



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2022

QS-Verfahren ***Ambulant erworbene Pneumonie***

Erfassungsjahr 2021

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Bundesqualitätsbericht 2022. QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*. Erfassungsjahr 2021

Ansprechpartner:

Leif Warming

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. August 2022, aktualisierte Version am 28. Oktober 2022

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse.....	9
2.1 Datengrundlage.....	9
2.2 Risikoadjustierung.....	10
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	10
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	15
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf	17
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	20
4 Evaluation.....	21
5 Fazit und Ausblick.....	22
Glossar.....	23
Literatur.....	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021).....	7
Tabelle 2: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021).....	8
Tabelle 3 Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021).....	9
Tabelle 4: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)	11
Tabelle 5: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021)	11
Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021)	15
Tabelle 7: Übersicht über die rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (EJ 2021).....	16

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
MDS	Minimaldatensatz
QS	Qualitätssicherung
QS CAP	QS-Verfahren <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

1 Hintergrund

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

Um die Versorgungsqualität zu messen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung einzuleiten, gehört die Pneumonie seit dem Jahr 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. Seit dem Jahr 2021 wird das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* durch die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ geregelt. In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie (*Community Acquired Pneumonia, CAP*) stationär behandelt. Vor der COVID-19-Pandemie verstarben etwa 13 % dieser stationär behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts. Mit Beginn der Pandemie stieg die Mortalität an und liegt im Erfassungsjahr (EJ) 2021 bei knapp 18 %. Eine erhöhte Sterblichkeit in einem Krankenhausstandort kann unter anderem durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein. Für einen kleineren Teil der Patientinnen und Patienten ist die Lungenentzündung eine schwerwiegende Komplikation im Rahmen einer schweren chronischen oder einer unheilbaren Grunderkrankung, wie z. B. einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, Lungenerkrankung, Herzerkrankung oder Stoffwechselerkrankung. Vorbestehende Grunderkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs der Pneumonie verbunden und erschweren den Behandlungserfolg.

Nicht im QS-Verfahren adressiert werden nosokomiale Pneumonien, d. h. solche, die im Krankenhaus erworben werden, sowie Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit geschwächtem Immunsystem aufgrund von Bestrahlung, Chemotherapie oder anderen immunsuppressiven Maßnahmen.

Das Verfahren *QS CAP* umfasst sechs Qualitätsindikatoren, wovon sich fünf Prozessindikatoren auf eine rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beziehen. Ein Qualitätsindikator zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts bildet die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung ab. Ziel des Verfahrens ist es folglich, eine rechtzeitige diagnostische und therapeutische Versorgung sowie eine Verringerung der Krankenhaussterblichkeit zu erreichen. In Bezug auf die Diagnostik werden Prozessindikatoren zur frühen Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (Bestimmung der Sauerstoffsättigung, ID 2005) und zur frühen Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ID 50722)

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 01.08.2022).

sowie zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien wie Herzfrequenz und Körpertemperatur bis zur Entlassung (ID 2028) verwendet. Therapeutische Maßnahmen werden über die Prozessindikatoren zur frühen Mobilisation (ID 2013) und zur frühen antimikrobiellen Therapie (frühes Verabreichen von Antibiotika) nach Aufnahme (ID 2009) erfasst. Als Ergebnisindikator wird die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus herangezogen (ID 50778).

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021)

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QS-Dokumentation
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	QS-Dokumentation
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QS-Dokumentation
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QS-Dokumentation
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	QS-Dokumentation
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus		
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)*	QS-Dokumentation
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QS-Dokumentation

* Transparenzkennzahl

Die COVID-19-Pandemie der letzten Jahre hat sich im Verfahren QS CAP besonders auf die Zahl einbezogener Fälle wie auch auf die Berechnung und Bewertung der Qualitätsindikatorenergebnisse ausgewirkt. Durch das Auftreten relativ unspezifischer Symptome mit variablen Inkubationszeiten und Manifestationsindex sowie stark variablem klinischen Verlauf in Kombination mit zumindest anfangs eingeschränkten diagnostischen Methoden gestaltete sich die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten besonders zum Beginn der COVID-19-Pandemie schwierig und belastete das Gesundheitssystem auf verschiedensten Ebenen sehr. Besonders hinsichtlich der Kontagiösität zeigten sich weiterhin Herausforderungen aufgrund des nach wie vor ungenügend charakterisierten Zeitraums der Ansteckungsfähigkeit und bei Vorliegen einer Risikogruppenzugehörigkeit (z. B. hohes Alter, Immunschwächen, Vorerkrankungen). Hier ist speziell die Notwendigkeit der Isolation von Patientinnen und Patienten zu nennen, welche nicht nur hohe Anforderungen an Strukturparameter, sondern auch an die Zugänglichkeit und Qualität pflegerischer Tätigkeiten stellt.

In Hinblick auf die Qualitätsindikatorenergebnisse wurden für das Erfassungsjahr 2021 wurden Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) bei der Berechnung der Indikatoren „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) und „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) nicht berücksichtigt.

Zudem werden im Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Datengrundlage). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft.

Im Verfahren QS CAP gibt es 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 2 zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	QS-Dokumentation
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	QS-Dokumentation
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation und Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Berechnung von Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien innerhalb des Verfahrens QS CAP basierte ausschließlich auf QS-Dokumentationsdaten als Datenquelle. Hierbei wurde die Datengrundlage nach Standort und eine Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichenummer (IKNR) einbezogen. Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft.

Für das Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung entsprechend dem aufnehmenden Standort, da bei vielen Indikatoren mögliche Qualitätsdefizite eher dem aufnehmenden Standort zugeschrieben werden können. Zwar gibt es im Verfahren auch Indikatoren (wie zur Sterblichkeit und zur vollständigen Bestimmung der Entlassungskriterien), die sich eher auf den entlassenden Standort beziehen, jedoch ist es aus technischen Gründen nicht möglich, den Auswertungsstandort für verschiedene Indikatoren unterschiedlich zu wählen. Die Problematik ist jedoch gering, weil bei den allermeisten Fällen aufnehmender und entlassender Standort übereinstimmen.

Ab dem Jahr 2020 wurde gemäß Spezifikation die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie die Vollzähligkeit in den Berichten erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Tabelle 3 Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021)

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze	313.751	312.368	100,44
	Basisdatensatz	313.385		
	MDS	366		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.117	1.119	99,82
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.357		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.359		

Durch 1.117 Krankenhäuser wurden QS-Dokumentationsdaten (inklusive MDS) übermittelt.

2.2 Risikoadjustierung

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie stieg die durchschnittliche Mortalität bei den Pneumoniefällen stark an. Lag die Mortalität vor der Pandemie in der Regel bei knapp 13 %, so stieg sie auf 17,1 % im Jahr 2020 und 18,3 % im Jahr 2021. Auch wenn man nur die Fälle ohne COVID-19 betrachtet, lag die Mortalität im Jahr 2021 nur leicht niedriger bei 17,7 %. Auch wenn die Pandemie lokal zu Überlastungssituationen in Krankenhäusern geführt hat, lässt sich diese Erhöhung der Mortalität dadurch alleine nicht plausibel erklären. Vielmehr kam es durch die Pandemie auch zu Verschiebungen in der Grundgesamtheit des Verfahrens. Für Risikofaktoren und sonstige Patienteneigenschaften, die im QS-Bogen erhoben werden, ist dies in den Bundesauswertungen der Jahre 2019, 2020 und 2021 nachvollziehbar.

Der Einfluss der Pandemie auf das QS-Verfahren und das Risikoadjustierungsmodell wurde im Auftrag des G-BA in einem separaten Projekt bearbeitet. Der dazugehörige Bericht wurde dem G-BA am 18. Februar 2022 übergeben (IQTIG 2022).

Da es mutmaßlich auch Verschiebungen in solchen Risikofaktoren gab, die nicht im QS-Bogen erhoben werden, wurde das Risikoadjustierungsmodell für die endgültigen Rechenregeln 2021 auf der Grundgesamtheit des Jahres 2021 entwickelt und nicht, wie in vielen anderen Verfahren üblich, auf der Grundgesamtheit des Vorjahres.

Das Risikoadjustierungsmodell orientiert sich am Modell des Vorjahres. Bei den berücksichtigten Risikofaktoren gab es keine Änderungen. Der Einfluss der einzelnen Faktoren (also die numerischen Werte der Koeffizienten) hat sich jedoch teils deutlich geändert, was die Verschiebungen in der Grundgesamtheit abbildet. Eine genauere Beschreibung des Modells in Form eines Steckbriefs liegt den endgültigen Rechenregeln als Begleitschreiben bei.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren *QS CAP* werden im Erfassungsjahr 2021 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 2 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. In Tabelle 4 sind die Bundesraten der Auffälligkeitskriterien mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis. Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² zur DeQS-RL verbundenen Änderung der Leistungserbringerpseudonymisierung werden keine Vorjahresergebnisse in der Tabelle ausgewiesen.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 01.08.2022).

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Tabelle 4: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis 2021 (Referenzbereich)	Bundesergebnis 2020 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	5,37 % (≤ 20,00 %)	-
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	9,04 % (≤ 20,83 %; 97. Perzentil)	-
851900 ³	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	15,40 % (≤ 50,00 %)	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit			
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,44 % (≤ 110,00 %)	-
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,12 % (≤ 5,00 %)	-

In der Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten, dargestellt.

Tabelle 5: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil (%)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	17 von 1.344	1,26 %

³ Zu diesem Auffälligkeitskriterium wird zum EJ 2021 kein Stellungnahmeverfahren geführt und es erfolgt keine Ausgabe in der Bundesauswertung.

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil (%)
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	34 von 1.336	2,54 %
851900 ⁴	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	14 von 1.176	1,19 %
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	12 von 1.119	1,07 %
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	5 von 1.119	0,45 %

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2021 werden im Verfahren QS CAP 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen, im Erfassungsjahr 2020 wurden noch 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit erhoben.

Das Auffälligkeitskriterium „Häufig gleicher Wert bei ‚spontane Atemfrequenz bei Aufnahme‘“ (ID 811825) wird seit dem Erfassungsjahr 2021 pausiert, da die Rechenregeln überarbeitet werden.

Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit (ID 811822)

Dieses Auffälligkeitskriterium prüft, ob ein Leistungserbringer eine häufige Dokumentation einer chronischen Bettlägerigkeit vornimmt. Fälle, für die angegeben wird, dass eine chronische Bettlägerigkeit vorliegt, werden aus der Berechnung des Indikators „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) ausgeschlossen. Im Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) wird

⁴ Zu diesem Auffälligkeitskriterium wird zum EJ 2021 kein Stellungnahmeverfahren geführt und es erfolgt keine Ausgabe in der Bundesauswertung.

Patientinnen und Patienten mit dokumentierter chronischer Bettlägerigkeit ein höheres Sterberisiko zugeschrieben. Entsprechend kann eine fehlerhafte Dokumentation einen erheblichen Einfluss auf die Berechnung dieser Qualitätsindikatoren haben.

Von den 258.700 Fällen ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung wurde für 13.897 Fälle (5,37 %) angegeben, dass eine Bettlägerigkeit vorlag (Bundesergebnis). Bei einem festen Referenzbereich von $\leq 20,00\%$ und einer Mindestanzahl im Nenner von 20 Fällen hatten 17 von 1.344 Leistungserbringern (1,26 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken (EJ 2020: 3,7 %), was auf die Änderung des Referenzbereichs zurückzuführen ist. Der wurde von einem perzentilbasierten Referenzbereich (95. Perzentil) mit $\leq 16,18\%$ im Erfassungsjahr 2020 auf einen festen umgestellt.

Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 811826)

Fälle, für die angegeben wurde, dass eine spontane Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei Aufnahme gemessen wurde, werden im risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator niedriger gewichtet, da eine erhöhte Atemfrequenz mit einem höheren Risiko zu versterben einhergeht. Eine falsche Dokumentation dieses Wertes kann entsprechend zu einem falsch-niedrigen Indikatorergebnis bei betroffenen Krankenhäusern führen.

Im Erfassungsjahr 2021 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 9,04 %. Das bedeutet, dass bei 26.729 von 295.836 Fällen mit Angabe einer Atemfrequenz und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme angegeben wurde, dass eine Atemfrequenz von genau oder mehr als 30 Atemzügen pro Minute gemessen wurde.

Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich (97. Perzentil) von $\leq 20,83\%$ und einer Mindestanzahl im Nenner von 20 hatten 34 von 1.336 (2,54 %) der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben (EJ 2020: 2,6 %).

Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben (ID 851900)

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wird zum EJ 2021 kein Stellungnahmeverfahren geführt und es erfolgt keine Ausgabe in der Bundesauswertung, da infolge eines Formfehlers die formale Grundlage (Beschluss) zu EJ 2021 fehlt. Aufgrund der dennoch erfolgten Berechnung zu EJ 2021 wird nachfolgend über das Ergebnis auf Bundesebene informiert. Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren („Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ ID 2009, „Frühmobilisation nach Aufnahme“ ID 2013, „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ ID 2028) und dem Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf die Ergebnisse dieser Indikatoren haben. Insbesondere wenn häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.

Im Erfassungsjahr 2021 liegt das Bundesergebnis bei 15,40 %. Das bedeutet, dass bei 3.124 von 20.292 Fällen mit dokumentierten Therapieverzicht, bei denen die Patientinnen und Patienten verstorben sind und deren Verweildauer mindestens 4 Tage war, ein Therapieverzicht am Entlassungsdatum dokumentiert wurde. Bei einem festen Referenzbereich von $\leq 50,00$ % und mindestens 4 Fällen im Nenner hatten 14 von 1.176 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (1,19 %). Mit den 14 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern wurde durch die o. g. formal fehlende Grundlage jedoch kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2020: 0,9 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850102)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Dies kann die Aussagekraft der Qualitätsindikatorenergebnisse beeinflussen. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00$ % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Auf Bundesebene wurde mit einer Dokumentationsrate von 100,44 % eine leichte Überdokumentation ermittelt. Auf Leistungserbringerebene hatten 12 von 1.119 Leistungserbringern (1,07 %) (IKNR-Zählweise) in diesem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850229)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob ggf. zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00$ % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Bundesweit wurde für 0,12 % der Fälle (366 von 312.368), die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt. Auf Leistungserbringerebene hatten 5 von 1.119 Leistungserbringern (0,45 %) (IKNR-Zählweise) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Hier ist im Stellungnahmeverfahren zu klären, ob die Anwendung eines MDS plausibel war. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021)

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Indikatoren zur Prozessqualität				
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	99,13 % (≥ 95,00 %)	-	Nicht vergleichbar
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	99,16 % (-)	-	Nicht vergleichbar
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	98,44 % (-)	-	Nicht vergleichbar
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	90,98 % (≥ 90,00 %)	-	Nicht vergleichbar
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	92,44 % (≥ 90,00 %)	-	Nicht vergleichbar
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	96,55 % (≥ 95,00 %)	-	Nicht vergleichbar
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,72 % (≥ 95,00 %)	-	Nicht vergleichbar
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	98,78 % (-)	-	Nicht vergleichbar
Indikatoren zur Ergebnisqualität				
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)*	17,66 % (-)	-	Nicht vergleichbar
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 (≤ 2,01; 95. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar

* Transparenzkennzahl

In der Tabelle 7 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2021 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden

die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 7: Übersicht über die rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (EJ 2021)

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil (%)
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	51 von 1.351	3,77 %
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	409 von 1.288	31,75 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	321 von 1.313	24,45 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	269 von 1.316	20,44 %
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	271 von 1.347	20,12 %
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80 von 1.316	6,08 %

ID 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Eine Untersuchung der Sauerstoffsättigung des Blutes bei der Aufnahme gibt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Informationen zum aktuellen Schweregrad der Erkrankung und den Therapieoptionen und wird daher für alle Pneumoniepatientinnen und -patienten gefordert. Der Bundeswert liegt mit 99,13 % auf einem sehr hohen Niveau, und der Anteil der Leistungserbringer mit statistisch auffälligen Ergebnissen liegt mit 1,7 % recht niedrig. Der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen an allen Leistungserbringern, die zu diesem Indikator Daten geliefert haben, liegt bei 0,27 % – mit einer seit Jahren fallenden Tendenz. Die Expertinnen und Experten werten diese Ergebnisse positiv. Es wird kein besonderer Handlungsbedarf festgelegt.

ID 2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

Der frühzeitige Beginn einer antimikrobiellen Therapie kann sich positiv auf die Mortalität von Pneumoniepatientinnen und -patienten auswirken. Sie wird im QS-Verfahren innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme der Patientinnen und Patienten gefordert, sollten diese nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen werden.

Zum Erfassungsjahr 2020 lag das Bundesergebnis noch bei 93,21 %. Das aktuelle Bundesergebnis liegt bei 90,38 %. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis somit um mehr als zwei Prozentpunkte abgefallen. Zum Erfassungsjahr 2019 lag das Ergebnis noch bei über 95 %. Der Anteil der Leistungserbringer mit statistisch auffälligen Ergebnissen lag 2021 bei 13,35 %. Damit sind mehrere Kriterien zur Festlegung des besonderen Handlungsbedarfs erfüllt.

Das Expertengremium spricht sich jedoch vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie gegen die Festlegung des besonderen Handlungsbedarfs für diesen Indikator aus. Aufgrund der pandemischen Lage wurden deutlich mehr Patientinnen und Patienten mit virusbedingter Pneumonie in Krankenhäusern aufgenommen als noch vor Beginn der Pandemie. Da für eine virusbedingte Pneumonie eine Antibiotikagabe nicht grundsätzlich indiziert ist, wurde mit dieser Entwicklung die gründliche Prüfung der Indikation zur Antibiotikagabe wichtiger, was ein Grund dafür sein kann, dass die Antibiotikagabe teilweise erst nach 8 Stunden erfolgte.

Weiterhin gibt es von einer Landesarbeitsgemeinschaft Hinweise darauf, dass die Dokumentation von COVID-19 im QS-Dokumentationsbogen zu diesem Verfahren, die zum Ausschluss der betreffenden Fälle aus diesem Indikator geführt hätte, im Jahr 2020 nicht immer erfolgt ist. Gegebenenfalls sind diese Probleme auch im Jahr 2021 noch aufgetreten. Wurden vorliegende Infektionen mit COVID-19 nicht dokumentiert, sind Fälle in diesen Indikator eingegangen, für die eine Antibiotikagabe nicht notwendigerweise indiziert war.

ID 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

Für diesen Indikator wurde besonderer Handlungsbedarf festgelegt (siehe Abschnitt 2.5).

ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Für diesen Indikator wurde besonderer Handlungsbedarf festgelegt (siehe Abschnitt 2.5).

ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Für diesen Indikator wurde besonderer Handlungsbedarf festgelegt (siehe Abschnitt 2.5).

ID 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität, wobei die Mortalität mit dem Lebensalter und Vorliegen von definierten Risikofaktoren korreliert.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2020 ist im Erfassungsjahr 2021 eine leichte Zunahme der Sterblichkeit zu verzeichnen (Bundesdurchschnitt: EJ 2020 8,02 %, EJ 2021: 8,63 %), trotz Ausschluss der an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten (kodierte Covid-19 Fälle anhand Entlassungsdiagnosen). Auch für diesen Indikator kann eine Unterdokumentation von COVID-19 im QS-Dokumentationsbogen dazu geführt haben, dass Fälle von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 nicht immer ausgeschlossen wurden. Da sich auch die qualitativen Auffälligkeiten auf einem niedrigen Niveau bewegen, legt das IQTIG keinen besonderen Handlungsbedarf fest.

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

ID 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

Eine frühe Mobilisation der Patientinnen und Patienten mit Pneumonie kann ausschlaggebend für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus bei nicht steigenden Komplikationsraten sein.

Daher sollen Patientinnen und Patienten der Risikogruppen 1 und 2 nach dem CRB-65-Index⁵ mindestens 20 Minuten innerhalb der ersten 24 Stunden außerhalb des Bettes sitzen.

Bei diesem Qualitätsindikator wird die Grenze von 10 % von allen an diesem QS-Verfahren teilnehmenden Leistungserbringern für den Anteil der Leistungserbringer mit statistisch auffälligen Ergebnissen erstmals seit dem Erfassungsjahr 2015 überschritten. Bereits im letzten Jahr wurde der negative Trend vom Expertengremium kritisch gesehen, wobei auch der Einfluss von COVID-19 diskutiert wurde. Dabei wurde eingeschätzt, dass sich hieraus kein persistierendes Problem ergeben dürfe. Die aktuelle Entwicklung zeigt jedoch erneut einen Anstieg der Anzahl der Leistungserbringer mit statistisch auffälligen Ergebnissen. Gleichzeitig ist der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen vom Jahr 2019 zum Jahr 2020 gestiegen, woraus geschlossen werden kann, dass im Strukturierten Dialog die pandemische Lage auch nach Einschätzung der Landesebene nicht als Begründung ausreichte, um keine qualitative Auffälligkeit festzustellen. Daher wird ein besonderer Handlungsbedarf gesehen.

ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Patientinnen und Patienten, die in klinisch stabilem Zustand aus der stationären Behandlung entlassen werden, weisen in Studien ein niedrigeres Letalitätsrisiko auf, müssen seltener wieder stationär aufgenommen werden und erreichen häufiger wieder die Leistungsfähigkeit, die sie vor der Erkrankung hatten. Dieser Qualitätsindikator misst die Bestimmung der Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.

Der Anteil der Leistungserbringer mit statistisch auffälligen Ergebnissen in diesem Qualitätsindikator liegt mit 12,46 % über der Grenze von 10 % und hat sich gegenüber dem Vorjahr um ca. zwei Prozentpunkte verschlechtert. Auch der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen liegt mit 5,6 % über der Grenze von 5 %, die für die Methodik zur Festlegung des Handlungsbedarfs definiert wurde. Daher wird erneut ein besonderer Handlungsbedarf festgelegt.

ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Die Atemfrequenz bei Aufnahme ist ein wichtiger klinischer Parameter, der regelhaft und ohne großen Aufwand erhoben werden kann und für die weitere Behandlungsstrategie bedeutsam ist. Die Atemfrequenz ist auch Bestandteil des CRB-65-Index, welcher regelhaft zur Einschätzung der Schwere einer Pneumonie im Krankenhaus angewandt wird.

Da schon seit mehreren Jahren der Anteil der Leistungserbringer mit statistisch auffälligen Ergebnissen bei über 10 % liegt und dieser Wert zum Erfassungsjahr 2021 mit 11,88 % noch einmal über dem Wert des Vorjahres liegt (10,16 %), wird wiederholt ein besonderer Handlungsbedarf gesehen.

⁵ Die Stratifizierung bestimmter Indikatoren erfolgt mithilfe des sogenannten CRB-65-Index, der Kriterien wie pneumoniebedingte Desorientiertheit, spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$, Blutdruck ≤ 60 mm Hg diastolisch oder < 90 mm Hg systolisch und Alter ≥ 65 Jahre berücksichtigt. Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

Das IQTIG erreichen zu diesem Indikator immer wieder Anfragen mit dem Vorschlag, die Atemfrequenz in verschiedenen Kategorien zu erfassen wie z.B. Tachypnoe (> 20 Atemzüge pro Minute in Ruhe) und Bradypnoe (< 10 Atemzüge) pro Minute statt die genaue Anzahl der Atemzüge messen und dokumentieren zu müssen. Dieser Vorschlag wurde schon mehrfach mit den Expertinnen und Experten auf Bundesebene beraten und von diesen stets zurückgewiesen. Eine genaue Dokumentation der Atemfrequenz sei sehr wichtig, da zwischen der Atemfrequenz und der Sterblichkeit ein linearer Zusammenhang bestehe und es auch keine Evidenz für harte Cutoff-Werte hinsichtlich einer Kategorisierung gebe. Es sei auch nicht möglich, visuell die Atemfrequenz zu kontrollieren. Eine genaue Messung sei absolut notwendig, sonst komme es zu Fehleinschätzungen. Die klinische Erfassung sämtlicher Vitalwerte sei Ausdruck der Qualität eines Krankenhauses.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Für dieses QS-Verfahren wurde im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020 noch kein Stellungnahmeverfahren gem. § 17 DeQS-RL durchgeführt, da dieses im Jahr 2020 noch unter der QSKH-RL geführt wurde. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2021 zum Erfassungsjahr 2020 nach QSKH-RL wurden für Qualitätsindikatoren im „Bericht zum Strukturierten Dialog 2021“ und für Auffälligkeitskriterien im „Bericht zur Datenvalidierung 2021“ dargestellt.

