

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 Unterdokumentation	≥ 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

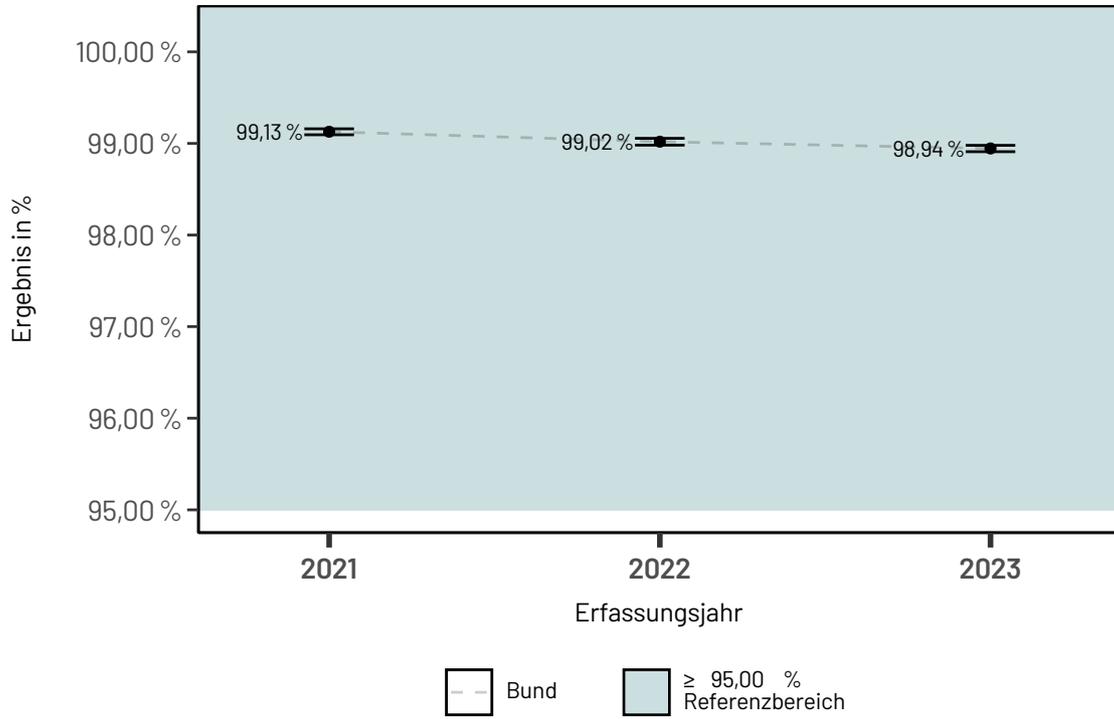
ID	2005
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum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

Detailergebnisse

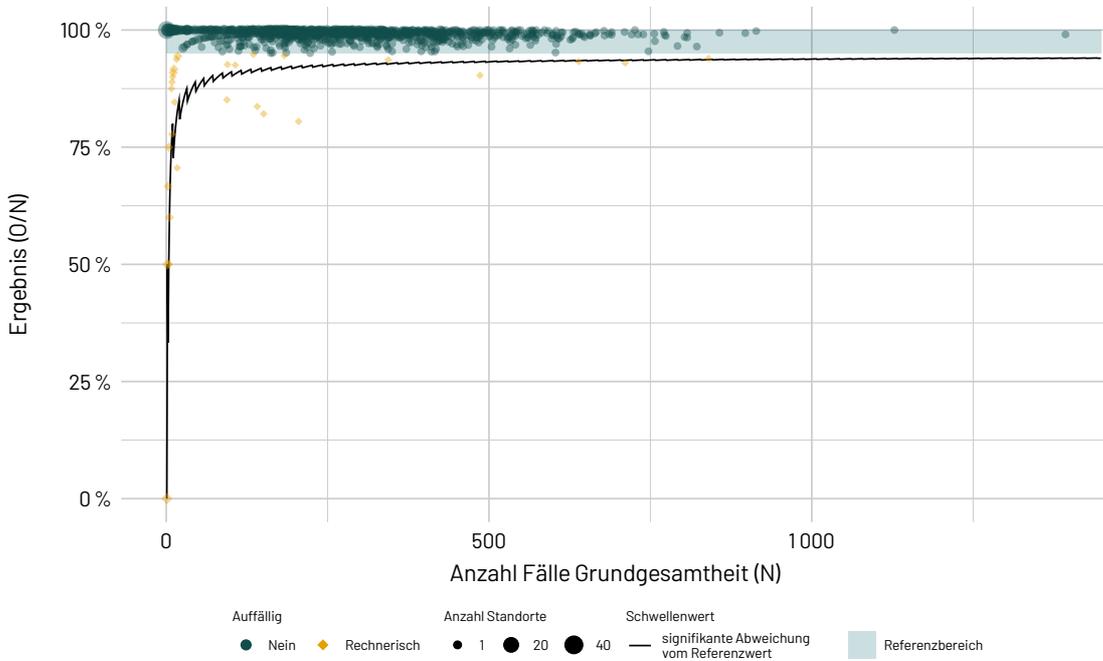
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	310.651 / 313.385	99,13 %	99,09 % - 99,16 %
	2022	268.624 / 271.285	99,02 %	98,98 % - 99,06 %
	2023	330.129 / 333.649	98,94 %	98,91 % - 98,98 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



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

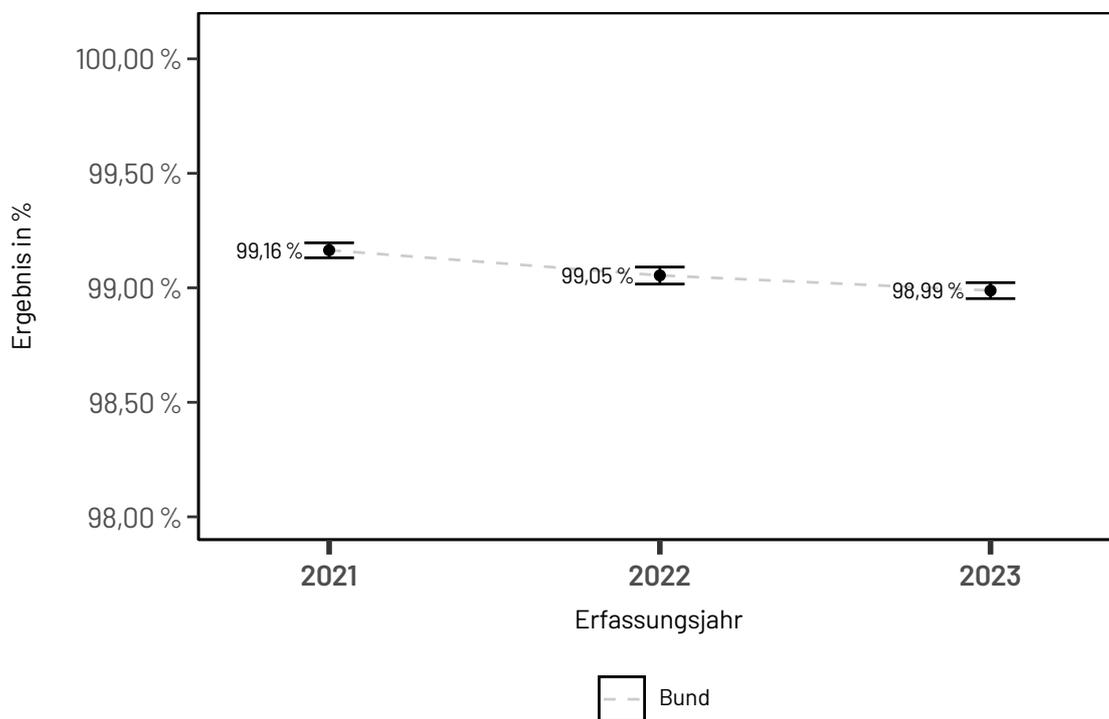
ID	2006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt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

