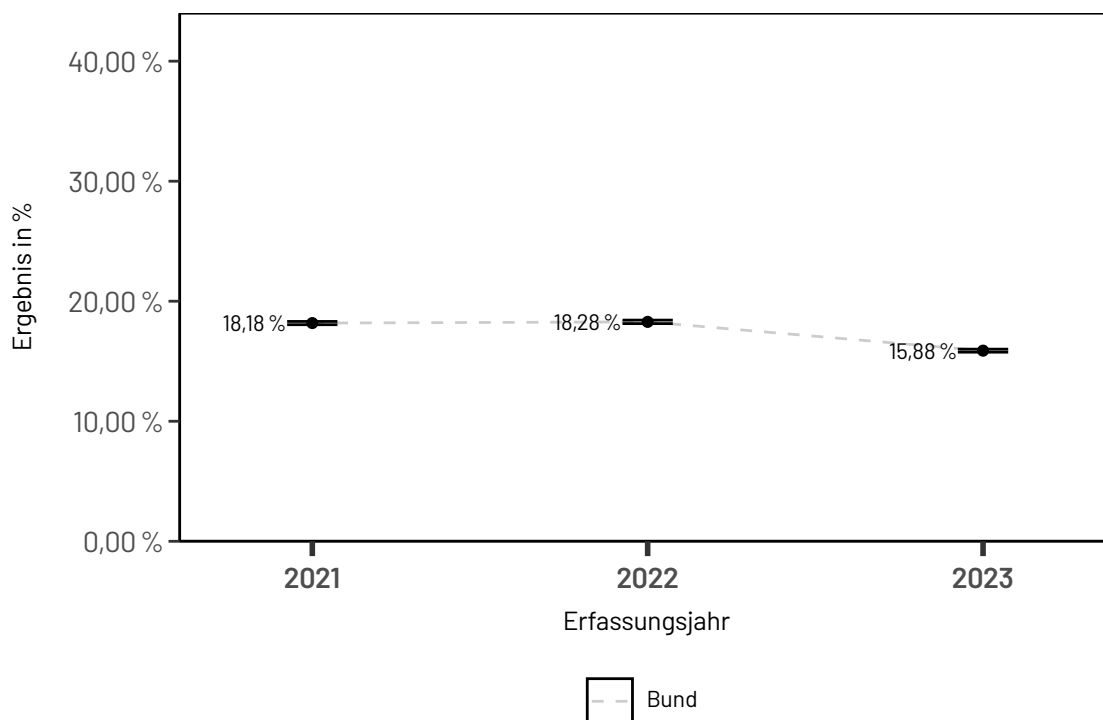
| | |
|------------------|--|
| ID | 231900 |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten |
| Zähler | Verstorbene Patientinnen und Patienten |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

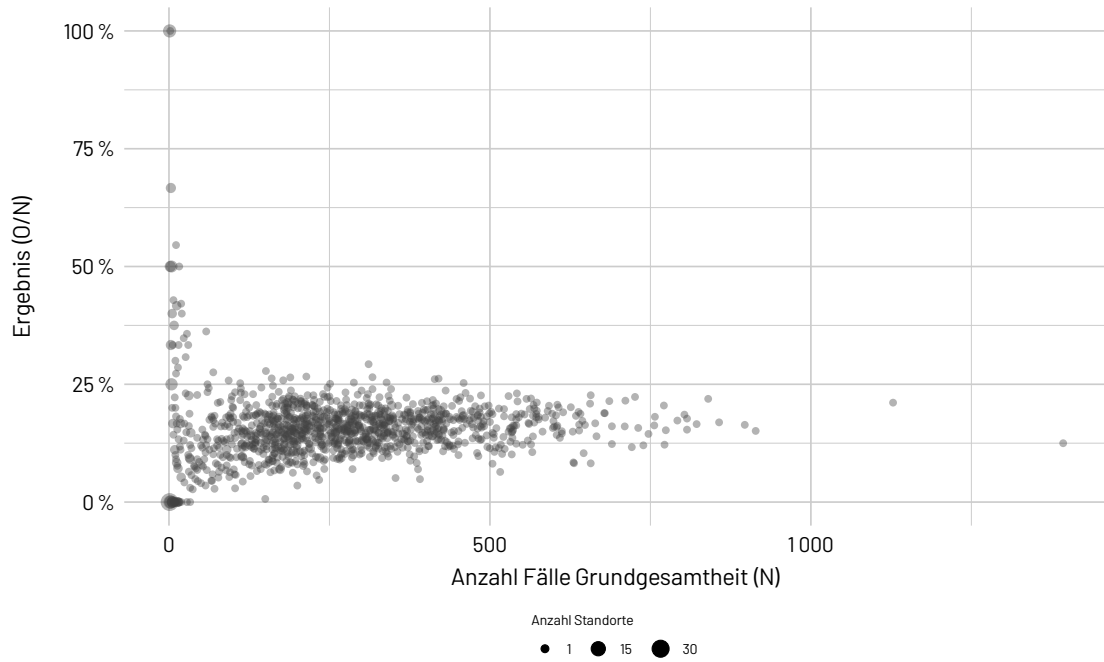
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|-------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 56.971 / 313.385 | 18,18 % | 18,04 % - 18,31 % |
| | 2022 | 49.593 / 271.285 | 18,28 % | 18,14 % - 18,43 % |
| | 2023 | 52.984 / 333.649 | 15,88 % | 15,76 % - 16,00 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|---------|--|-----------------------------|
| 6.1 | ID: 23_22033 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (inkl. COVID-19-Fälle) | 7,52 % 21.461/285.505 |
| 6.1.1 | Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ² | |
| 6.1.1.1 | ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet) | 7,52 % 21.461/285.505 |
| 6.1.1.2 | ID: E_50778 E/N (expected, erwartet) | 8,38 % 23.913,08/285.505 |
| 6.1.1.3 | ID: 50778 O/E | 0,90 |

² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>).

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|---------|---|-----------------------------|
| 6.2 | ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (ohne COVID-19-Fälle) | 7,02 % 16.685/237.725 |
| 6.2.1 | Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³ | |
| 6.2.1.1 | ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet) | 7,02 % 16.685/237.725 |
| 6.2.1.2 | ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet) | 7,69 % 18.269,47/237.725 |
| 6.2.1.3 | ID: 232007_50778 O/E (ohne COVID-19-Fälle) | 0,91 |

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>).