4 Evaluation

Für dieses QS-Verfahren wurde im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020 noch keine Stakeholderanalyse (Evaluation) von den LAG übermittelt, da dieses im Jahr 2020 noch unter der QSKH-RL geführt wurde. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

5 Fazit und Ausblick

Wie bereits im Vorjahr stand im Erfassungsjahr 2021 die Messung der Qualität im Verfahren QS CAP besonders unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie. Vermutlich auch dadurch haben sich die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (bis die des Qualitätsindikators zur frühen ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie) nicht verbessert. Die Festlegung des besonderen Handlungsbedarfs, womit auf besondere Qualitätsdefizite hingewiesen wird, ist grundsätzlich unabhängig von äußeren Einflüssen. Dennoch wurde im letzten Jahr teilweise vor dem Hintergrund der Pandemie auf die Festlegung des besonderen Handlungsbedarfs verzichtet, um die Entwicklung weiter zu beobachten. Zum Erfassungsjahr 2021 wurde für drei Indikatoren besonderer Handlungsbedarf festgelegt. Patientinnen und Patienten werden zu selten früh nach der Aufnahme mobilisiert, die vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien erfolgt nicht ausreichend häufig und es gibt weiterhin zu viele Krankenhäuser, die nicht durchgehend die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen. In den Indikatoren zur Bestimmung der Atemfrequenz und zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung hatten schon vor der Pandemie mehr als 10 % der Leistungserbringer statistisch auffällige Ergebnisse. Das Ergebnis des Qualitätsindikators zur frühen Mobilisierung hat sich bis zum Beginn der Pandemie Jahr für Jahr verbessert. Im Jahr 2020 hat es sich deutlich verschlechtert und zum Jahr 2021 hatten zum ersten Mal seit 2015 wieder mehr als 10 % der Krankenhäuser statistisch auffällige Ergebnisse. Da sich das Ergebnis nach einem schlechteren Ergebnis im Erfassungsjahr 2020 noch einmal verschlechtert hat, wurde besonderer Handlungsbedarf festgelegt. Die Ergebnisse zum Indikator zur frühen antimikrobiellen Therapie sind zwar noch einmal deutlich schlechter geworden, allerdings ist aufgrund der vielen Patientinnen und Patienten, die mit (Verdacht auf) COVID-19 aufgenommen wurden, eine genauere Prüfung der Indikation der Antibiotikagabe notwendig geworden, die länger dauern und somit das schlechtere Ergebnis erklären kann. Hinzu kommt, dass es Hinweise darauf gibt, dass ggf. COVID-19 nicht immer in den QS-Dokumentationsbögen angegeben wurde, sodass diese Fälle nicht ausgeschlossen werden konnten. Für Patientinnen und Patienten mit COVID-19 ist jedoch regelmäßig keine Antibiotikagabe indiziert, sodass dies ebenfalls eine Ursache für das schlechtere Indikatorergebnis gewesen sein kann.

Da bei einigen Indikatoren schon seit mehreren Jahren keine Verbesserungen der Ergebnisse bei weiterhin bestehenden deutlichen Qualitätsdefiziten zu verzeichnen sind, erhofft sich das IQTIG mit den ersten Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften zu diesem QS-Verfahren differenzierte Informationen zu Hintergründen. Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG wie schon in den Vorjahren eine Weiterentwicklung des Verfahrens, um mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen die 30-Tage-Sterblichkeit abbilden zu können.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten, wenn diese Versorgungsqualität ein Qualitätsziel verfehlt. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ist die Abweichung vom Referenzbereich statistisch signifikant, wird das Ergebnis auch als „statistisch auffällig“ bezeichnet.
Auffälligkeitskriterien	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.
Basisdatensatz	Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
Datenquelle	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
Datensatz	Der Begriff wird im Kontext der Qualitätssicherung unterschiedlich verwendet: 1. als eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten(-feldern), die einem Behandlungsfall bzw. einer Prozedur zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. als Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. als Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, Klinische Krebsregister).

Begriff	Erläuterung
Erfassungsjahr	Jahr, dem (fall- bzw. einrichtungsbezogen) erfasste Daten für die Auswertung zugeordnet werden. Bei den meisten Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde; bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
Grundgesamtheit	Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
Indikatorwert	Das numerische Ergebnis, das durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die qualitätsbezogenen Daten resultiert.
Kennzahl	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
Leistungserbringer	Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Praxen, Medizinische Versorgungszentren) oder Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte), die Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerisch versorgen.
Minimaldatensatz (MDS)	Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

Begriff	Erläuterung
<p>O, E, N (O / N, O / E, E / N)</p>	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O / N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O / E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von $O / E = 2$ bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O / N und O / E wird auch der Quotient E / N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E / N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
<p>Perzentile</p>	<p>Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.</p>
<p>Qualitätsindikator</p>	<p>Qualitätsindikatoren sind quantitative Größen, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglichen. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.</p>
<p>Qualität</p>	<p>Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint. Siehe auch: Versorgungsqualität.</p>
<p>Qualitätsmessung</p>	<p>Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.</p>
<p>Qualitätsmodell</p>	<p>Die Summe der zur Beschreibung der Qualität eines Versorgungsbereichs ausgewählten Qualitätsaspekte (siehe Qualitätsaspekte). Für jeden Versorgungsbereich, in dem ein neues QS-Verfahren entworfen wird, wird ein individuelles Qualitätsmodell entwickelt, welches als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren dient.</p>

Begriff	Erläuterung
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
Qualitätssicherung, externe	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.

Begriff	Erläuterung
Sollstatistik	In der Sollstatistik wird die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) überprüft. Gezeigt werden dokumentationspflichtige Fälle von einem Leistungserbringer der externen Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr und die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Stellungnahmeverfahren	Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gespräches sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.
Versorgungsqualität	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen
Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
Zähler	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): COVID-19-Sonderanalyse. Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie. Stand: 18.02.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 21. Oktober 2022

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/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021	8
Einleitung	9
Datengrundlagen	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	10
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	12
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	12
2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	12
2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	14
2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	16
Details zu den Ergebnissen	18
2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	19
Details zu den Ergebnissen	21
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme	23
Details zu den Ergebnissen	25
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	26
Details zu den Ergebnissen	28
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	29
Details zu den Ergebnissen	31
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus	32
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	32
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	35
Details zu den Ergebnissen	37
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	42
Details zu den Ergebnissen	44
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	45
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	45

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	45
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“.....	47
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	49
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	49
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	51
Basisauswertung.....	53
Basisdokumentation.....	53
Patient.....	53
Altersverteilung und Geschlecht.....	55
Aufnahme.....	56
CRB-65-Score.....	58
Verlauf.....	60
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	61
Entlassung.....	63
Sterblichkeit.....	65

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) 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 des Patienten oder der Patientin liegt. 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“. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten.
- Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden zudem die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.
- 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/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

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 der Indikatoren „2009 - Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ und „50778 - Sterblichkeit im Krankenhaus“ 2021 nicht berücksichtigt.

Da das QS-Verfahren CAP mit dem Jahreswechsel von 2020 zu 2021 von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL; nicht mehr in Kraft) zur DeQS-RL übergang, und beide Richtlinien sich in wesentlichen Punkten unterscheiden, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar. Aus diesem Grund werden in diesem Bericht keine Vorjahresdaten zum Vergleich der aktuellen Ergebnisse dargestellt. Außerdem können sie wegen der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung nicht ausgegeben werden.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,13 % N = 313.385	99,09 % - 99,16 %
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,16 % N = 297.388	99,13 % - 99,20 %
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,44 % N = 15.997	98,24 % - 98,62 %
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	≥ 90,00 %	90,98 % N = 117.273	90,82 % - 91,14 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	92,44 % N = 117.527	92,29 % - 92,59 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	96,55 % N = 216.399	96,47 % - 96,63 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,78 % N = 208.727	98,74 % - 98,83 %
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 2,01 (95. Perzentil)	1,01 N = 122.181	1,00 - 1,03
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	17,66 % N = 144.975	17,46 % - 17,85 %
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,72 % N = 305.866	96,66 % - 96,78 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

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, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. 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.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20,00 %	5,37 % 13.897/258.700	1,26 % 17/1.344
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 20,83 % (97. Perzentil)	9,04 % 26.729/295.836	2,54 % 34/1.336
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,44 % 313.751/312.368	1,07 % 12/1.119
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,12 % 366/312.368	0,45 % 5/1.119

Einleitung

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

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

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

Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) werden bei der Berechnung der Indikatoren „2009 - Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ und „50778 - Sterblichkeit im Krankenhaus“ 2021 nicht berücksichtigt.

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
 - Datengrundlage nach Standort
 - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren CAP erfolgt die Auswertung entsprechend dem aufnehmenden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Die Sollstatistik basiert jedoch auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den aufnehmenden Standort ist nicht möglich, da letzterer nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie Vollzähligkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die Ihnen vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	313.751	312.368	100,44
	Basisdatensatz	313.385		
	MDS	366		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.117	1.119	99,82
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.357		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.359		

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

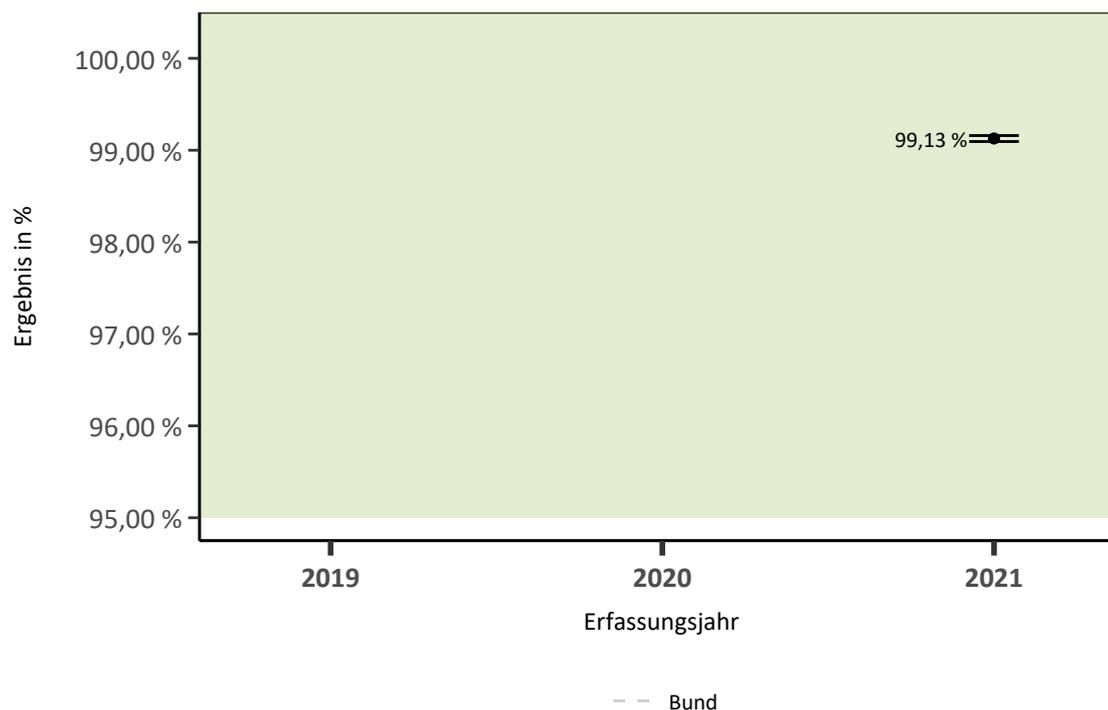
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
---------------	--

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

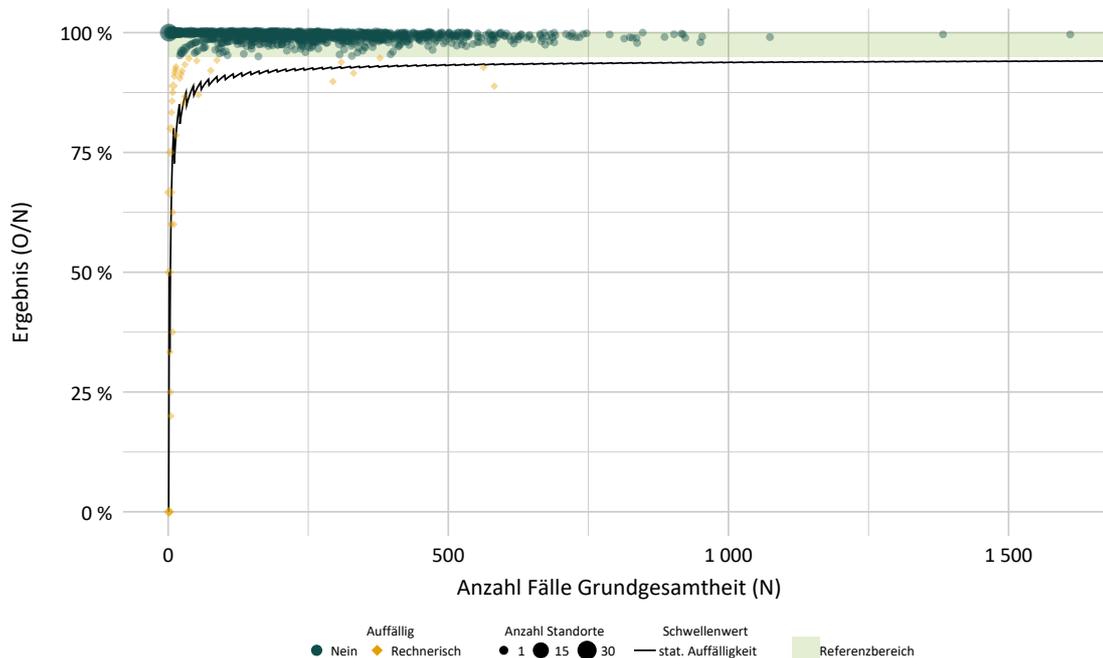
ID	2005
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