Detailergebnisse

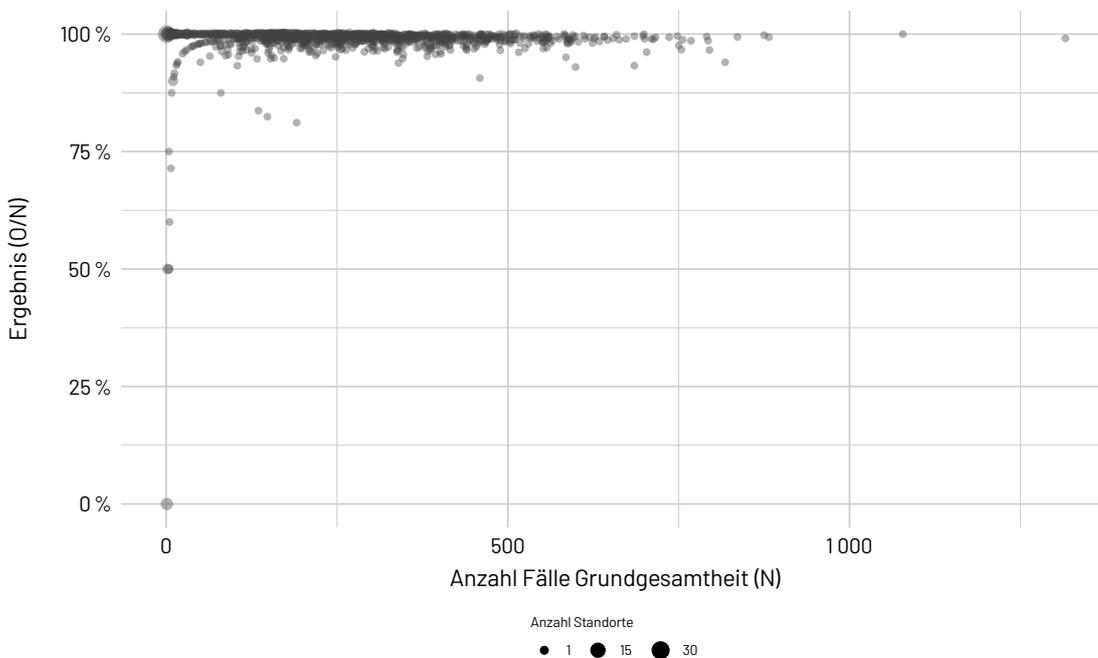
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	294.903 / 297.388	99,16 %	99,13 % - 99,20 %
	2022	257.959 / 260.422	99,05 %	99,02 % - 99,09 %
	2023	314.675 / 317.891	98,99 %	98,95 % - 99,02 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



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

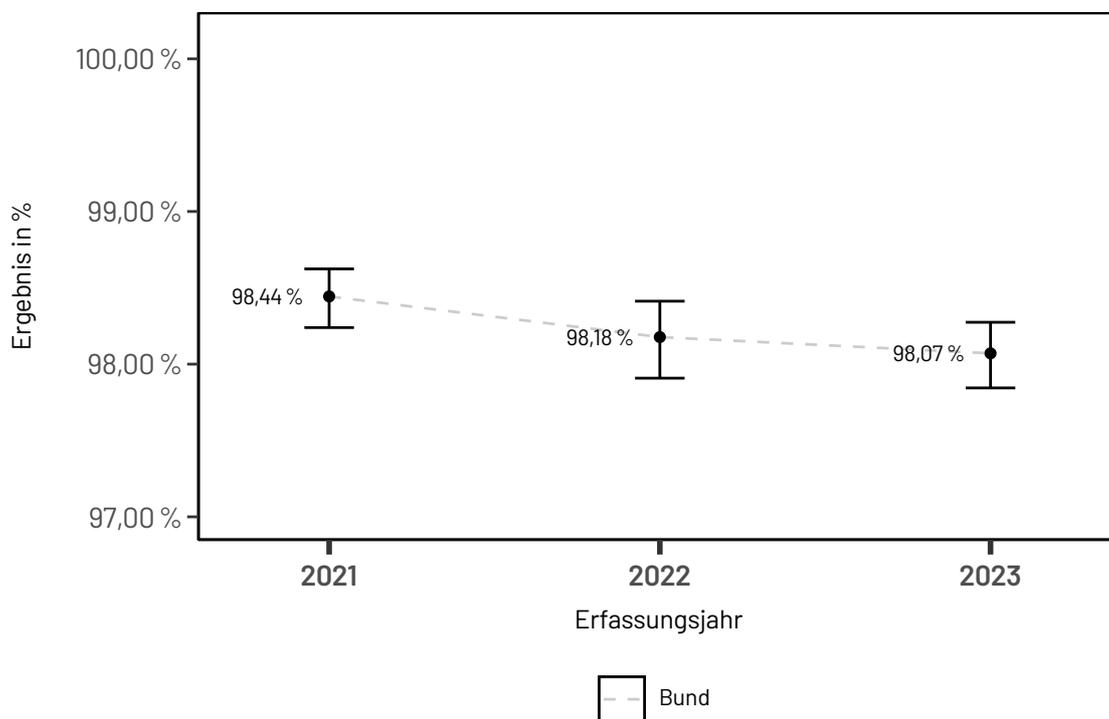
ID	2007
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde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

Detailergebnisse

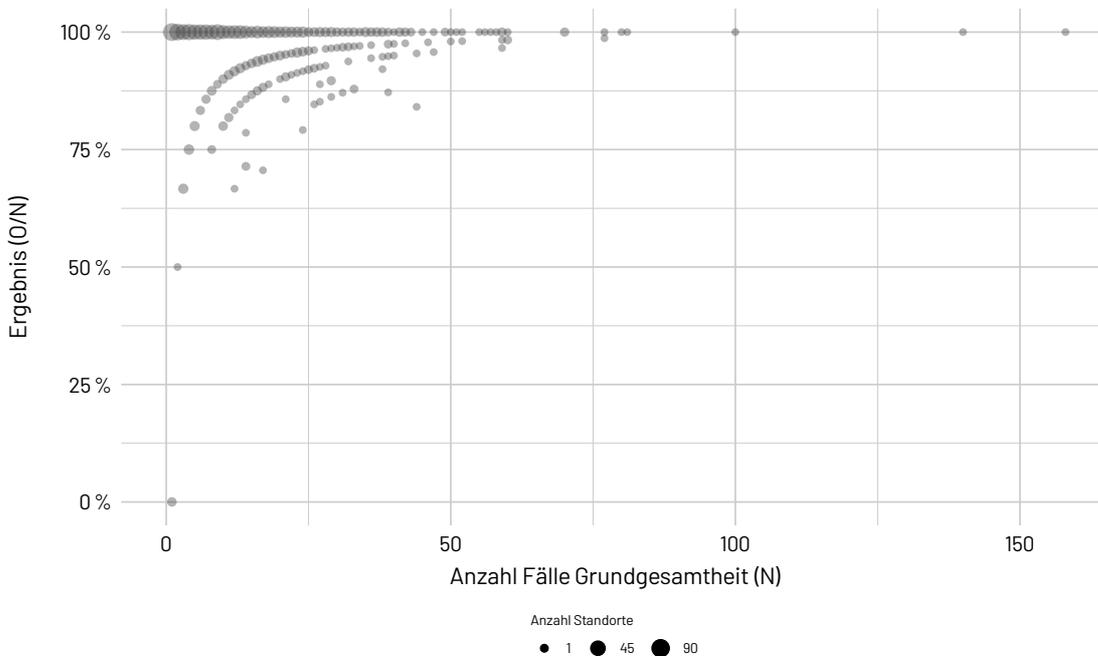
Dimension		Ergebnis 0/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	15.748 / 15.997	98,44 %	98,24 % - 98,62 %
	2022	10.665 / 10.863	98,18 %	97,91 % - 98,41 %
	2023	15.454 / 15.758	98,07 %	97,84 % - 98,27 %

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

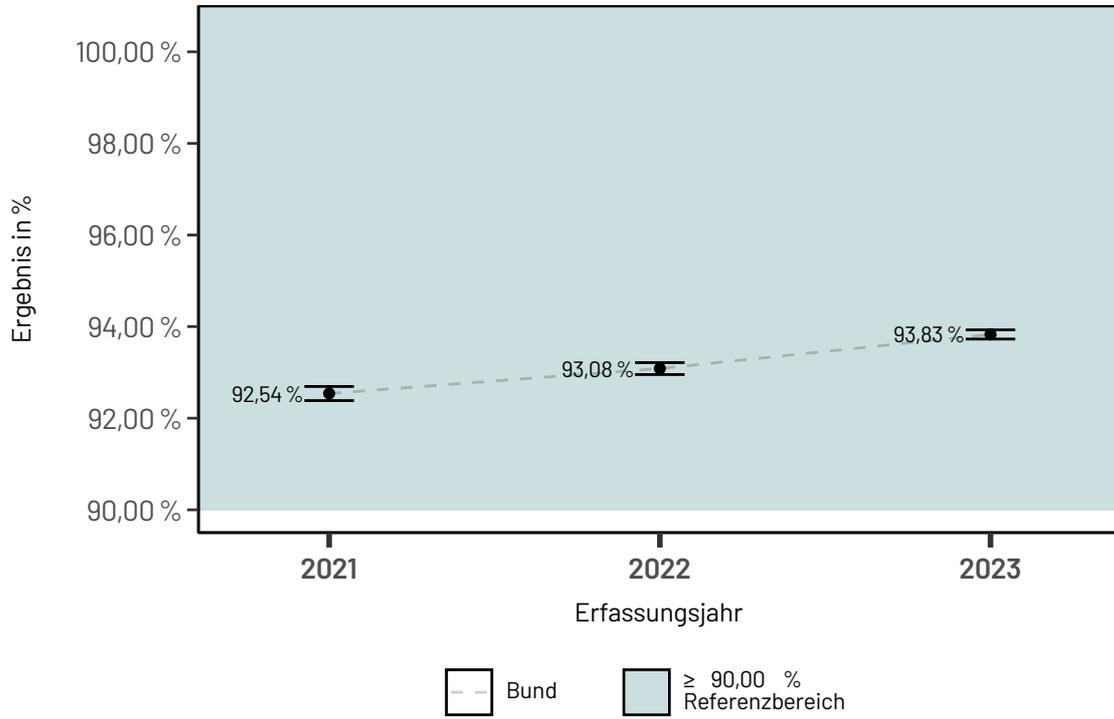
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
ID	2009
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter 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