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|-------------------------|
| 6.3 | ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung | 10,00 % 4.776/47.780 |
| 6.3.1 | Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴ | |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|---------|--|----------------------------|
| 6.3.1.1 | ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet) | 10,00 % 4.776/47.780 |
| 6.3.1.2 | ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet) | 11,81 % 5.643,62/47.780 |
| 6.3.1.3 | ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle) | 0,85 |

⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>).

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.4 | ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle) | 3,58 % 1.918/53.569 |
| 6.4.1 | ID: 23_22038 ohne palliative Therapiezielsetzung | 1,78 % 920/51.815 |
| 6.4.2 | ID: 23_22039 mit palliativer Therapiezielsetzung | 56,90 % 998/1.754 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.5 | ID: 23_22040 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 2 (1 bis 2 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle) | 16,28 % 42.313/259.885 |
| 6.5.1 | ID: 23_22041 ohne palliative Therapiezielsetzung | 7,91 % 17.422/220.375 |
| 6.5.2 | ID: 23_22042 mit palliativer Therapiezielsetzung | 63,00 % 24.891/39.510 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.6 | ID: 23_22043 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 3 (3 bis 4 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle) | 43,34 % 8.753/20.195 |
| 6.6.1 | ID: 23_22044 ohne palliative Therapiezielsetzung | 23,42 % 3.119/13.315 |
| 6.6.2 | ID: 23_22045 mit palliativer Therapiezielsetzung | 81,89 % 5.634/6.880 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|---------------------------|
| 6.7 | ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle) | 15,88 % 52.984/333.649 |
| 6.7.1 | ID: 23_22047 18 - 19 Jahre | 1,70 % 14/825 |
| 6.7.2 | ID: 23_22048 20 - 29 Jahre | 1,89 % 83/4.403 |
| 6.7.3 | ID: 23_22049 30 - 39 Jahre | 2,30 % 194/8.417 |
| 6.7.4 | ID: 23_22050 40 - 49 Jahre | 4,14 % 462/11.162 |
| 6.7.5 | ID: 23_22051 50 - 59 Jahre | 7,02 % 1.677/23.876 |
| 6.7.6 | ID: 23_22052 60 - 69 Jahre | 10,27 % 5.204/50.684 |
| 6.7.7 | ID: 23_22053 70 - 79 Jahre | 14,62 % 11.269/77.076 |
| 6.7.8 | ID: 23_22054 80 - 89 Jahre | 20,25 % 24.812/122.537 |
| 6.7.9 | ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre | 26,74 % 9.269/34.669 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.8 | ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle) | 100,00 % 52.984/52.984 |
| 6.8.1 | ID: 23_22057 18 - 19 Jahre | 0,03 % 14/52.984 |
| 6.8.2 | ID: 23_22058 20 - 29 Jahre | 0,16 % 83/52.984 |
| 6.8.3 | ID: 23_22059 30 - 39 Jahre | 0,37 % 194/52.984 |
| 6.8.4 | ID: 23_22060 40 - 49 Jahre | 0,87 % 462/52.984 |
| 6.8.5 | ID: 23_22061 50 - 59 Jahre | 3,17 % 1.677/52.984 |
| 6.8.6 | ID: 23_22062 60 - 69 Jahre | 9,82 % 5.204/52.984 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|-------------------------------|---------------------------|
| 6.8.7 | ID: 23_22063 70 - 79 Jahre | 21,27 % 11.269/52.984 |
| 6.8.8 | ID: 23_22064 80 - 89 Jahre | 46,83 % 24.812/52.984 |
| 6.8.9 | ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre | 17,49 % 9.269/52.984 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.9 | ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle) | 7,52 % 21.461/285.505 |
| 6.9.1 | ID: 23_22067 18 - 19 Jahre | 0,62 % 5/809 |
| 6.9.2 | ID: 23_22068 20 - 29 Jahre | 0,90 % 39/4.325 |
| 6.9.3 | ID: 23_22069 30 - 39 Jahre | 1,30 % 108/8.279 |
| 6.9.4 | ID: 23_22070 40 - 49 Jahre | 2,26 % 245/10.825 |
| 6.9.5 | ID: 23_22071 50 - 59 Jahre | 3,54 % 795/22.477 |
| 6.9.6 | ID: 23_22072 60 - 69 Jahre | 5,02 % 2.326/46.375 |
| 6.9.7 | ID: 23_22073 70 - 79 Jahre | 7,15 % 4.835/67.605 |
| 6.9.8 | ID: 23_22074 80 - 89 Jahre | 9,76 % 9.715/99.588 |
| 6.9.9 | ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre | 13,45 % 3.393/25.222 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|---------------------------|
| 6.10 | ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle) | 100,00 % 21.461/21.461 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|-------------------------------|---------------------------|
| 6.10.1 | ID: 23_22077 18 - 19 Jahre | 0,02 % 5/21.461 |
| 6.10.2 | ID: 23_22078 20 - 29 Jahre | 0,18 % 39/21.461 |
| 6.10.3 | ID: 23_22079 30 - 39 Jahre | 0,50 % 108/21.461 |
| 6.10.4 | ID: 23_22080 40 - 49 Jahre | 1,14 % 245/21.461 |
| 6.10.5 | ID: 23_22081 50 - 59 Jahre | 3,70 % 795/21.461 |
| 6.10.6 | ID: 23_22082 60 - 69 Jahre | 10,84 % 2.326/21.461 |
| 6.10.7 | ID: 23_22083 70 - 79 Jahre | 22,53 % 4.835/21.461 |
| 6.10.8 | ID: 23_22084 80 - 89 Jahre | 45,27 % 9.715/21.461 |
| 6.10.9 | ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre | 15,81 % 3.393/21.461 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.11 | ID: 231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) | 15,88 % 52.984/333.649 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 6.12 | ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) | 15,03 % 41.574/276.550 |