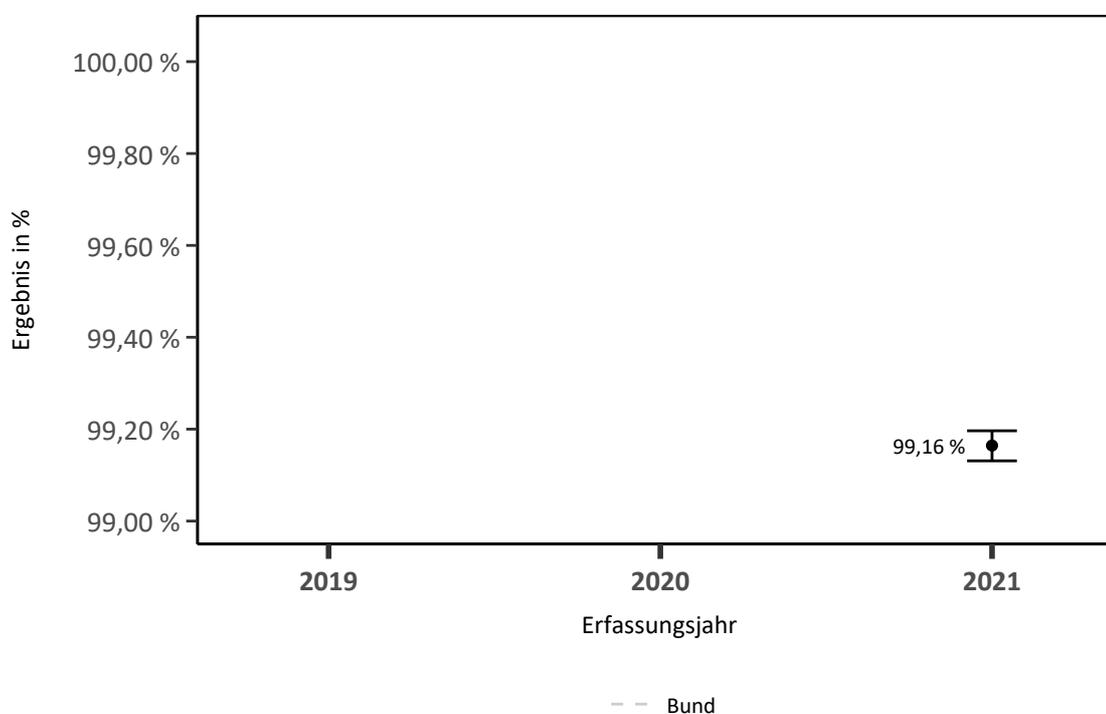
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 310.651 / 313.385	2019: - 2020: - 2021: 99,13 %	2019: - 2020: - 2021: 99,09 % - 99,16 %

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

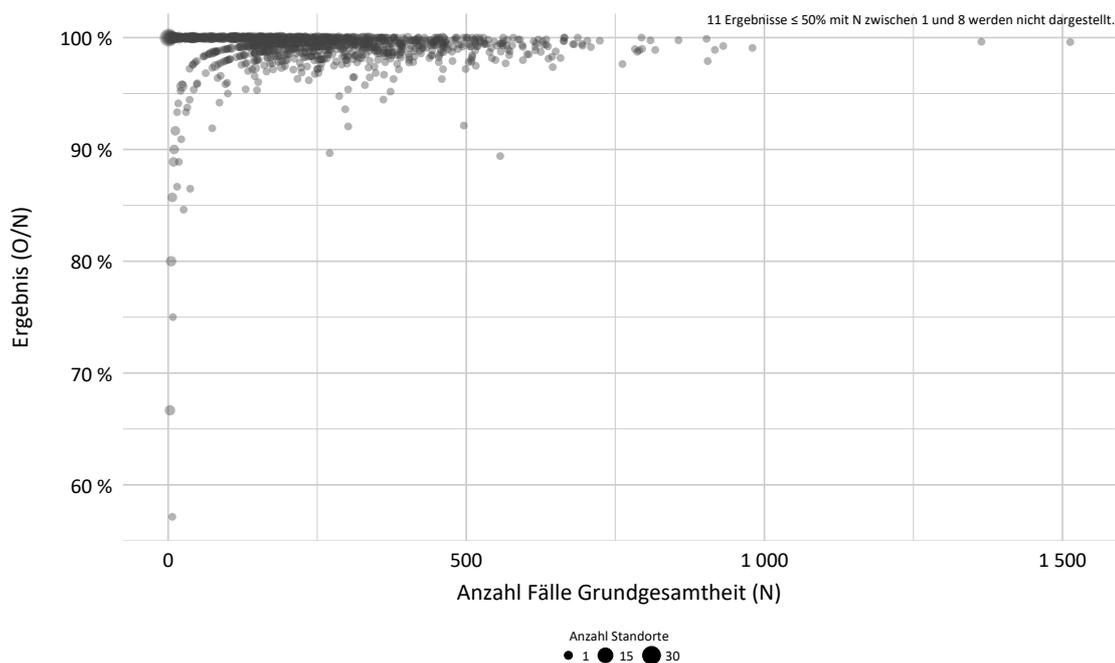
ID	2006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

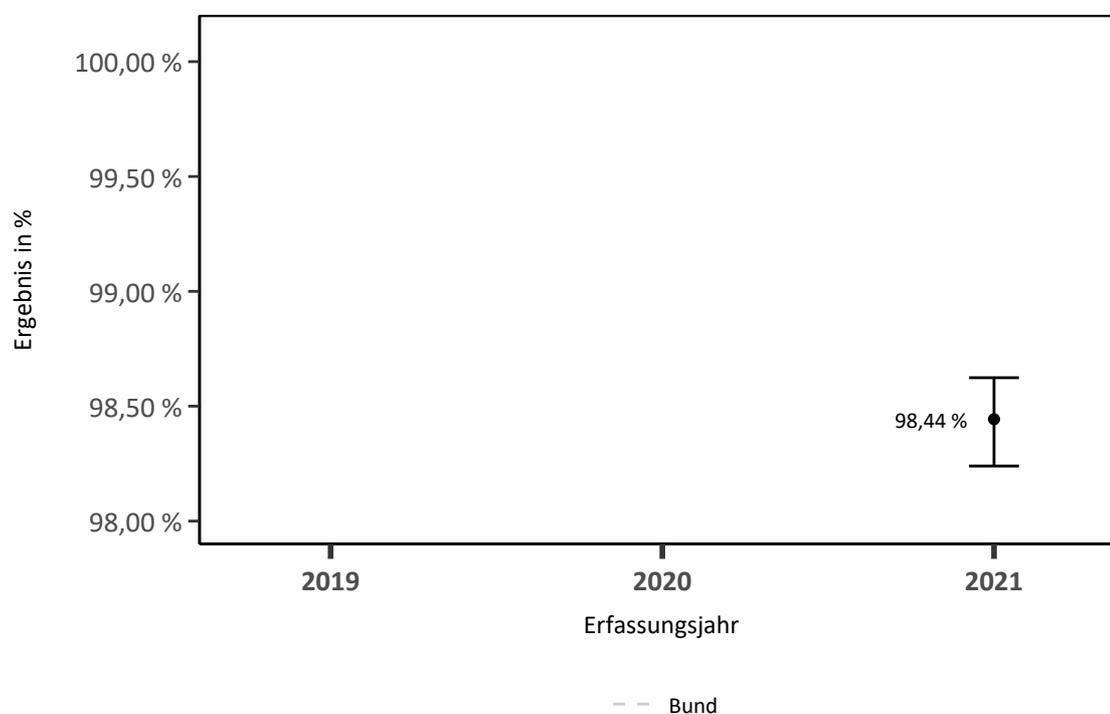
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 294.903 / 297.388	2019: - 2020: - 2021: 99,16 %	2019: - 2020: - 2021: 99,13 % - 99,20 %

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

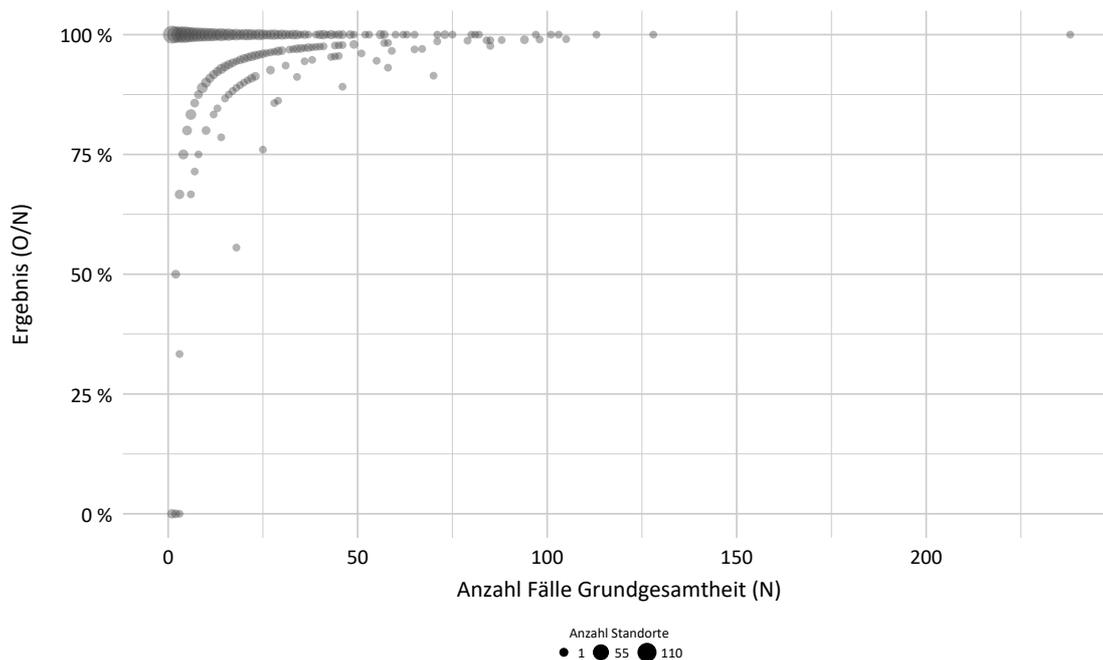
ID	2007
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 15.748 / 15.997	2019: - 2020: - 2021: 98,44 %	2019: - 2020: - 2021: 98,24 % - 98,62 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	99,13 % 310.651/313.385
1.1.1	Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	99,16 % 294.903/297.388
1.1.2	Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	98,44 % 15.748/15.997

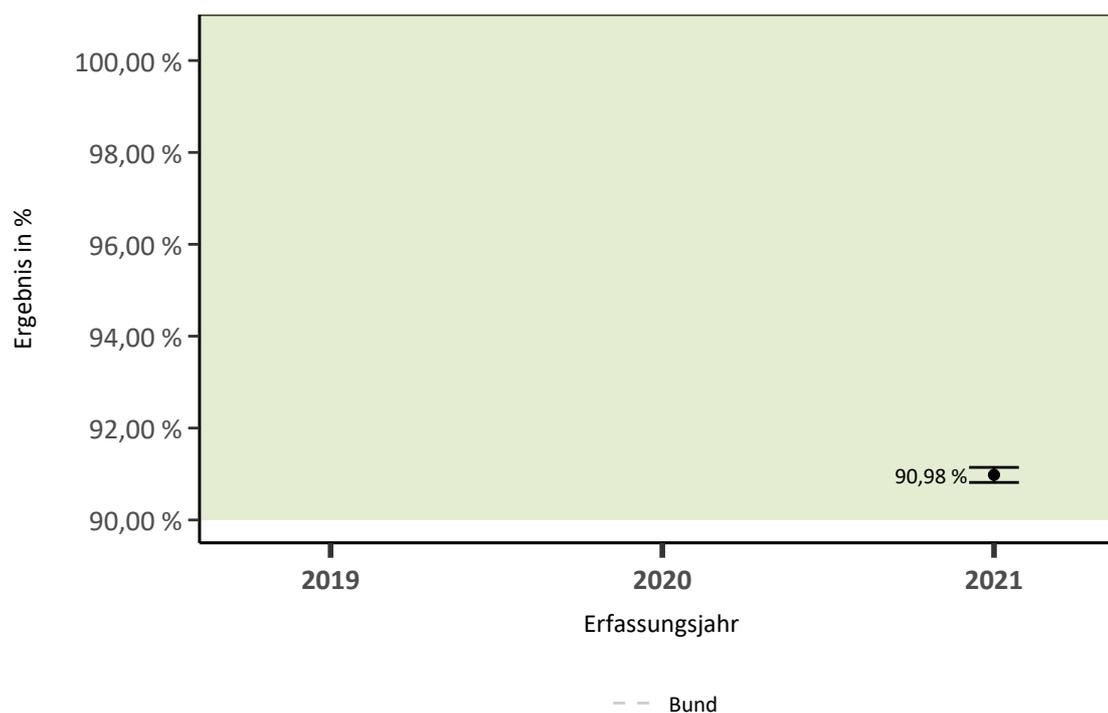
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	98,90 % 143.383/144.975
1.2.1	Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	98,95 % 137.531/138.992
1.2.2	Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,81 % 5.852/5.983