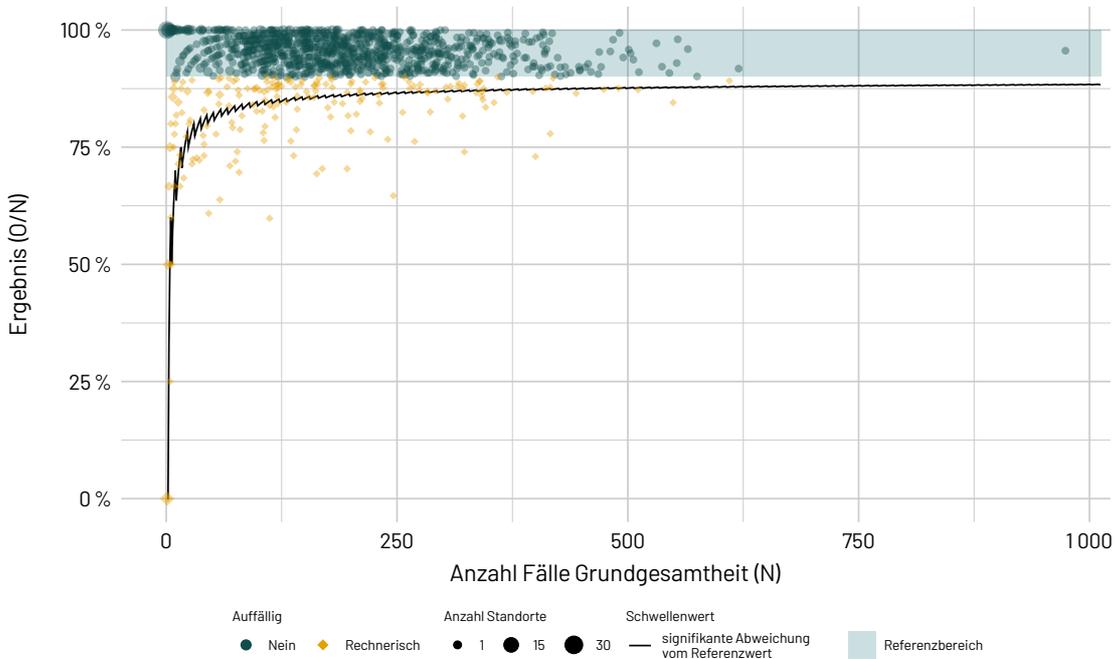
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	103.707 / 112.067	92,54 %	92,38 % - 92,69 %
	2022	135.629 / 145.705	93,08 %	92,95 % - 93,21 %
	2023	207.243 / 220.872	93,83 %	93,73 % - 93,93 %

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

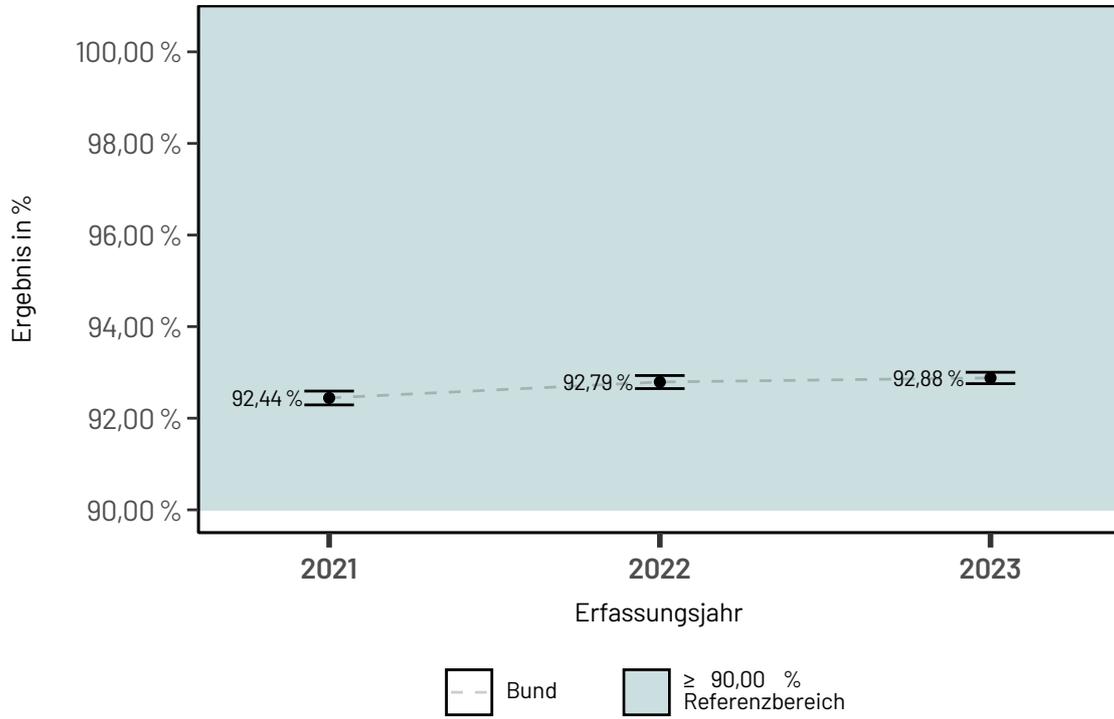
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
ID	2013
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch 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

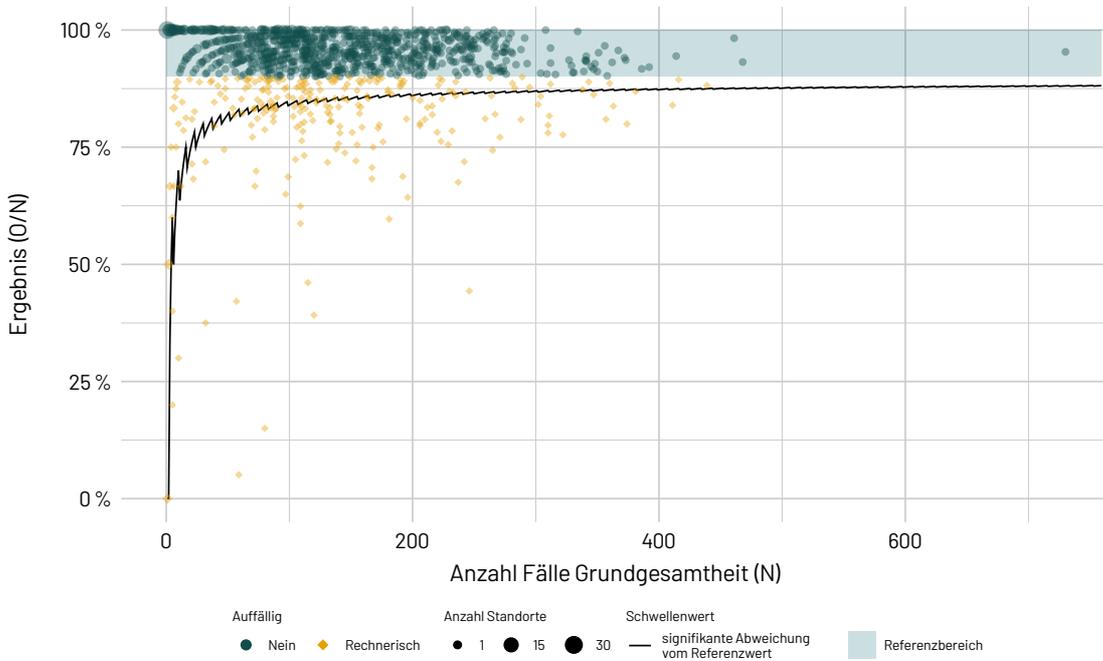
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	108.645 / 117.527	92,44 %	92,29 % - 92,59 %
	2022	117.888 / 127.047	92,79 %	92,65 % - 92,93 %
	2023	151.953 / 163.602	92,88 %	92,75 % - 93,00 %