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

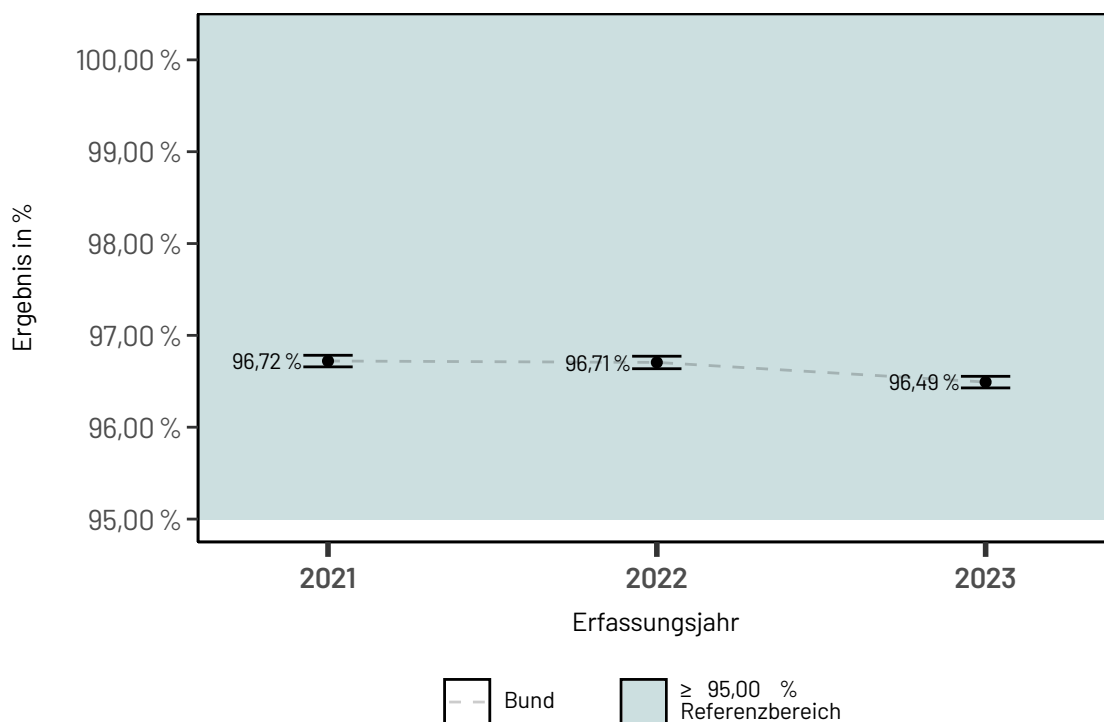
| | |
|------------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen |
| ID | 50722 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

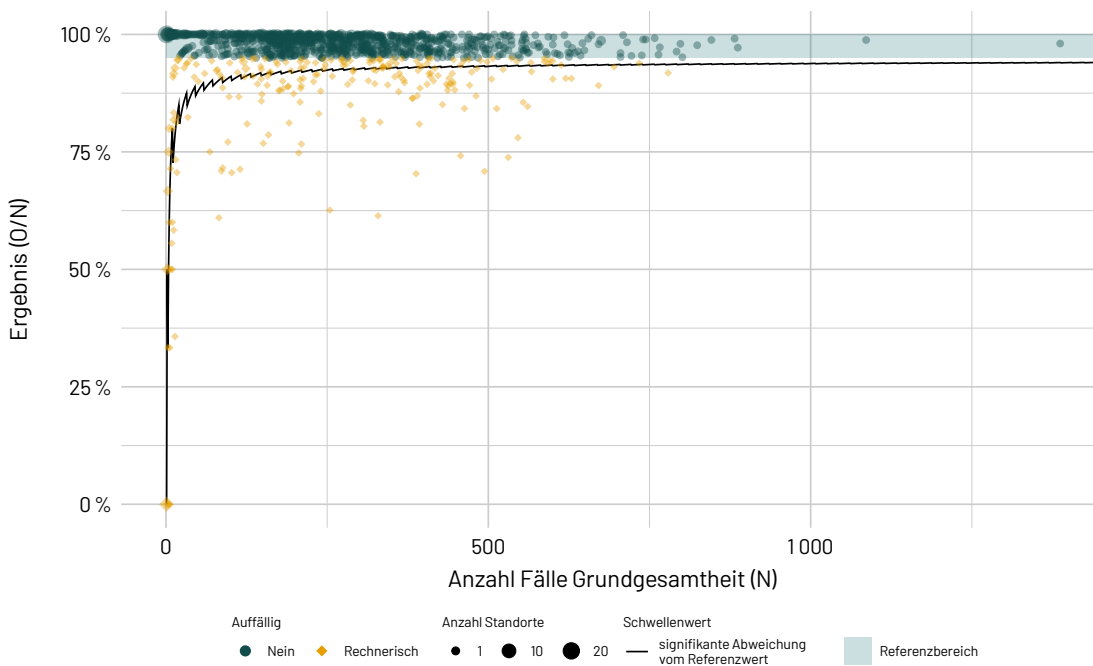
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 295.836 / 305.866 | 96,72 % | 96,66 % - 96,78 % |
| | 2022 | 256.324 / 265.056 | 96,71 % | 96,64 % - 96,77 % |
| | 2023 | 315.019 / 326.472 | 96,49 % | 96,43 % - 96,55 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|----------------------------|
| 7.1 | ID: 50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme | 96,49 % 315.019/326.472 |

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|----------------------------|
| 7.2 | ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) | 96,41 % 260.729/270.426 |

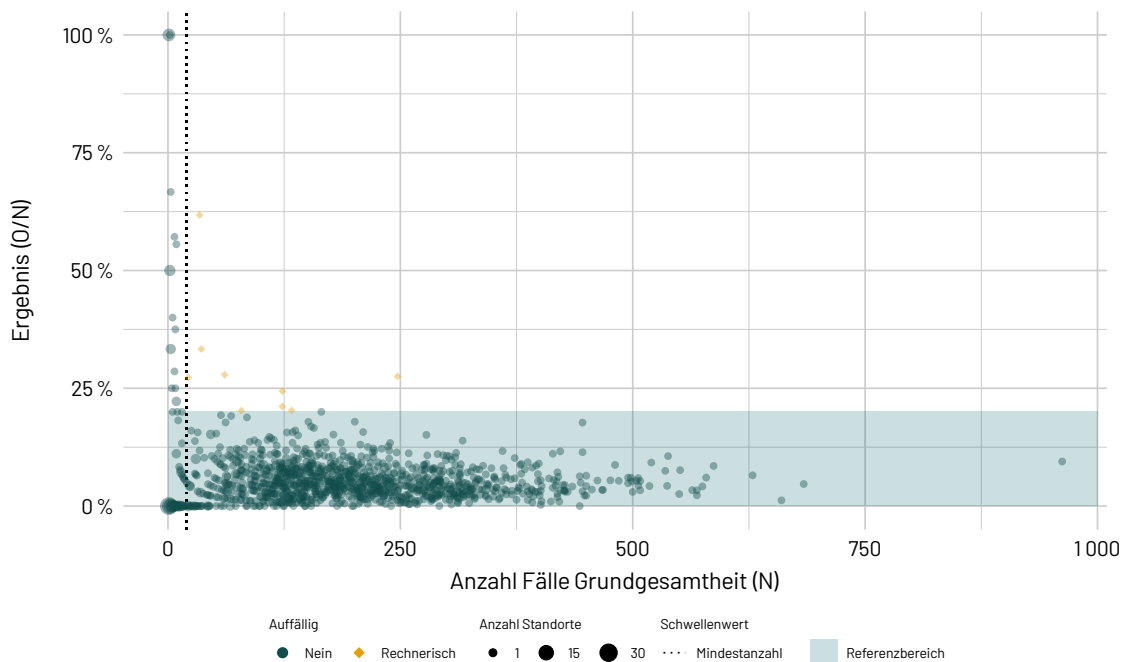
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