2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

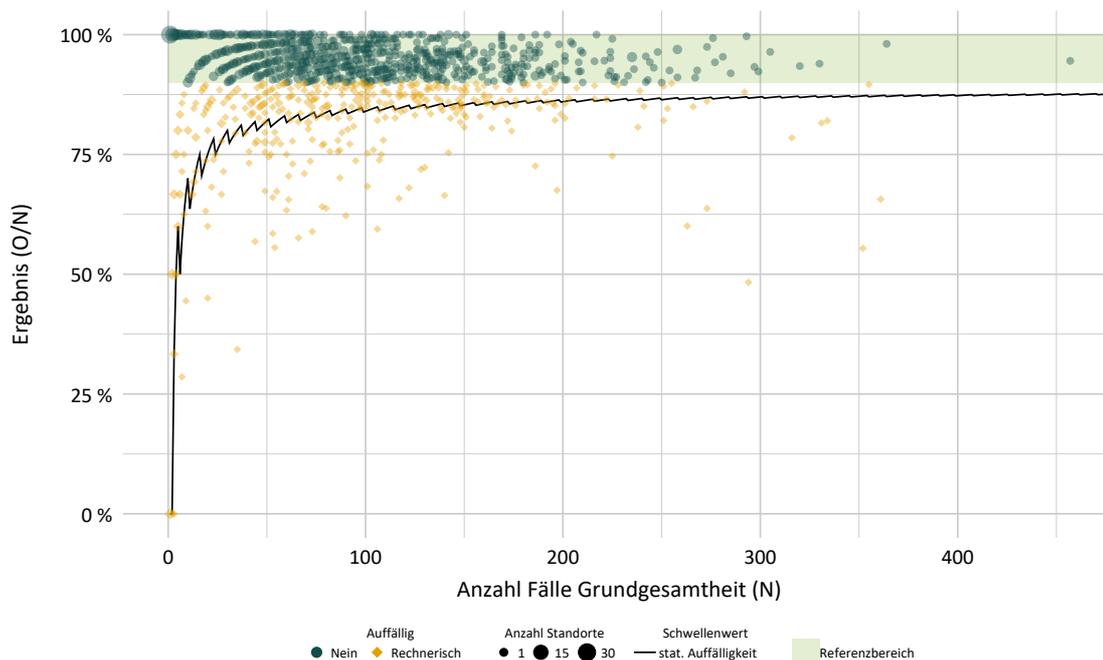
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen
ID	2009
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 106.697 / 117.273	2019: - 2020: - 2021: 90,98 %	2019: - 2020: - 2021: 90,82 % - 91,14 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Alle Patientinnen und Patienten (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 122.181/122.181
2.1.1	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	90,94 % 111.106/122.181
2.1.1.1	Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	87,77 % 20.959/23.880
2.1.1.2	Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	91,51 % 83.778/91.548
2.1.1.3	Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	94,31 % 6.369/6.753
2.1.2	Ohne antimikrobielle Therapie	3,61 % 4.415/122.181

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 117.273/117.273
2.2.1	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	90,98 % 106.697/117.273
2.2.1.1	Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	87,78 % 20.144/22.948
2.2.1.2	Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	91,58 % 80.914/88.357
2.2.1.3	Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	94,49 % 5.639/5.968
2.2.2	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	66,88 % 172.653/258.158
2.2.3	Ohne antimikrobielle Therapie	3,52 % 4.124/117.273

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 4.908/4.908

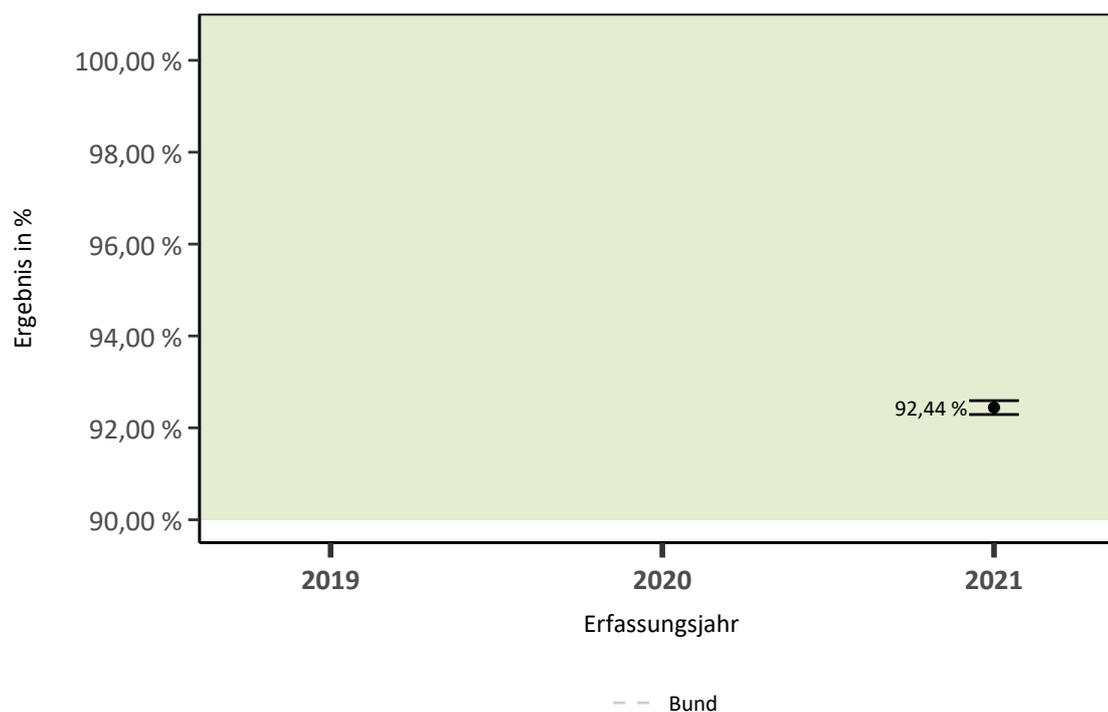
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3.1	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	89,83 % 4.409/4.908
2.3.2	Ohne antimikrobielle Therapie	5,93 % 291/4.908

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

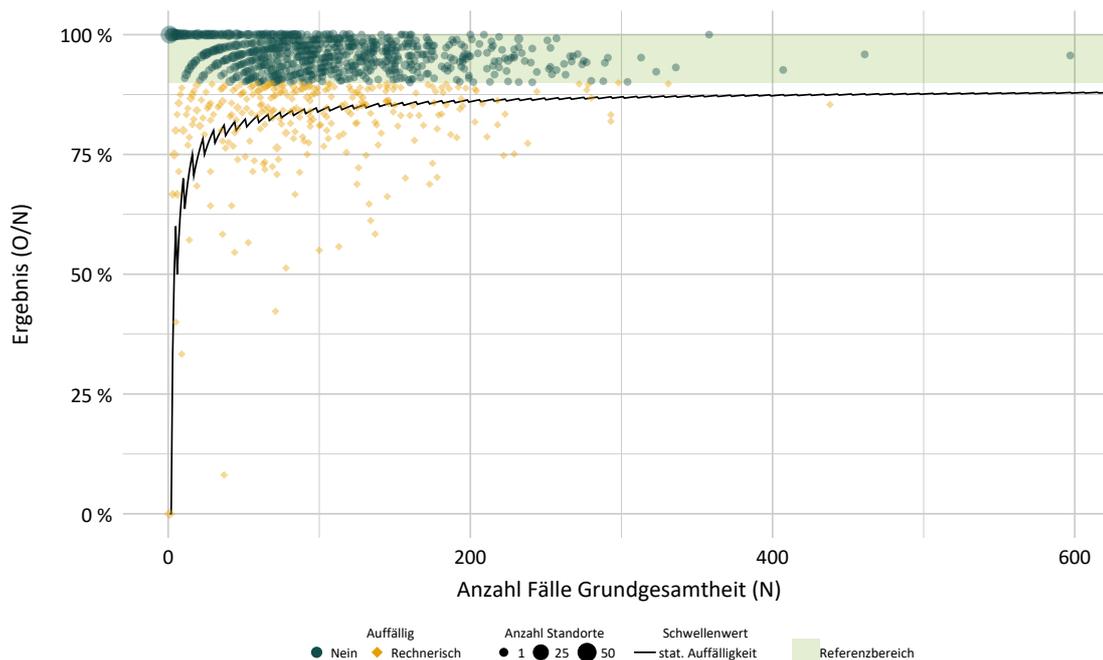
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
ID	2013
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 108.645 / 117.527	2019: - 2020: - 2021: 92,44 %	2019: - 2020: - 2021: 92,29 % - 92,59 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde ¹	93,28 % 173.595/186.106
3.1.1	Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	95,33 % 63.086/66.173
3.1.2	Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)	92,44 % 108.645/117.527
3.1.3	Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	92,77 % 59.238/63.857
3.1.4	Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	77,47 % 1.864/2.406

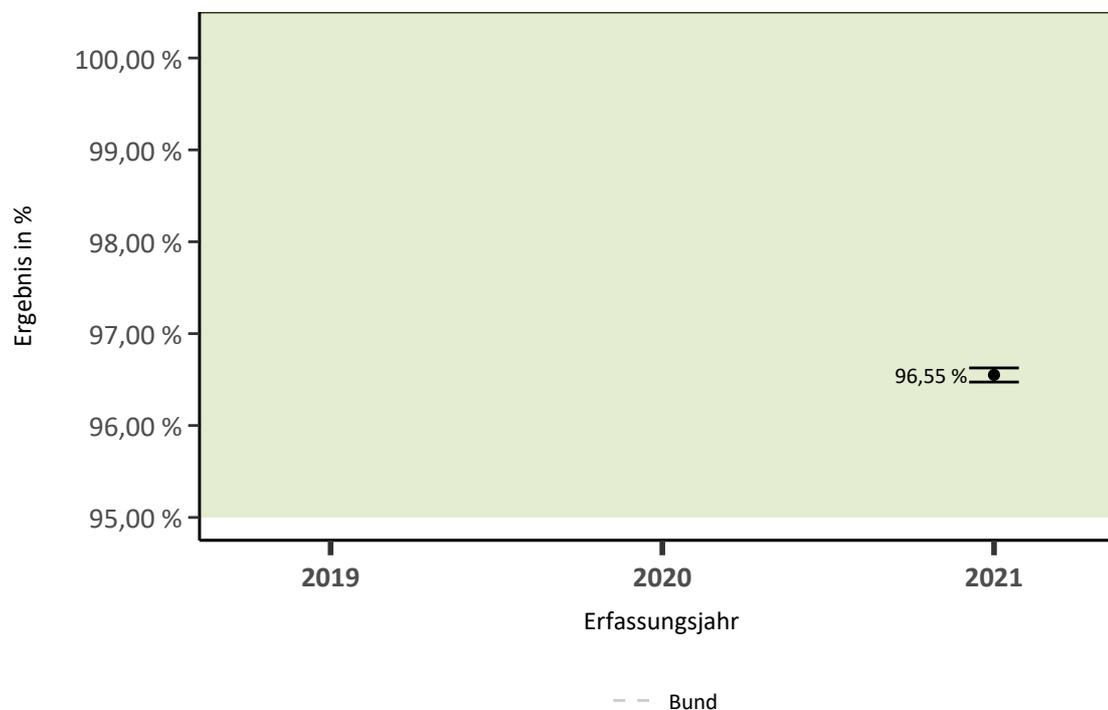
¹ Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