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

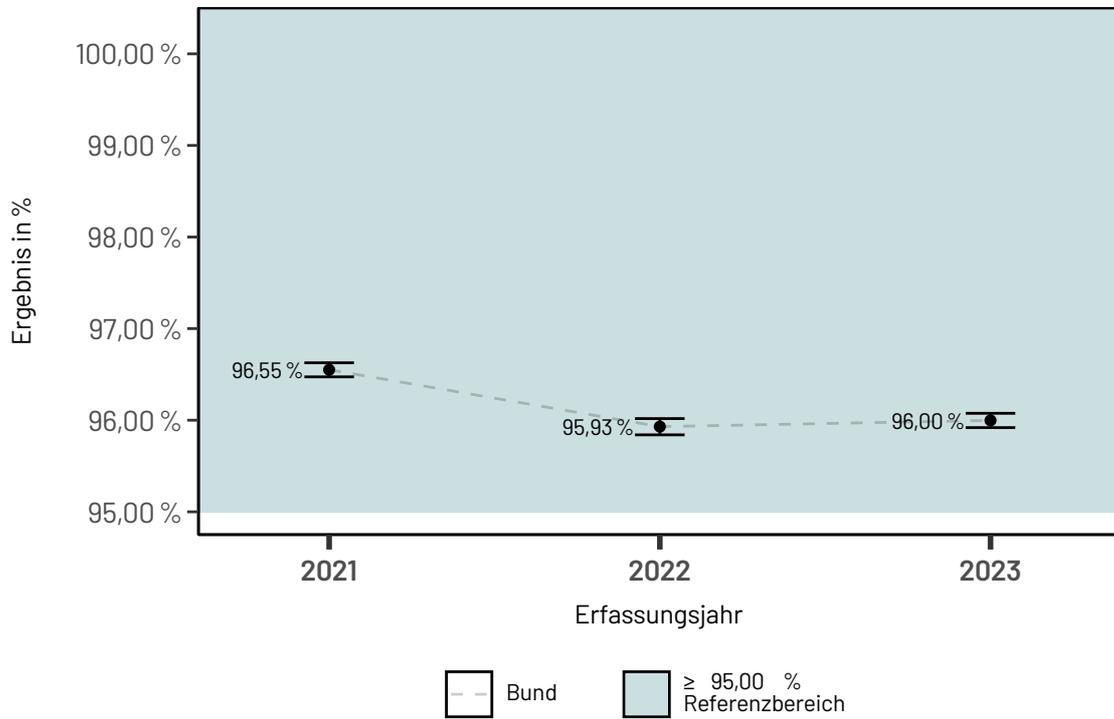
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
ID	2028
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre 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

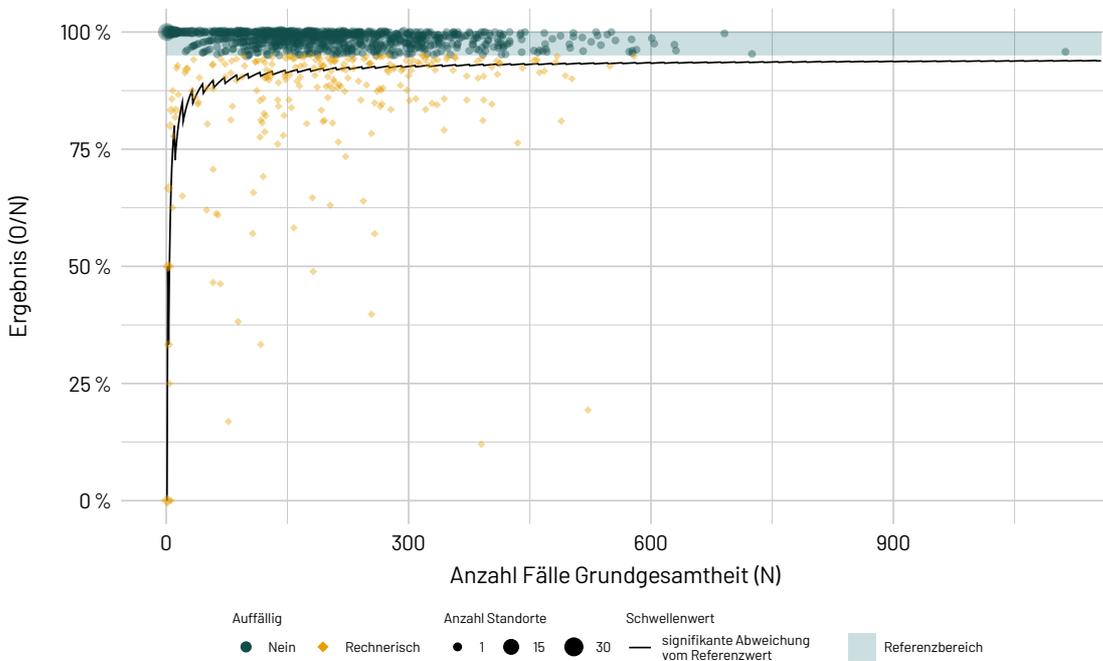
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	208.935 / 216.399	96,55 %	96,47 % - 96,63 %
	2022	182.621 / 190.369	95,93 %	95,84 % - 96,02 %
	2023	231.557 / 241.210	96,00 %	95,92 % - 96,08 %

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

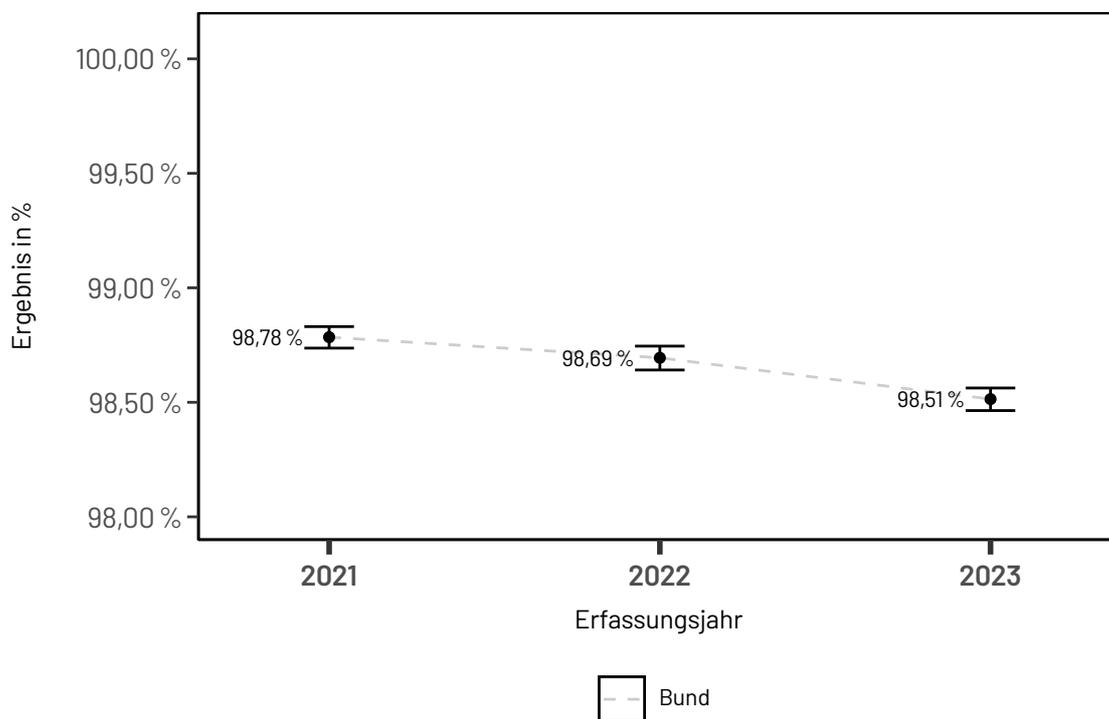
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
ID	2036
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär 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