| | |
|---|---|
| ID | 811822 |
| Art des Wertes | Datenvalidierung |
| Begründung für die Auswahl | Relevanz Die Angabe chronischer Bettlägerigkeit ist u. a. für den QI 2013 zur Frühmobilisation relevant. Ein Ausschluss von Fällen aus diesem QI sollte nur in berechtigten Konstellationen vorkommen. Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation |
| Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Grundgesamtheit | Alle Fälle ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht |
| Zähler | Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ |
| Referenzbereich | ≤ 20,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



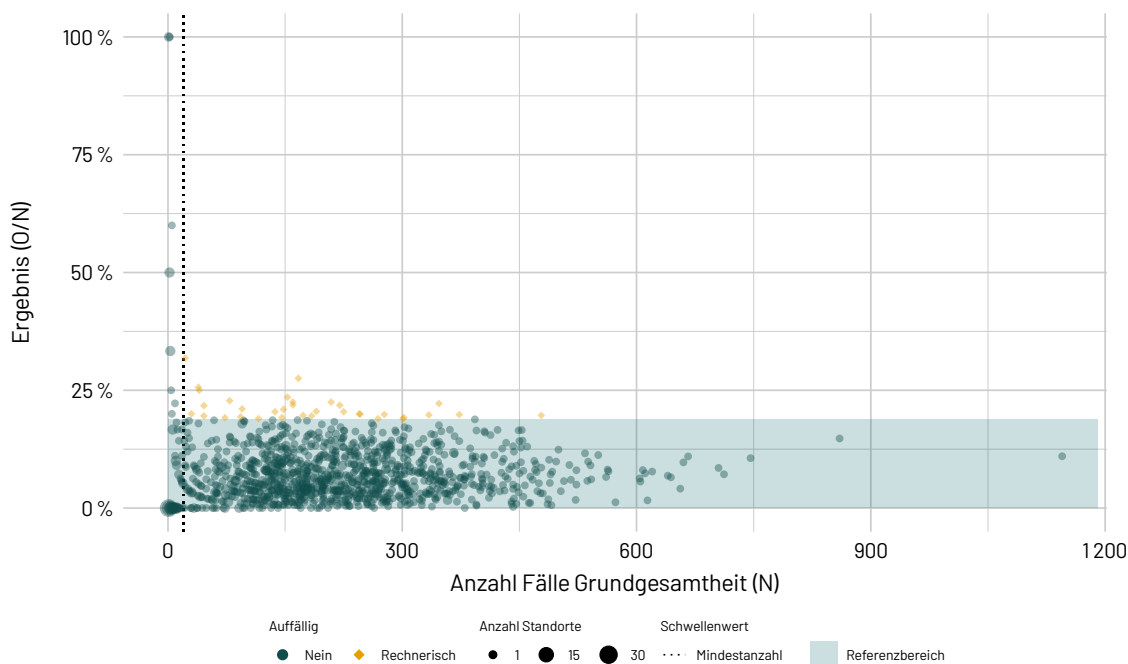
Detailergebnisse

| Dimension / Erfassungsjahr 2023 | Ergebnis O/N | Ergebnis | rechnerisch auffällig |
|---------------------------------|------------------|----------|-----------------------|
| Bund | 12.210 / 234.355 | 5,21 % | 0,69 % 9 / 1.311 |

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

| | |
|--|---|
| ID | 811826 |
| Art des Wertes | Datenvalidierung |
| Begründung für die Auswahl | Relevanz Die Atemfrequenz ist u. a. für die Risikoadjustierung des QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus relevant. Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird als unplausibel betrachtet. Hypothese Fehldokumentation |
| Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) 232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) |
| Grundgesamtheit | Alle Fälle mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme unter Ausschluss von Fällen mit COVID-19 |
| Zähler | Fälle mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute |
| Referenzbereich | $\leq 18,88\%$ (97. Perzentil) |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