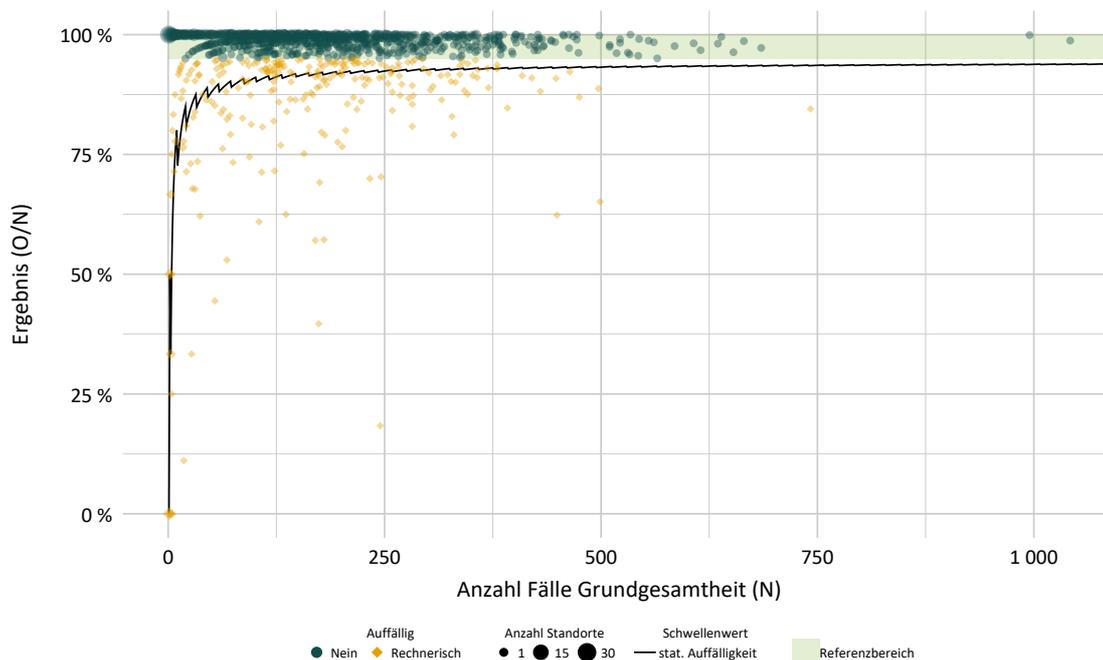
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
ID	2028
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = 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 Therapieeinstellung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 208.935 / 216.399	2019: - 2020: - 2021: 96,55 %	2019: - 2020: - 2021: 96,47 % - 96,63 %

Details zu den Ergebnissen

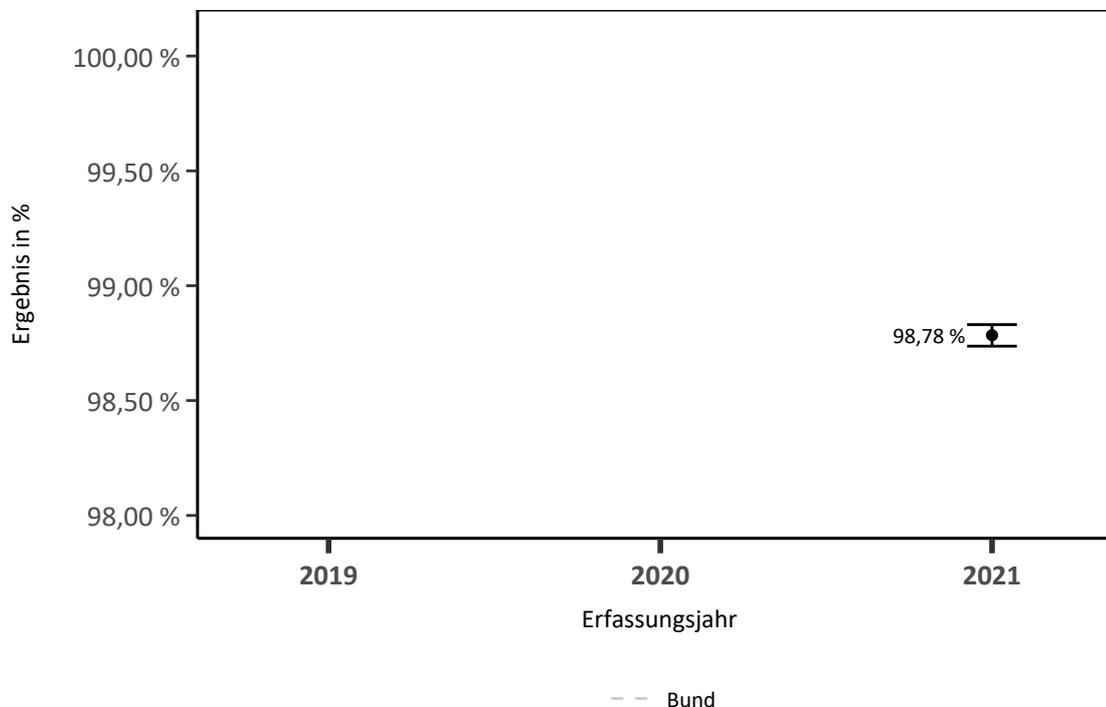
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt	96,55 % 208.935/216.399
4.1.2	Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	95,74 % 96.358/100.646
4.1.3	Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 216.399/216.399
4.1.4	Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 216.399/216.399
4.1.5	Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	96,91 % 209.723/216.399
4.1.6	Herzfrequenz gemessen	99,80 % 215.975/216.399
4.1.7	Temperatur gemessen	99,81 % 215.980/216.399
4.1.8	Sauerstoffsättigung gemessen	99,39 % 215.073/216.399
4.1.9	Blutdruck gemessen	99,77 % 215.902/216.399

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

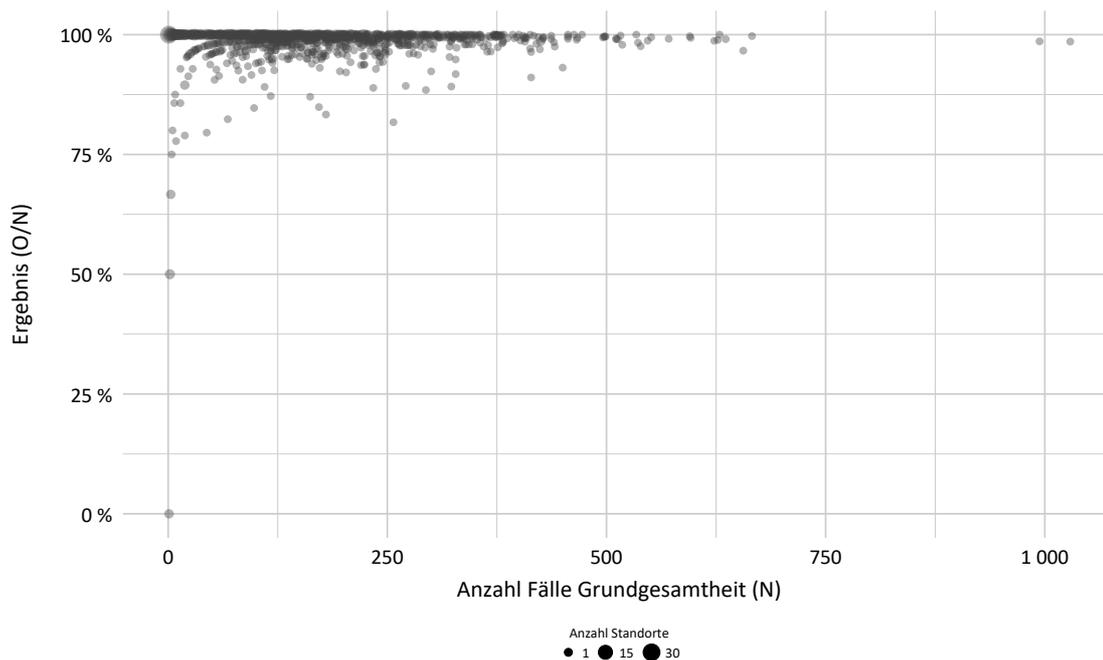
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
ID	2036
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 206.190 / 208.727	2019: - 2020: - 2021: 98,78 %	2019: - 2020: - 2021: 98,74 % - 98,83 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung	98,78 % 206.190/208.727
5.1.1	Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,24 % 207.137/208.727
5.1.2	Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	97,17 % 202.814/208.727
5.1.3	Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute	98,54 % 205.685/208.727
5.1.4	Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute	98,46 % 205.521/208.727
5.1.5	Temperatur ≤ 37,8 °C	98,72 % 206.054/208.727
5.1.6	Sauerstoffsättigung ≥ 90 %	98,55 % 205.704/208.727
5.1.7	Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg	98,97 % 206.576/208.727

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	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)	98,66 % 94.920/96.213

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

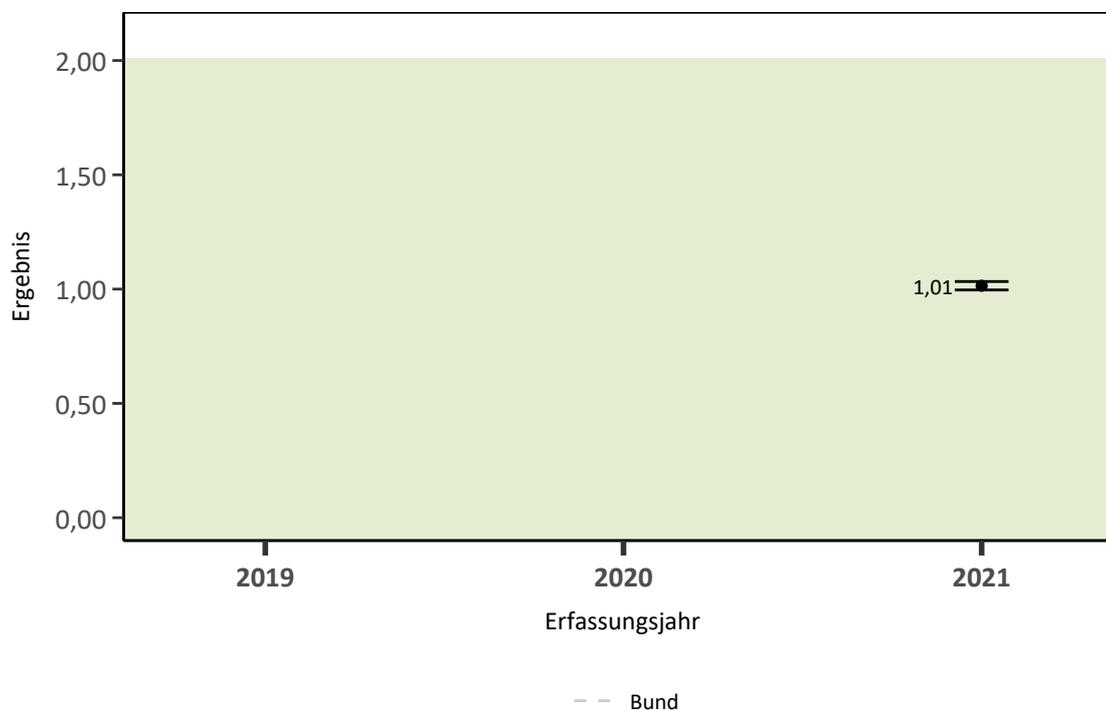
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
---------------	---------------------------------------

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

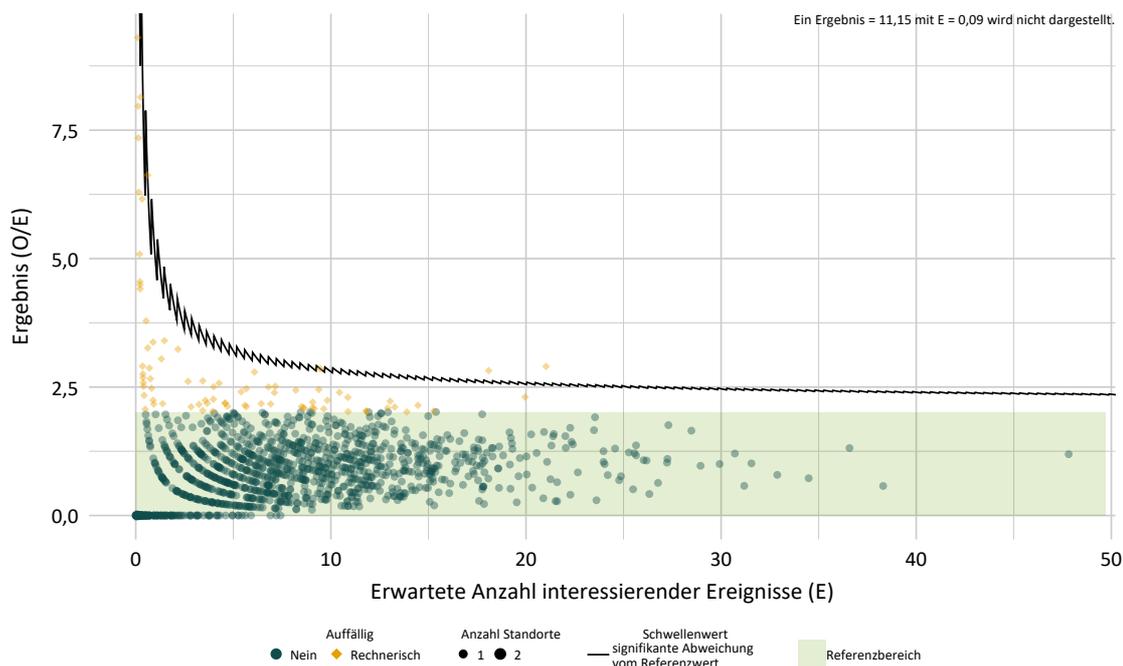
ID	50778
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	≤ 2,01 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