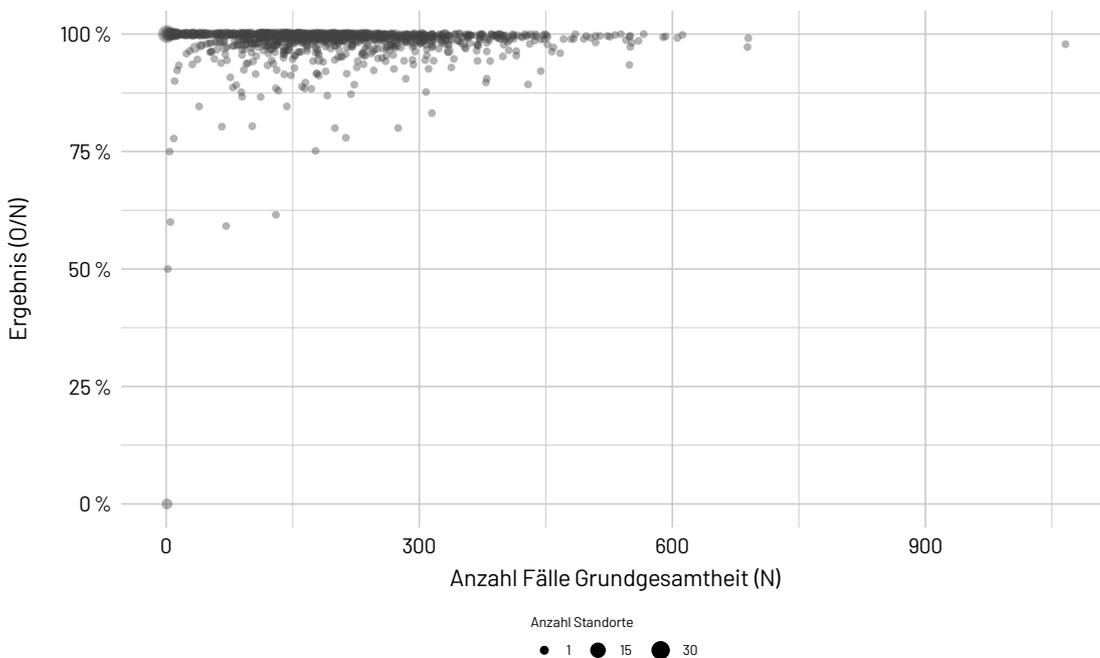
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	206.190 / 208.727	98,78 %	98,74 % - 98,83 %
	2022	180.042 / 182.424	98,69 %	98,64 % - 98,75 %
	2023	227.855 / 231.292	98,51 %	98,46 % - 98,56 %

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 ≤ 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

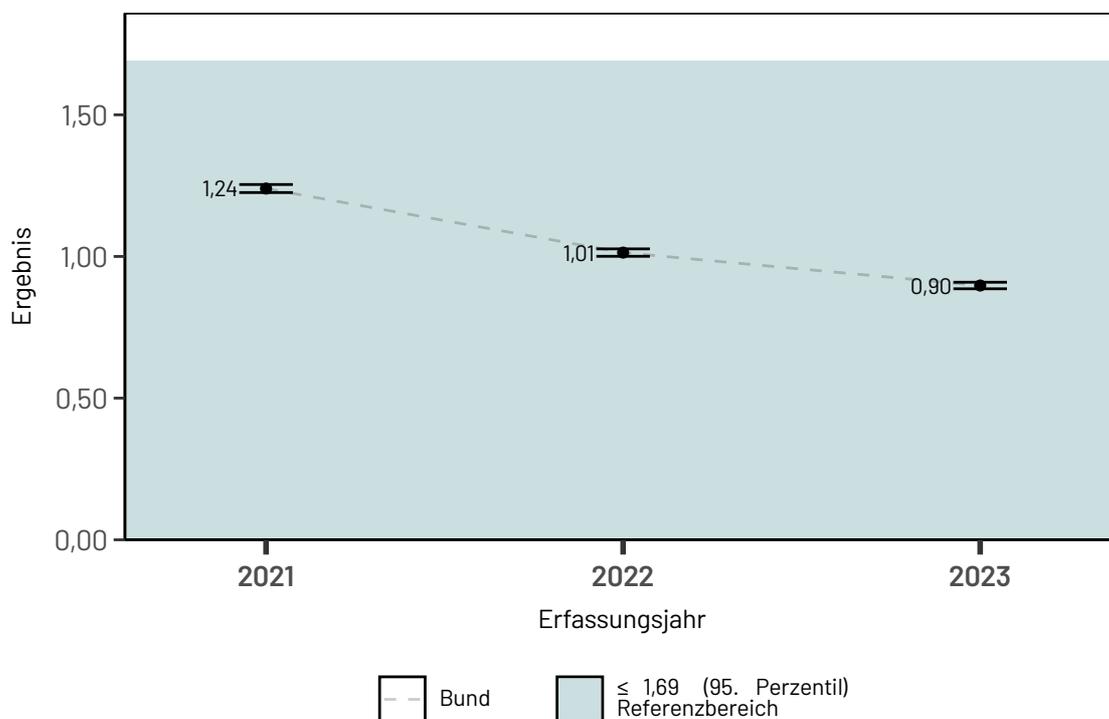
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

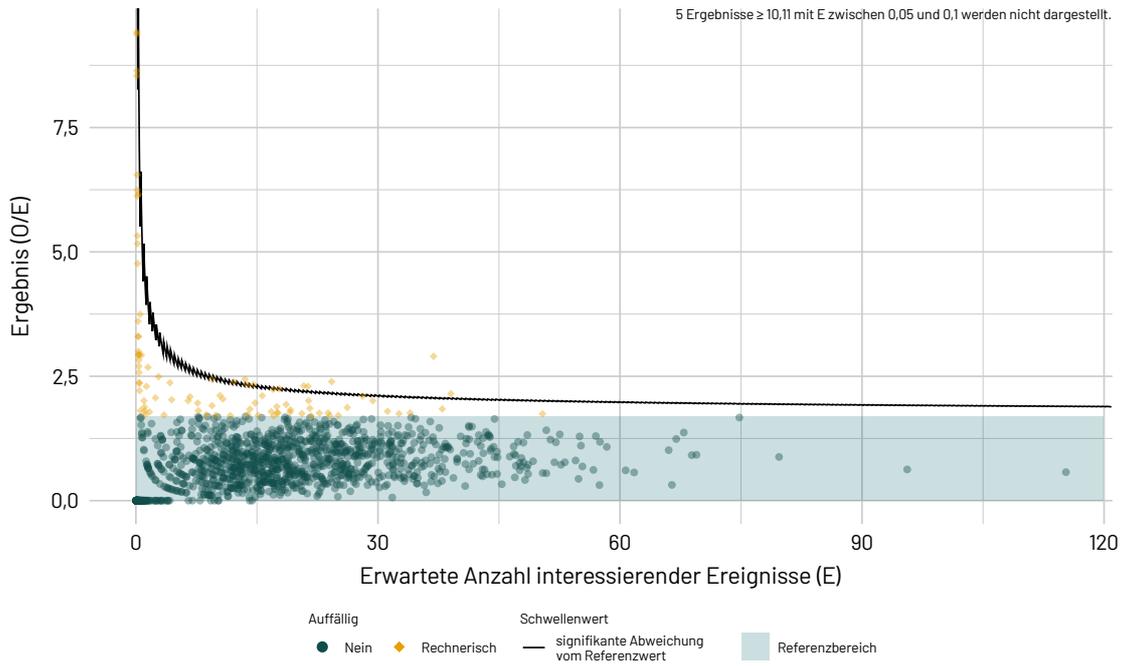
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

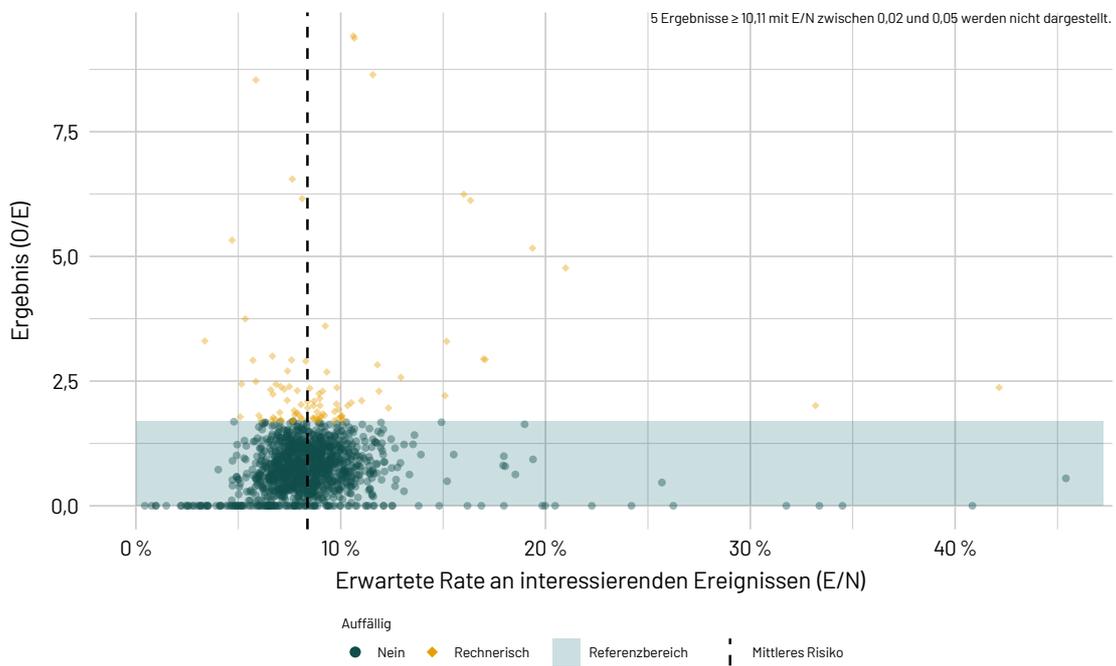
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