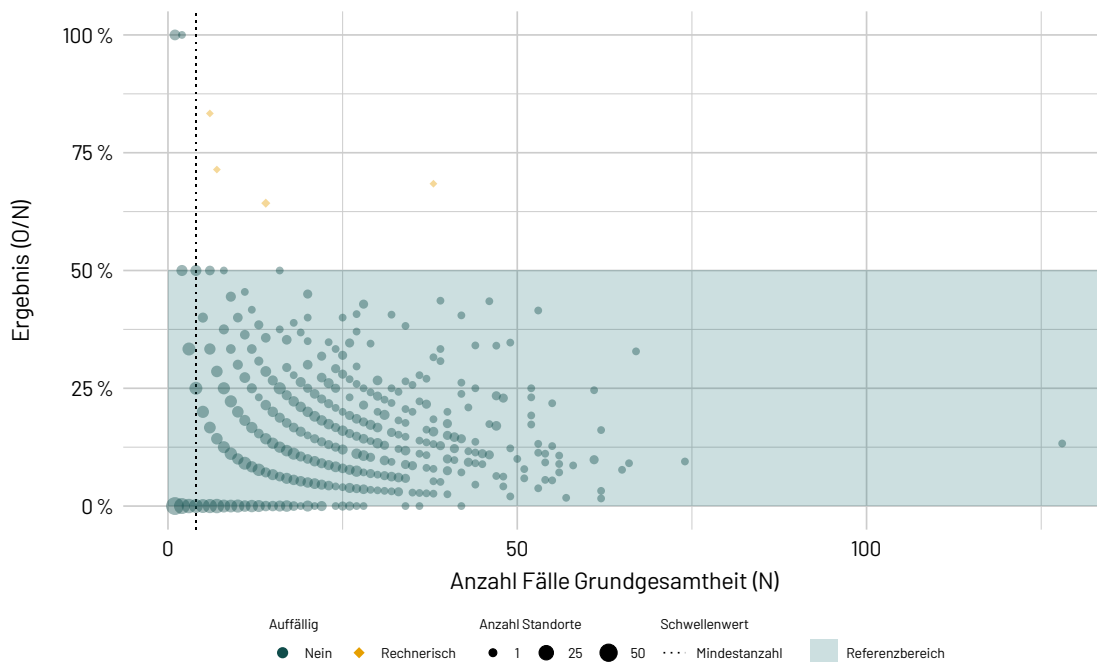
Detailergebnisse

| Dimension / Erfassungsjahr 2023 | Ergebnis O/N | Ergebnis | rechnerisch auffällig |
|---------------------------------|------------------|----------|-----------------------|
| Bund | 19.414 / 260.729 | 7,45 % | 2,63 % 34 / 1.293 |

851900: Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

| | |
|--|--|
| ID | 851900 |
| Art des Wertes | Datenvalidierung |
| Begründung für die Auswahl | Relevanz Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben. Hypothese Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen. |
| Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Grundgesamtheit | Alle Fälle mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war |
| Zähler | Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum |
| Referenzbereich | ≤ 50,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | 4 |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

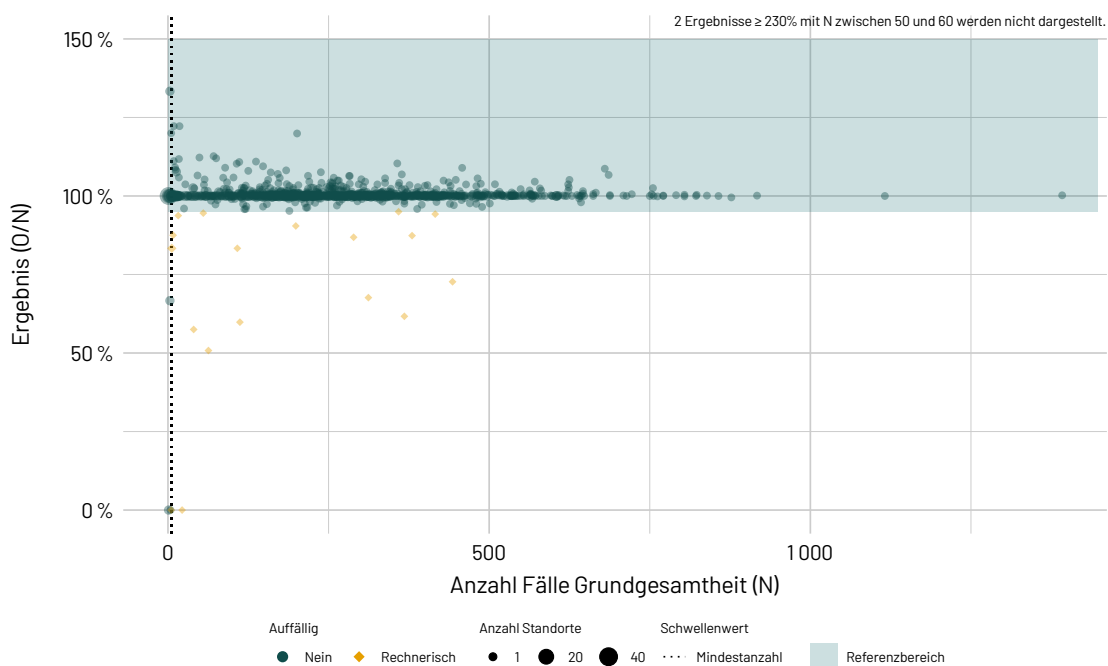
| Dimension / Erfassungsjahr 2023 | Ergebnis O/N | Ergebnis | rechnerisch auffällig |
|---------------------------------|----------------|----------|-----------------------|
| Bund | 2.803 / 19.561 | 14,33 % | 0,43 % 5 / 1.155 |

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

| | |
|--|--|
| ID | 850101 |
| Art des Wertes | Datenvalidierung |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Grundgesamtheit | Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) |
| Zähler | Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten, Sollstatistik |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



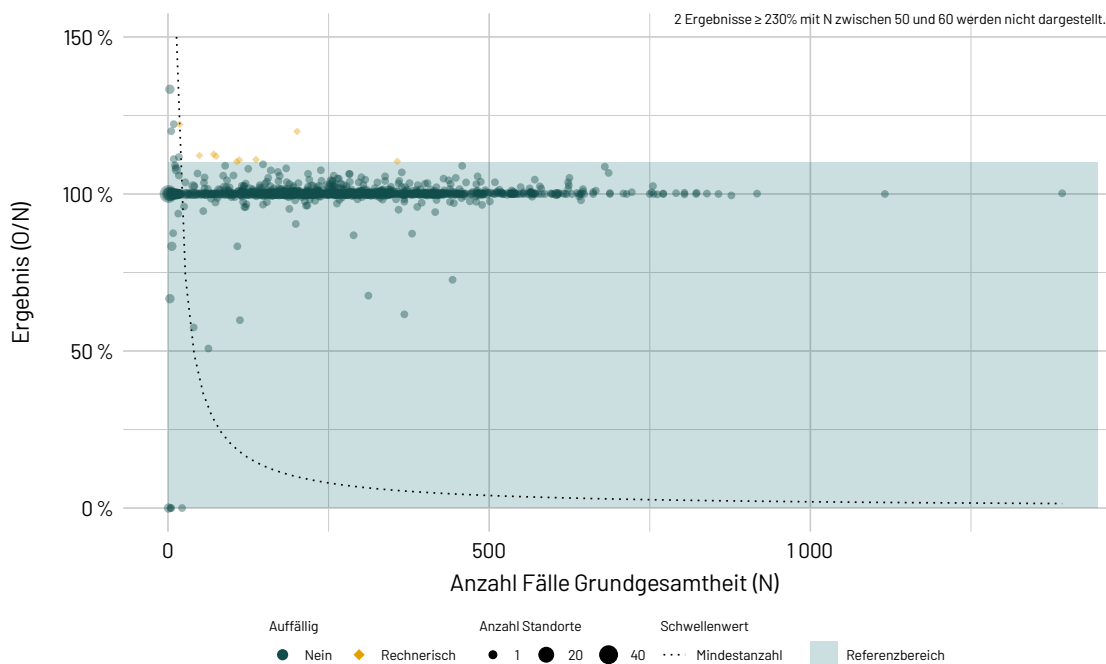
Detailergebnisse

| Dimension / Erfassungsjahr 2023 | Ergebnis O/N | Ergebnis | rechnerisch auffällig |
|---------------------------------|-------------------|----------|-----------------------|
| Bund | 334.062 / 330.404 | 101,11 % | 1,45 % 19 / 1.314 |