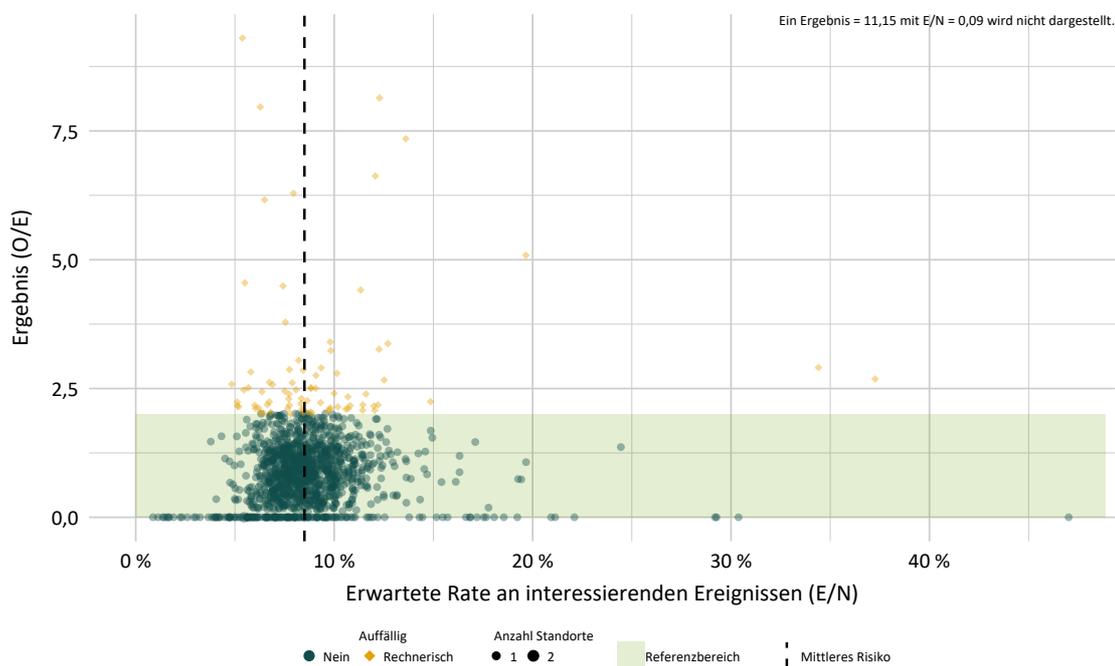
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019: - 2020: - 2021: 122.181	2019: - / - 2020: - / - 2021: 10.539 / 10.387,19	2019: - 2020: - 2021: 1,01	2019: - 2020: - 2021: 1,00 - 1,03

* 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.

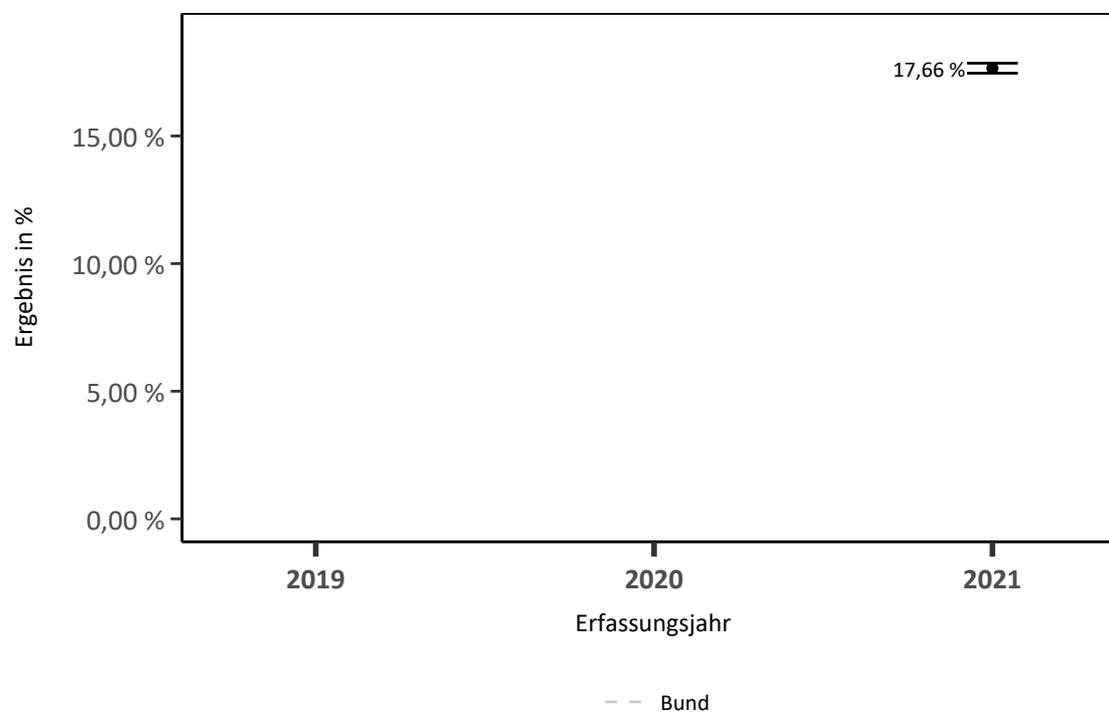
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)

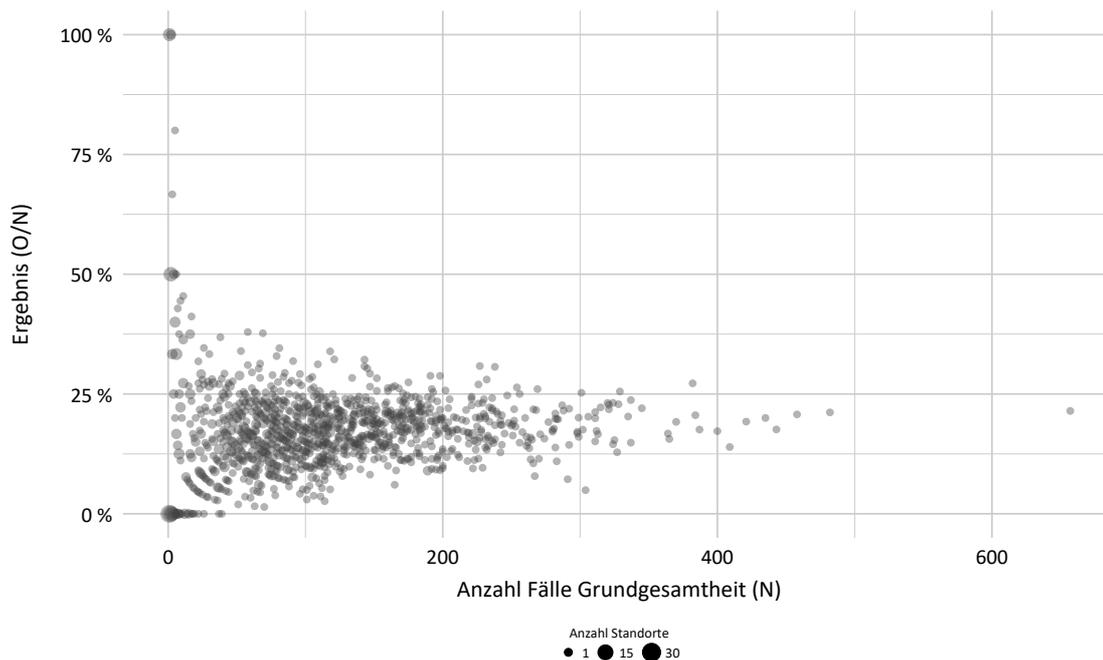
ID	231900
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 25.597 / 144.975	2019: - 2020: - 2021: 17,66 %	2019: - 2020: - 2021: 17,46 % - 17,85 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (ohne COVID-19-Fälle)	8,63 % 10.539/122.181
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ²	
6.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	8,63 % 10.539/122.181
6.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	8,50 % 10.387,19/122.181
6.1.1.3	O/E	1,01

² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (inkl. COVID-19-Fälle)	9,71 % 26.367/271.554
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
6.2.1.1	O/N (observed, beobachtet)	9,71 % 26.367/271.554
6.2.1.2	E/N (expected, erwartet)	9,54 % 25.914,35/271.554
6.2.1.3	O/E (inkl. COVID-19-Fälle)	1,02

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	10,60 % 15.828/149.373
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴	
6.3.1.1	O/N (observed, beobachtet)	10,60 % 15.828/149.373
6.3.1.2	E/N (expected, erwartet)	10,39 % 15.527,16/149.373
6.3.1.3	O/E (nur COVID-19-Fälle)	1,02

⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	4,05 % 1.004/24.774
6.4.1	ohne Therapieeinstellung	2,14 % 511/23.880
6.4.2	mit Therapieeinstellung	55,15 % 493/894

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.5	Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 2 (1 bis 2 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	18,12 % 19.928/109.958
6.5.1	ohne Therapieeinstellung	8,95 % 8.189/91.548
6.5.2	mit Therapieeinstellung	63,76 % 11.739/18.410

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.6	Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 3 (3 bis 4 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	45,54 % 4.665/10.243
6.6.1	ohne Therapieeinstellung	27,23 % 1.839/6.753
6.6.2	mit Therapieeinstellung	80,97 % 2.826/3.490

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (ohne COVID-19-Fälle)	17,66 % 25.597/144.975
6.7.1	18 - 19 Jahre	3,30 % 9/273
6.7.2	20 - 29 Jahre	3,03 % 50/1.650
6.7.3	30 - 39 Jahre	2,99 % 96/3.209
6.7.4	40 - 49 Jahre	4,21 % 219/5.196
6.7.5	50 - 59 Jahre	7,85 % 998/12.712

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.6	60 - 69 Jahre	11,76 % 2.650/22.526
6.7.7	70 - 79 Jahre	16,90 % 5.647/33.419
6.7.8	80 - 89 Jahre	22,75 % 11.482/50.475
6.7.9	≥ 90 Jahre	28,66 % 4.446/15.515

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 25.597/25.597
6.8.1	18 - 19 Jahre	0,04 % 9/25.597
6.8.2	20 - 29 Jahre	0,20 % 50/25.597
6.8.3	30 - 39 Jahre	0,38 % 96/25.597
6.8.4	40 - 49 Jahre	0,86 % 219/25.597
6.8.5	50 - 59 Jahre	3,90 % 998/25.597
6.8.6	60 - 69 Jahre	10,35 % 2.650/25.597
6.8.7	70 - 79 Jahre	22,06 % 5.647/25.597
6.8.8	80 - 89 Jahre	44,86 % 11.482/25.597
6.8.9	≥ 90 Jahre	17,37 % 4.446/25.597

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) (ohne COVID-19-Fälle)	8,63 % 10.539/122.181
6.9.1	18 - 19 Jahre	x % ≤3/265
6.9.2	20 - 29 Jahre	1,93 % 31/1.603

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9.3	30 - 39 Jahre	1,66 % 52/3.141
6.9.4	40 - 49 Jahre	2,58 % 130/5.043
6.9.5	50 - 59 Jahre	4,07 % 486/11.937
6.9.6	60 - 69 Jahre	6,21 % 1.270/20.452
6.9.7	70 - 79 Jahre	8,53 % 2.445/28.656
6.9.8	80 - 89 Jahre	11,34 % 4.542/40.062
6.9.9	≥ 90 Jahre	14,33 % 1.580/11.022

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) (ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 10.539/10.539
6.10.1	18 - 19 Jahre	x % ≤3/10.539
6.10.2	20 - 29 Jahre	0,29 % 31/10.539
6.10.3	30 - 39 Jahre	0,49 % 52/10.539
6.10.4	40 - 49 Jahre	1,23 % 130/10.539
6.10.5	50 - 59 Jahre	4,61 % 486/10.539
6.10.6	60 - 69 Jahre	12,05 % 1.270/10.539
6.10.7	70 - 79 Jahre	23,20 % 2.445/10.539
6.10.8	80 - 89 Jahre	43,10 % 4.542/10.539
6.10.9	≥ 90 Jahre	14,99 % 1.580/10.539