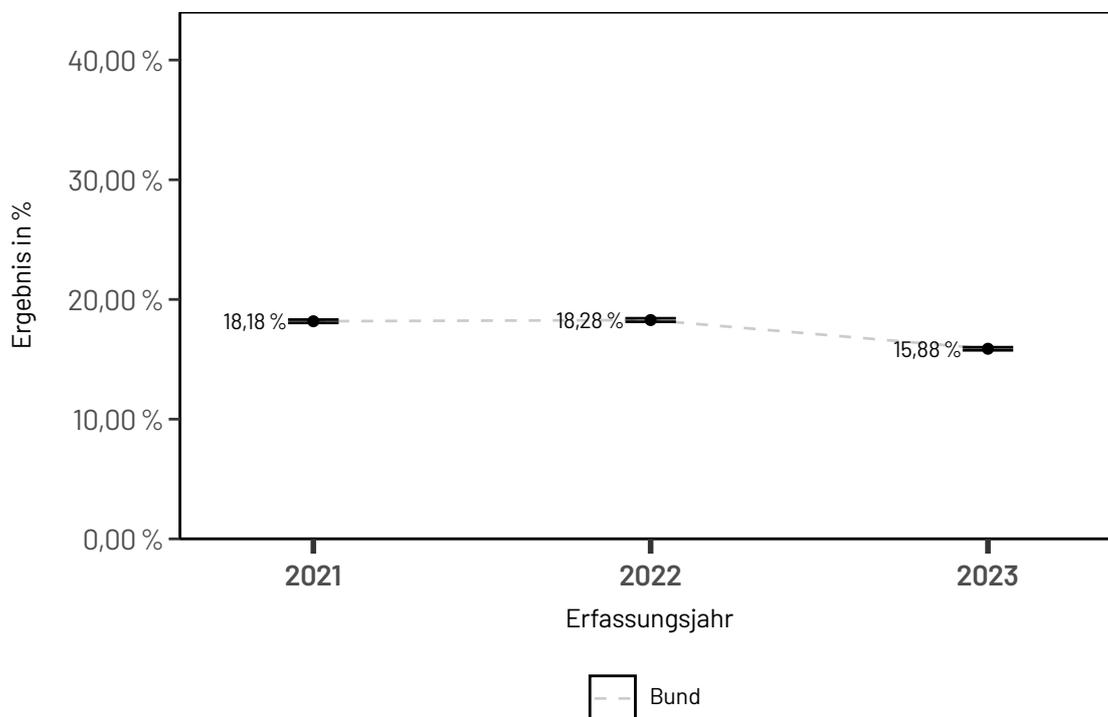
ID	231900
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

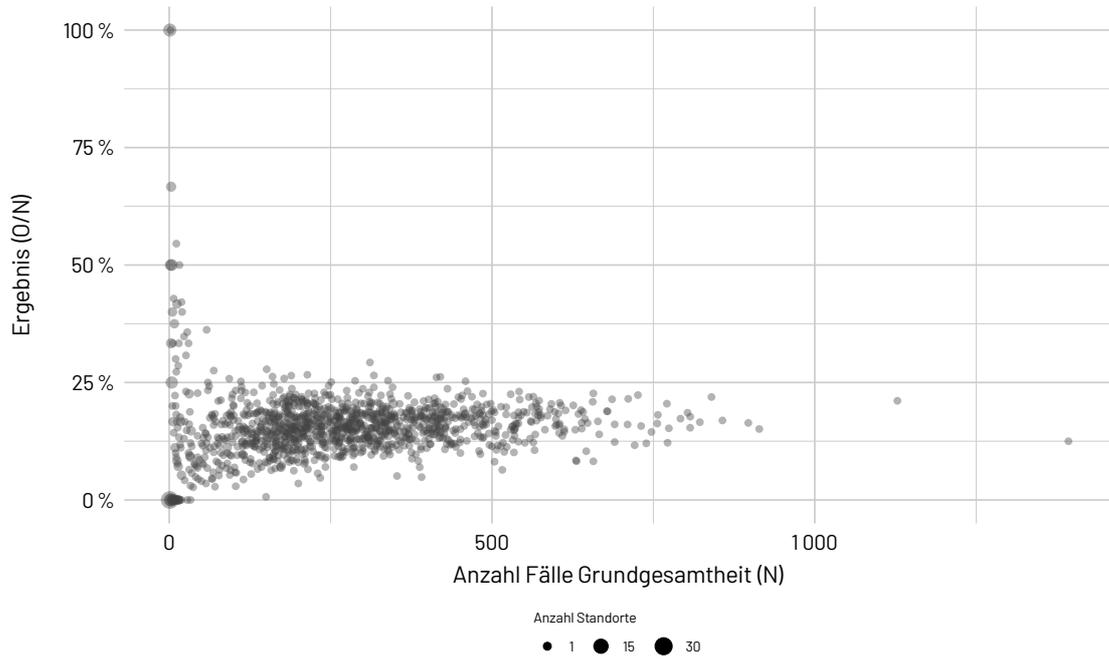
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	56.971 / 313.385	18,18 %	18,04 % - 18,31 %
	2022	49.593 / 271.285	18,28 %	18,14 % - 18,43 %
	2023	52.984 / 333.649	15,88 %	15,76 % - 16,00 %

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

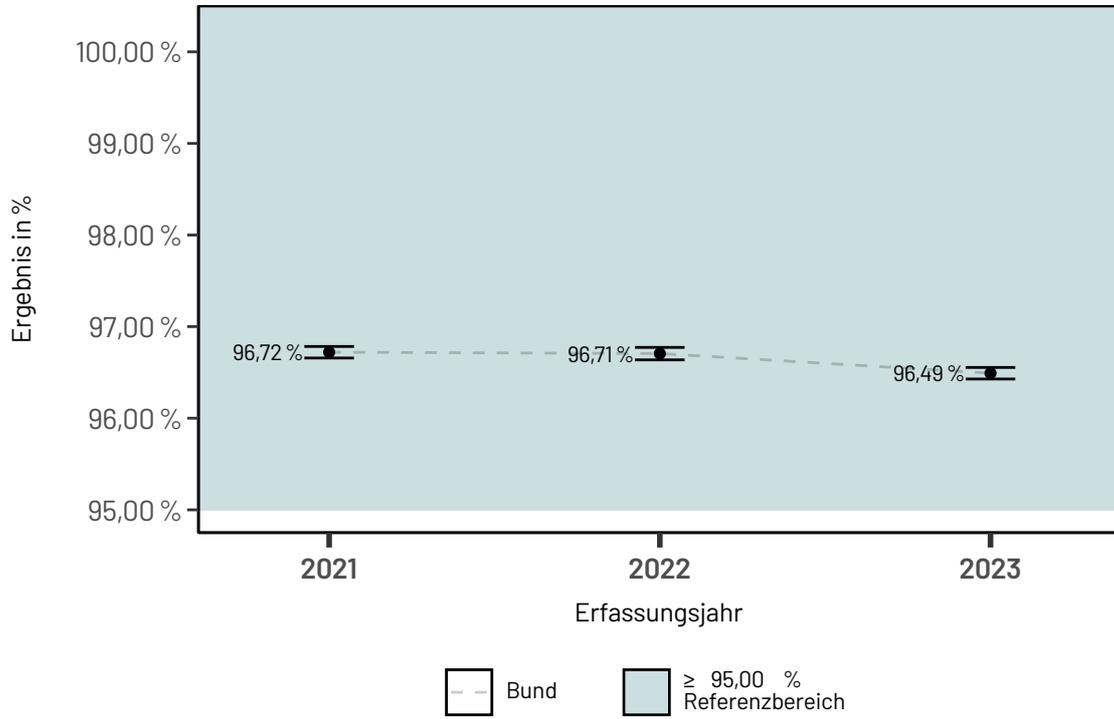
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
ID	50722
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme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