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

| | |
|--|--|
| ID | 850102 |
| Art des Wertes | Datenvalidierung |
| Begründung für die Auswahl | Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen. |
| Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Grundgesamtheit | Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) |
| Zähler | Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze |
| Referenzbereich | $\leq 110,00 \%$ |
| Mindestanzahl Nenner | |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Datenquellen | QS-Daten, Sollstatistik |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



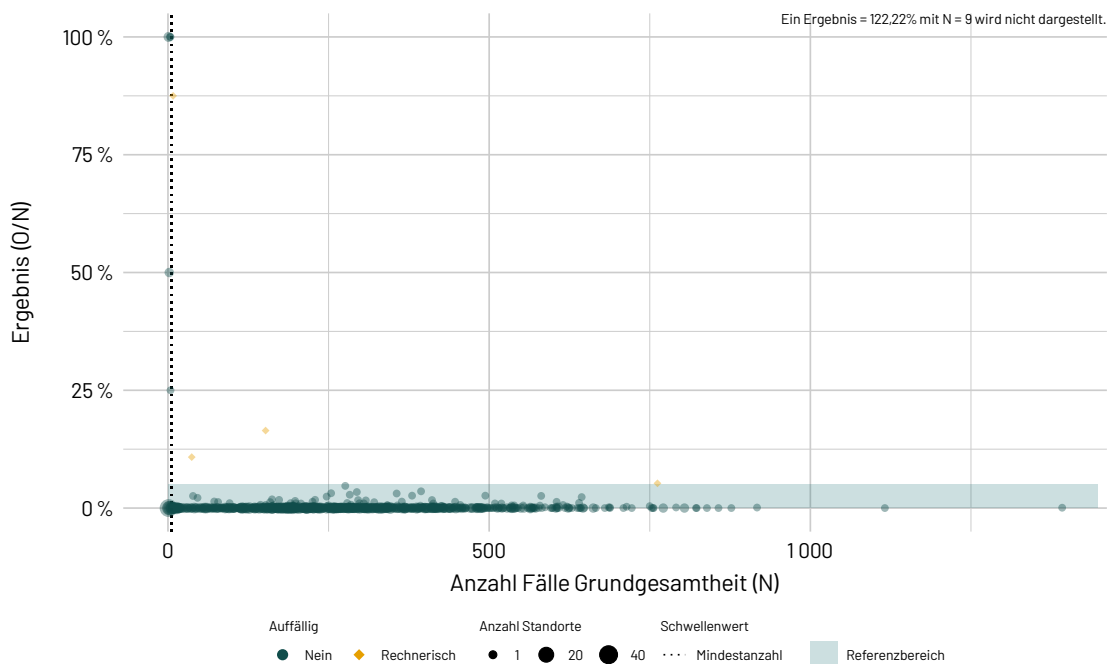
Detailergebnisse

| Dimension / Erfassungsjahr 2023 | Ergebnis O/N | Ergebnis | rechnerisch auffällig |
|---------------------------------|-------------------|----------|-----------------------|
| Bund | 334.062 / 330.404 | 101,11 % | 0,84 % 11 / 1.314 |

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

| | |
|--|--|
| ID | 850229 |
| Art des Wertes | Datenvalidierung |
| Begründung für die Auswahl | Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen. |
| Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Grundgesamtheit | Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) |
| Zähler | Anzahl Minimaldatensätze |
| Referenzbereich | ≤ 5,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten, Sollstatistik |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

| Dimension / Erfassungsjahr 2023 | Ergebnis 0/N | Ergebnis | rechnerisch auffällig |
|---------------------------------|---------------|----------|-----------------------|
| Bund | 413 / 330.404 | 0,12 % | 0,38 % 5 / 1.314 |

Basisauswertung

Basisdokumentation

| | Bund (gesamt) | |
|------------------------|---------------|--------|
| | n | % |
| Aufnahmequartal | | |
| 1. Quartal | 95.039 | 28,48 |
| 2. Quartal | 74.304 | 22,27 |
| 3. Quartal | 62.692 | 18,79 |
| 4. Quartal | 101.614 | 30,46 |
| Gesamt | 333.649 | 100,00 |

Patient

| | Bund (gesamt) | |
|-------------------------|--------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Altersverteilung | | |
| < 20 Jahre | 825 | 0,25 |
| 20 - 29 Jahre | 4.403 | 1,32 |
| 30 - 39 Jahre | 8.417 | 2,52 |
| 40 - 49 Jahre | 11.162 | 3,35 |
| 50 - 59 Jahre | 23.876 | 7,16 |
| 60 - 69 Jahre | 50.684 | 15,19 |
| 70 - 79 Jahre | 77.076 | 23,10 |
| 80 - 89 Jahre | 122.537 | 36,73 |
| ≥ 90 Jahre | 34.669 | 10,39 |

| Bund (gesamt) | |
|--|---------|
| Altersverteilung (Jahre) | |
| Anzahl Patienten mit Angabe von Werten | 333.649 |
| Minimum | 18,00 |
| 5. Perzentil | 42,00 |
| 25. Perzentil | 67,00 |
| Mittelwert | 74,47 |
| Median | 79,00 |
| 75. Perzentil | 85,00 |
| 95. Perzentil | 92,00 |
| Maximum | 110,00 |

| Bund (gesamt) | | |
|-----------------------|--------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Geschlecht | | |
| (1) männlich | 192.611 | 57,73 |
| (2) weiblich | 141.019 | 42,27 |
| (3) divers | 10 | 0,00 |
| (8) unbestimmt | 9 | 0,00 |