Detailergebnisse

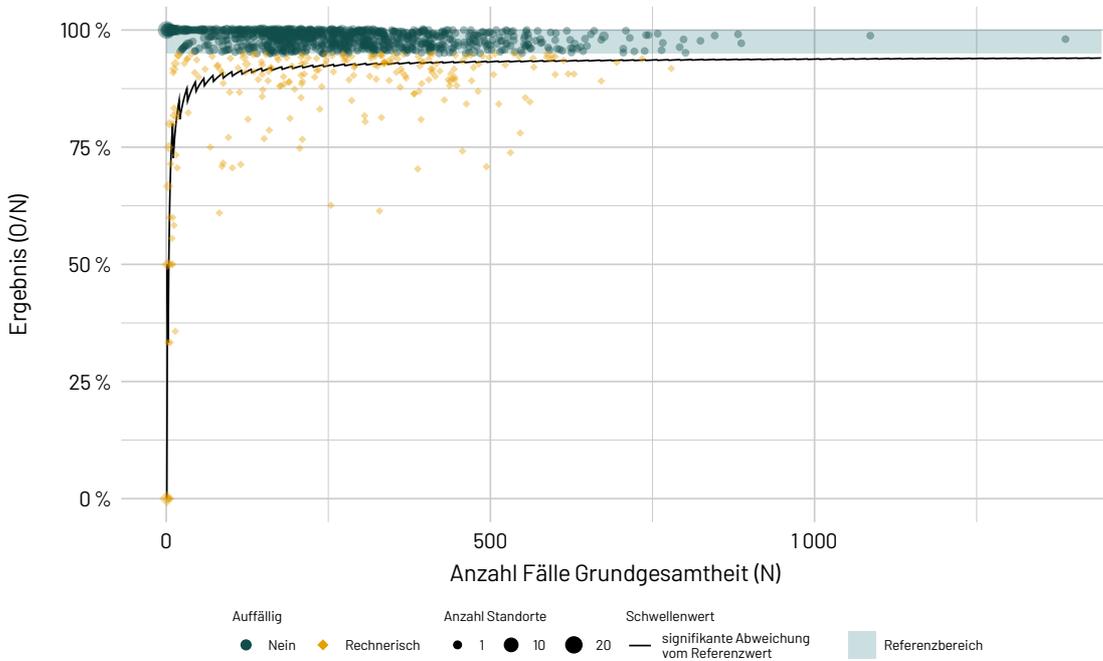
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	295.836 / 305.866	96,72 %	96,66 % - 96,78 %
	2022	256.324 / 265.056	96,71 %	96,64 % - 96,77 %
	2023	315.019 / 326.472	96,49 %	96,43 % - 96,55 %

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

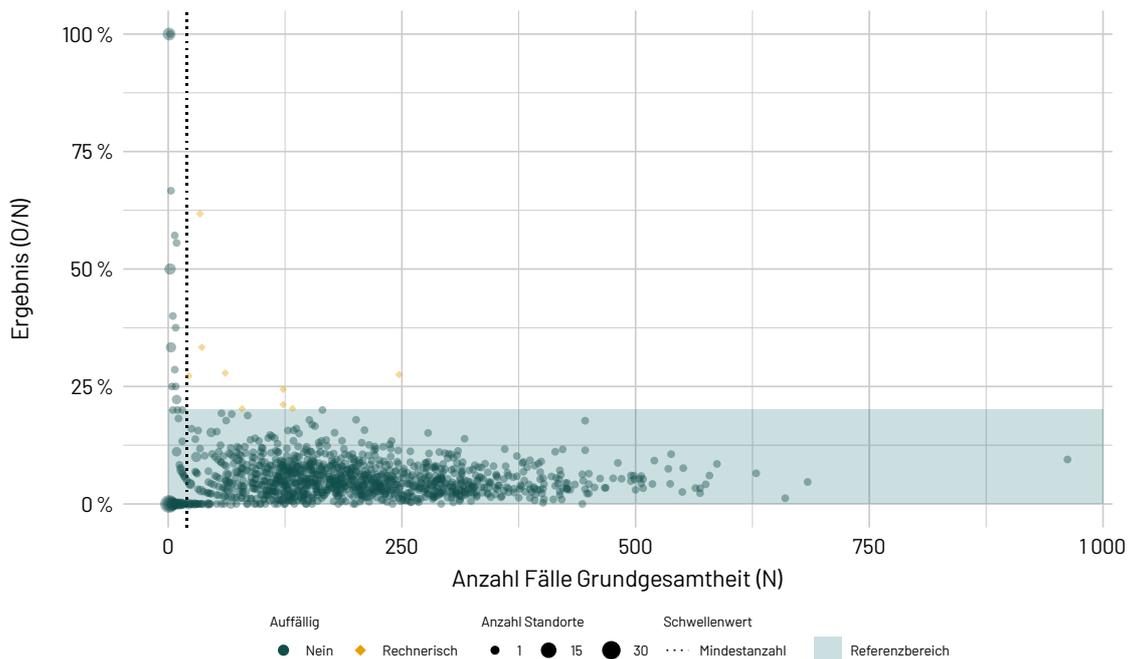
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