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

| | männlich | weiblich | divers | unbestimmt | Gesamt |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|
| Alle Patienten | | | | | |
| Bund (gesamt) | | | | | |
| < 30 Jahre | 3.076 0,92 % | 2.151 0,64 % | ≤3 x % | 0 0,00 % | 5.228 1,57 % |
| 30 - 39 Jahre | 4.636 1,39 % | 3.781 1,13 % | 0 0,00 % | 0 0,00 % | 8.417 2,52 % |
| 40 - 49 Jahre | 6.756 2,02 % | 4.403 1,32 % | ≤3 x % | 0 0,00 % | 11.162 3,35 % |
| 50 - 59 Jahre | 14.525 4,35 % | 9.351 2,80 % | 0 0,00 % | 0 0,00 % | 23.876 7,16 % |
| 60 - 69 Jahre | 31.137 9,33 % | 19.543 5,86 % | ≤3 x % | ≤3 x % | 50.684 15,19 % |
| 70 - 79 Jahre | 48.114 14,42 % | 28.957 8,68 % | ≤3 x % | ≤3 x % | 77.076 23,10 % |
| 80 - 89 Jahre | 68.930 20,66 % | 53.602 16,07 % | ≤3 x % | 4 0,00 % | 122.537 36,73 % |
| ≥ 90 Jahre | 15.437 4,63 % | 19.231 5,76 % | 0 0,00 % | ≤3 x % | 34.669 10,39 % |
| Gesamt | 192.611 57,73 % | 141.019 42,27 % | 10 0,00 % | 9 0,00 % | 333.649 100,00 % |

Aufnahme

| | Bund (gesamt) | |
|---|--------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Aufnahmeanlass | | |
| Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | 67.160 | 20,13 |
| Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung | 15.758 | 4,72 |

| | Bund (gesamt) | |
|-----------------------------------|--------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Chronische Bettlägerigkeit | | |
| (0) nein | 281.759 | 84,45 |
| (1) ja | 51.890 | 15,55 |

| | Bund (gesamt) | |
|---|----------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme | | |
| (1) ja | 7.177 | 2,15 |
| (0) nein | 326.472 | 97,85 |
| davon Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme | | |
| (0) nein | 224.747 | 68,84 |
| (1) ja, pneumoniebedingt | 26.055 | 7,98 |
| (2) ja, nicht pneumoniebedingt | 65.890 | 20,18 |
| (9) nicht beurteilbar | 9.780 | 3,00 |
| davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60) | | |
| 1 - 10 / min. | 438 | 0,13 |
| 10 - 19 / min. | 179.283 | 54,92 |
| 20 - 29 / min. | 111.659 | 34,20 |
| 30 - 60 / min. | 23.574 | 7,22 |
| nicht bestimmt | 11.453 | 3,51 |
| davon Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme | | |
| systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg | 12.281 | 3,76 |
| systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg | 129.618 | 39,70 |
| systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg | 29.756 | 9,11 |
| systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg | 2.500 | 0,77 |
| nicht bestimmt | 0 | 0,00 |

CRB-65-Score

| | Bund (gesamt) | |
|--|--------------------|-------|
| | n | % |
| Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden | N = 326.472 | |
| CRB-65-Score ohne beatmete Patienten | | |
| CRB-65-Index = 0 | 53.569 | 16,41 |
| CRB-65-Index = 1 | 186.345 | 57,08 |
| CRB-65-Index = 2 | 73.540 | 22,53 |
| CRB-65-Index = 3 | 11.886 | 3,64 |
| CRB-65-Index = 4 | 1.132 | 0,35 |

| | Bund (gesamt) | |
|---|-------------------|-------|
| | n | % |
| Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz | N = 11.453 | |
| CRB-65-Risiko bei Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patienten) | | |
| CRB-65-Index = 0 | 2.061 | 18,00 |
| CRB-65-Index = 1 | 6.660 | 58,15 |
| CRB-65-Index = 2 | 2.463 | 21,51 |
| CRB-65-Index = 3 | 269 | 2,35 |
| CRB-65-Index = 4 | 0 | 0,00 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------------|----------|
| | | n | % |
| Alle Patienten | | N = 333.649 | |
| Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | | |
| (0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie | | 2.069 | 0,62 |
| (1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme | | 327.903 | 98,28 |
| (2) 4 bis unter 8 Stunden | | 2.226 | 0,67 |
| (3) 8 Stunden und später | | 1.451 | 0,43 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------------|----------|
| | | n | % |
| Alle Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | N = 331.580 | |
| Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme | | | |
| (0) unter 90% | | 47.364 | 14,28 |
| (1) mindestens 90% | | 218.071 | 65,77 |
| (2) unter 90% mit Sauerstoffgabe | | 15.498 | 4,67 |
| (3) mindestens 90% mit Sauerstoffgabe | | 50.647 | 15,27 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------------|----------|
| | | n | % |
| Alle Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | N = 331.580 | |
| Erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst | | | |
| (0) nein | | 166.079 | 50,09 |
| (1) ja | | 105.042 | 31,68 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|----------------------|----------|
| | | n | % |
| Alle Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | N = 331.580 | |
| Erste Sauerstoffsättigung unter nichtinvasiver Beatmung oder CPAP erfasst | | | |
| (0) nein | | 243.191 | 73,34 |
| (1) ja | | 14.137 | 4,26 |

| | Bund (gesamt) | |
|---|----------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Initiale antibiotische Therapie | | |
| (0) keine antibiotische Therapie | 13.136 | 3,94 |
| (1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme | 269.951 | 80,91 |
| (2) 4 bis unter 8 Stunden | 22.156 | 6,64 |
| (3) 8 Stunden und später | 18.159 | 5,44 |
| (4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie | 10.247 | 3,07 |

Verlauf

| | Bund (gesamt) | |
|--|--------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Beginn der Mobilisation⁵ | | |
| (0) keine Mobilisation | 55.449 | 16,62 |
| (1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme | 255.611 | 76,61 |
| (2) nach 24 Stunden und später | 22.589 | 6,77 |
| Maschinelle Beatmung | | |
| (0) nein | 291.300 | 87,31 |
| (1) ja, ausschließlich nicht-invasiv | 23.281 | 6,98 |
| (2) ja, ausschließlich invasiv | 9.242 | 2,77 |
| (3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv | 9.826 | 2,95 |
| Dokumentierter Therapieverzicht⁶ | | |
| (0) nein | 285.505 | 85,57 |
| (1) ja | 48.144 | 14,43 |
| davon | | |
| Behandlung regulär beendet | 8.826 | 18,33 |
| mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | 6.121 | 12,71 |
| im Krankenhaus verstorben | 31.523 | 65,48 |
| sonstige weitere Entlassungsgründe | 1.674 | 3,48 |

⁵ mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)