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



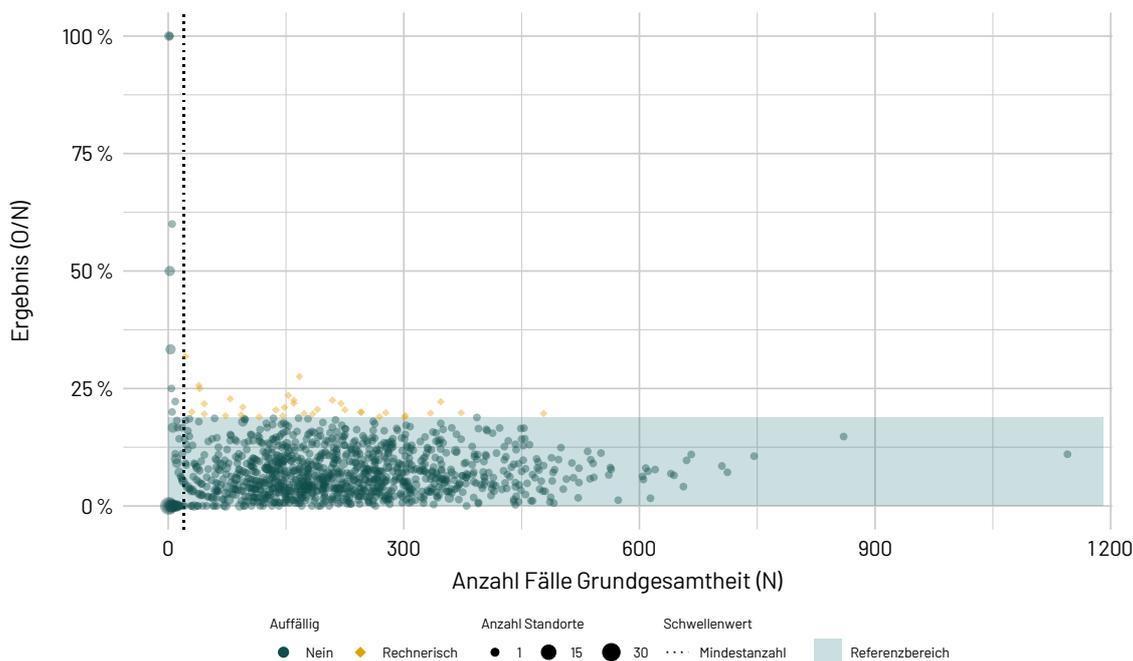
Detailergebnisse

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



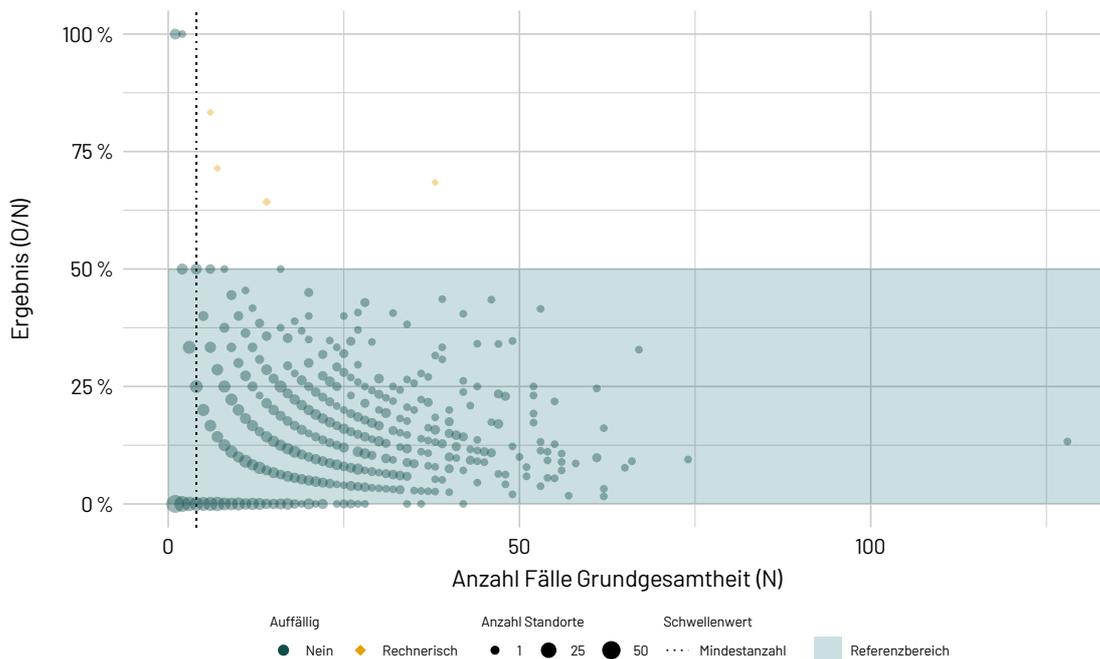
Detailergebnisse

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

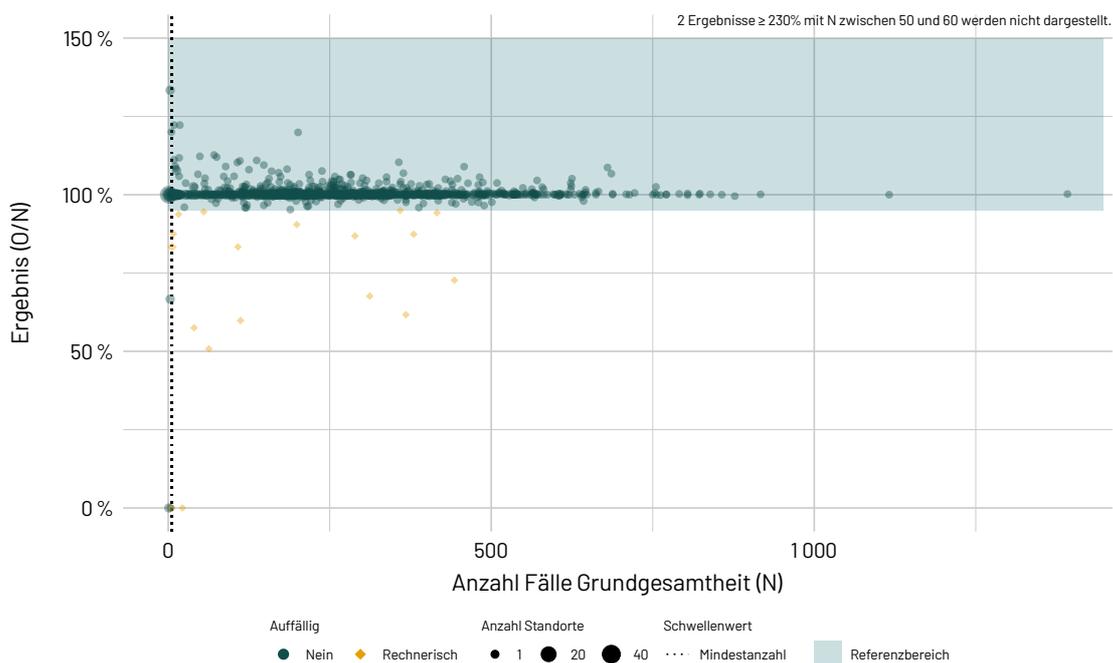
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	2.803 / 19.561	14,33 %	0,43 % 5 / 1.155

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



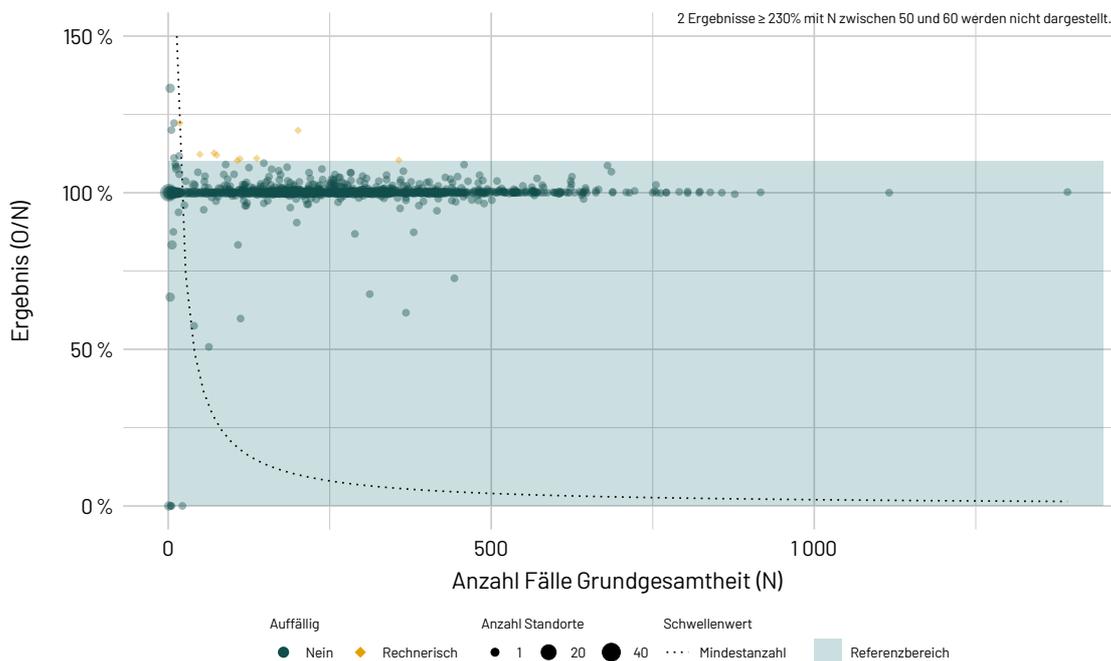
Detailergebnisse

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



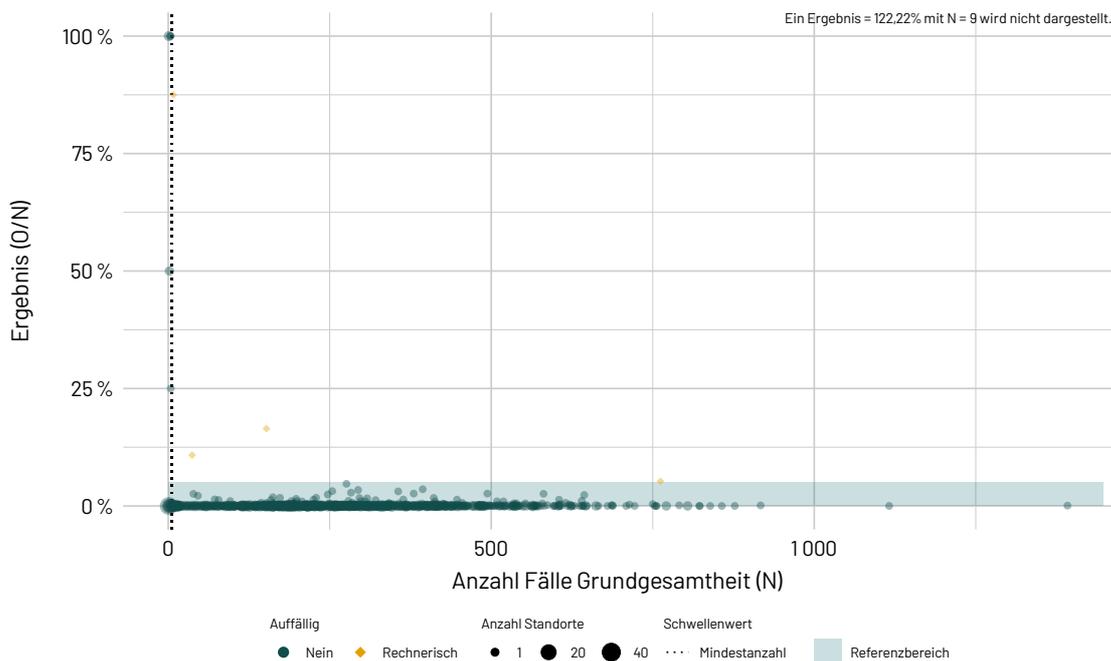
Detailergebnisse

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/>