⁶ Nähere Informationen: siehe Kapitel „Erläuterungen“

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Alle Stabilitätskriterien: mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung

| | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|
| | n | % |
| Regulär entlassene Patienten | | |
| Regulär entlassene Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14) | 256.441 | 76,86 |
| davon Patienten mit Desorientierung | | |
| (0) nein | 206.094 | 80,37 |
| (1) ja, pneumoniebedingt | 2.304 | 0,90 |
| (2) ja, nicht pneumoniebedingt | 48.043 | 18,73 |
| davon Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme | | |
| (0) nein | 10.082 | 3,93 |
| (1) ja | 246.359 | 96,07 |
| davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz | | |
| (1) maximal 24/min | 241.691 | 94,25 |
| (2) über 24/min | 4.709 | 1,84 |
| (3) nicht bestimmt | 9.730 | 3,79 |
| (4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung | 311 | 0,12 |
| davon Patienten mit Herzfrequenz | | |
| (1) maximal 100/min | 250.565 | 97,71 |
| (2) über 100/min | 5.375 | 2,10 |
| (3) nicht bestimmt | 501 | 0,20 |
| davon Patienten mit Temperatur | | |
| (1) maximal 37,8°C | 252.510 | 98,47 |
| (2) über 37,8°C | 3.443 | 1,34 |
| (3) nicht bestimmt | 488 | 0,19 |
| davon Patienten mit Sauerstoffsättigung | | |
| (1) unter 90% | 5.269 | 2,05 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------------|----------|
| | n | % |
| (2) mindestens 90% | 249.541 | 97,31 |
| (3) nicht bestimmt | 1.631 | 0,64 |
| davon Patienten mit Blutdruck, systolisch | | |
| (1) unter 90 mmHg | 2.636 | 1,03 |
| (2) mindestens 90 mmHg | 253.303 | 98,78 |
| (3) nicht bestimmt | 502 | 0,20 |

Entlassung

| | Bund (gesamt) | |
|-------------------------------|--------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Stationärer Aufenthalt | | |
| <1 Tag | 4.607 | 1,38 |
| 1 - 7 Tage | 169.430 | 50,78 |
| 8 - 14 Tage | 113.201 | 33,93 |
| 15 - 21 Tage | 28.721 | 8,61 |
| > 21 Tage | 17.690 | 5,30 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|--------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Entlassungsdiagnose (ICD 10)⁷ | | |
| (J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie | 6.056 | 1,82 |
| (J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert | 52.164 | 15,63 |
| (J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | 4.526 | 1,36 |
| (J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza | 2.513 | 0,75 |
| (J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert | 75.636 | 22,67 |
| (J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert | 1.631 | 0,49 |
| (J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 169.324 | 50,75 |
| (J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes | 33.357 | 10,00 |
| (J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie | 1.889 | 0,57 |

⁷ Mehrfachnennung möglich

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19⁸ | | |
| (U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen | 53.701 | 16,10 |
| (U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen | 3.475 | 1,04 |

⁸ Mehrfachnennung möglich

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Patienten | N = 333.649 | |
| Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V) | | |
| (01) Behandlung regulär beendet | 207.594 | 62,22 |
| (02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 5.053 | 1,51 |
| (03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 478 | 0,14 |
| (04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 4.831 | 1,45 |
| (05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | 4 | 0,00 |
| (06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 17.356 | 5,20 |
| (07) Tod | 52.984 | 15,88 |
| (08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁹ | 578 | 0,17 |
| (09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 2.492 | 0,75 |
| (10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | 40.512 | 12,14 |
| (11) Entlassung in ein Hospiz | 315 | 0,09 |
| (13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | 292 | 0,09 |
| (14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 20 | 0,01 |
| (15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 96 | 0,03 |
| (17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹⁰ | 671 | 0,20 |
| (22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung | 10 | 0,00 |
| (25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹¹ | 0 | 0,00 |
| (30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege | 266 | 0,08 |
| nicht spezifizierter Entlassungsgrund¹² | | |
| (1) ja | 95 | 0,03 |

⁹ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

¹⁰ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹¹ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

¹² z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Sterblichkeit

| | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|
| | n | % |
| Sterblichkeit bei allen Patienten | | |
| Alle Patienten | 333.649 | 100,00 |
| davon verstorben | 52.984 | 15,88 |
| Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | 67.160 | 20,13 |
| davon verstorben | 18.051 | 26,88 |
| Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung | 15.758 | 4,72 |
| davon verstorben | 3.465 | 21,99 |
| Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden | 317.891 | 95,28 |
| davon verstorben | 49.519 | 15,58 |
| Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme | 7.177 | 2,15 |
| davon verstorben | 2.913 | 40,59 |
| Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme | 1.744 | 0,52 |
| davon verstorben | 632 | 36,24 |
| Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | 42.349 | 12,69 |
| davon verstorben | 16.054 | 37,91 |
| Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | 23.281 | 6,98 |
| davon verstorben | 7.118 | 30,57 |
| Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | 9.242 | 2,77 |
| davon verstorben | 4.643 | 50,24 |
| Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes | 9.826 | 2,95 |
| davon verstorben | 4.293 | 43,69 |

| | Bund (gesamt) | |
|---|----------------------|----------|
| | n | % |
| Sterblichkeit bei Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung | | |
| Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung | 285.505 | 100,00 |
| davon verstorben | 21.461 | 7,52 |
| Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung | 47.167 | 16,52 |
| davon verstorben | 6.182 | 13,11 |
| Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung | 13.009 | 4,56 |
| davon verstorben | 1.400 | 10,76 |
| Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne palliative Therapiezielsetzung | 272.496 | 95,44 |
| davon verstorben | 20.061 | 7,36 |
| Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung | 5.167 | 1,81 |
| davon verstorben | 1.207 | 23,36 |
| Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung | 1.332 | 0,47 |
| davon verstorben | 267 | 20,05 |
| Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung | 31.385 | 10,99 |
| davon verstorben | 6.815 | 21,71 |
| Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung | 17.398 | 6,09 |
| davon verstorben | 2.413 | 13,87 |
| Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung | 6.577 | 2,30 |
| davon verstorben | 2.284 | 34,73 |
| Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung | 7.410 | 2,60 |
| davon verstorben | 2.118 | 28,58 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------------|----------|
| | n | % |
| Sterblichkeit bei Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung | | |
| Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung | 48.144 | 100,00 |
| davon verstorben | 31.523 | 65,48 |

Impressum

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>