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	17,66 % 25.597/144.975

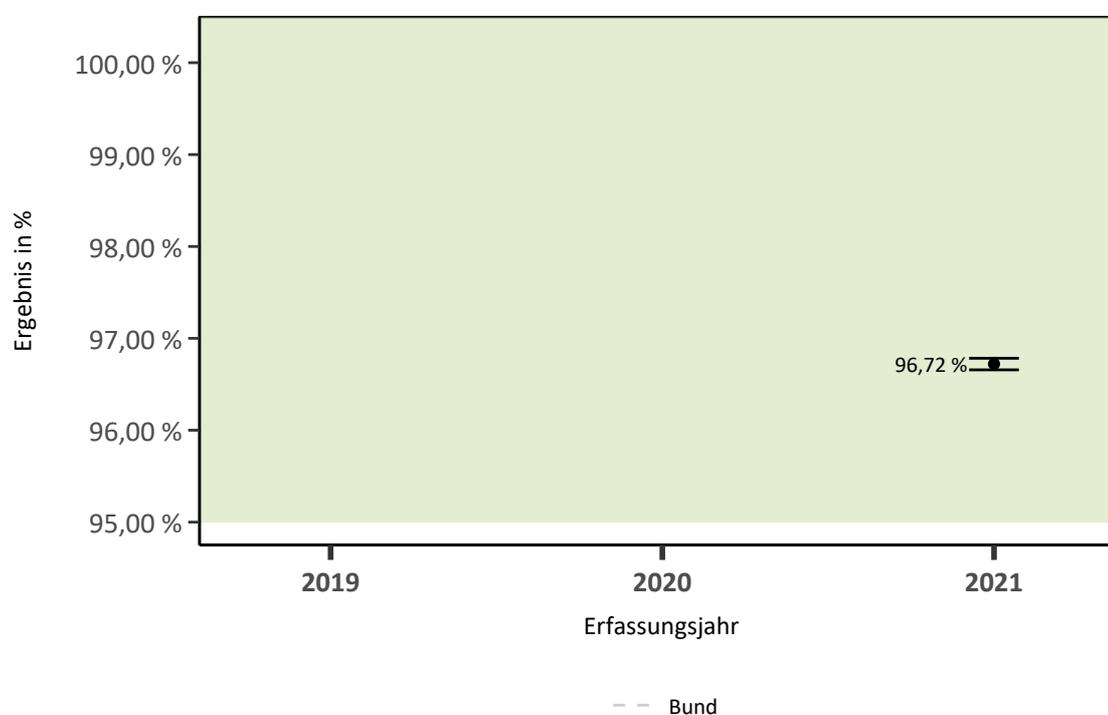
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	18,18 % 56.971/313.385

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

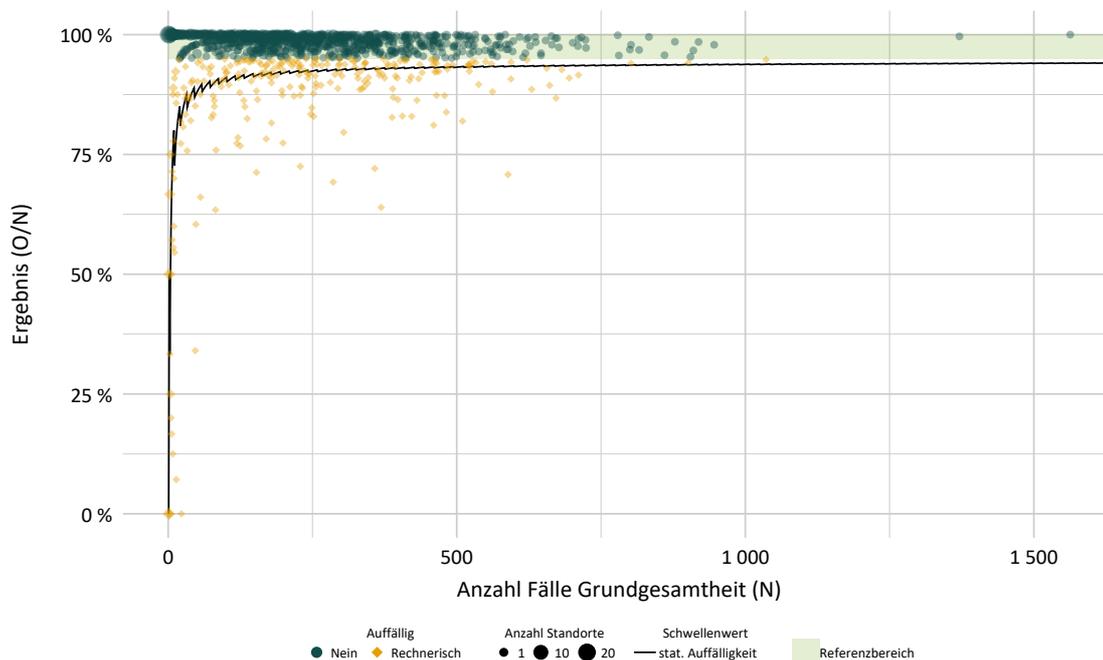
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
ID	50722
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 295.836 / 305.866	2019: - 2020: - 2021: 96,72 %	2019: - 2020: - 2021: 96,66 % - 96,78 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,72 % 295.836/305.866

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,66 % 136.318/141.027

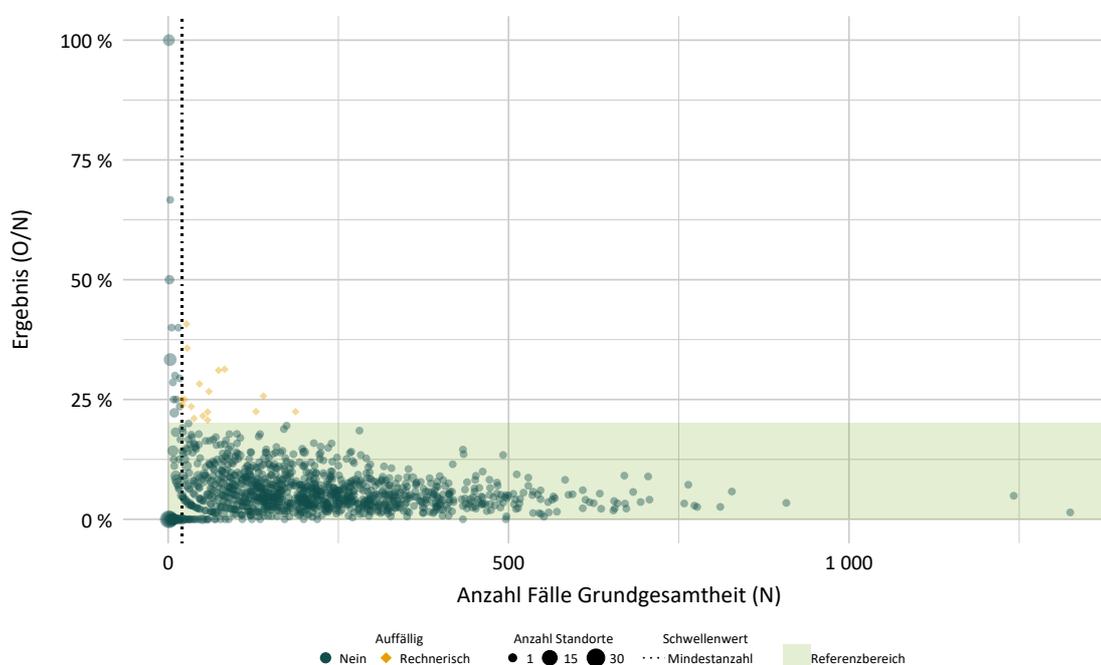
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

ID	811822
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



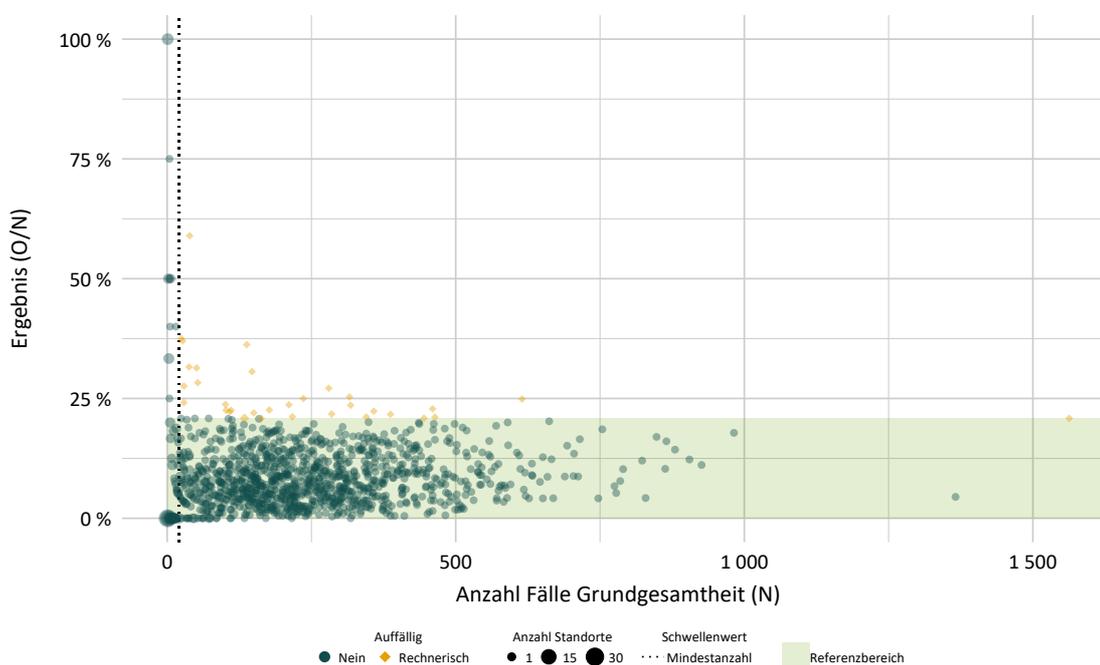
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	13.897 / 258.700	5,37 %	1,26 % 17/1.344

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

ID	811826
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute
Referenzbereich	$\leq 20,83\%$ (97. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

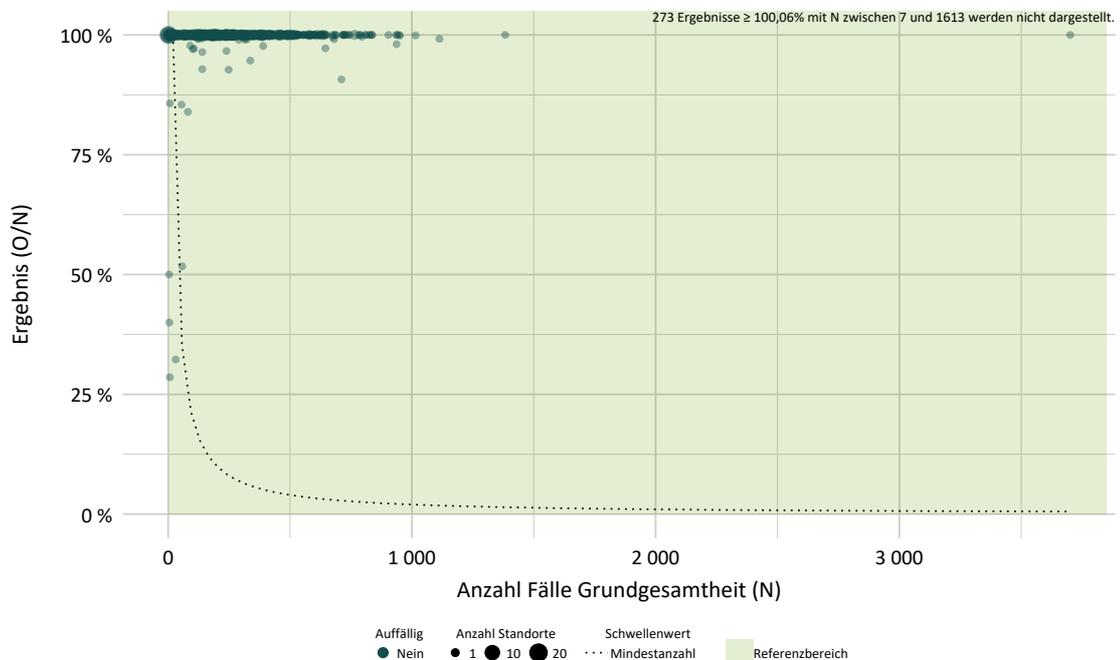
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	26.729 / 295.836	9,04 %	2,54 % 34/1.336

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850102
Begründung für die Auswahl	<p>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.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



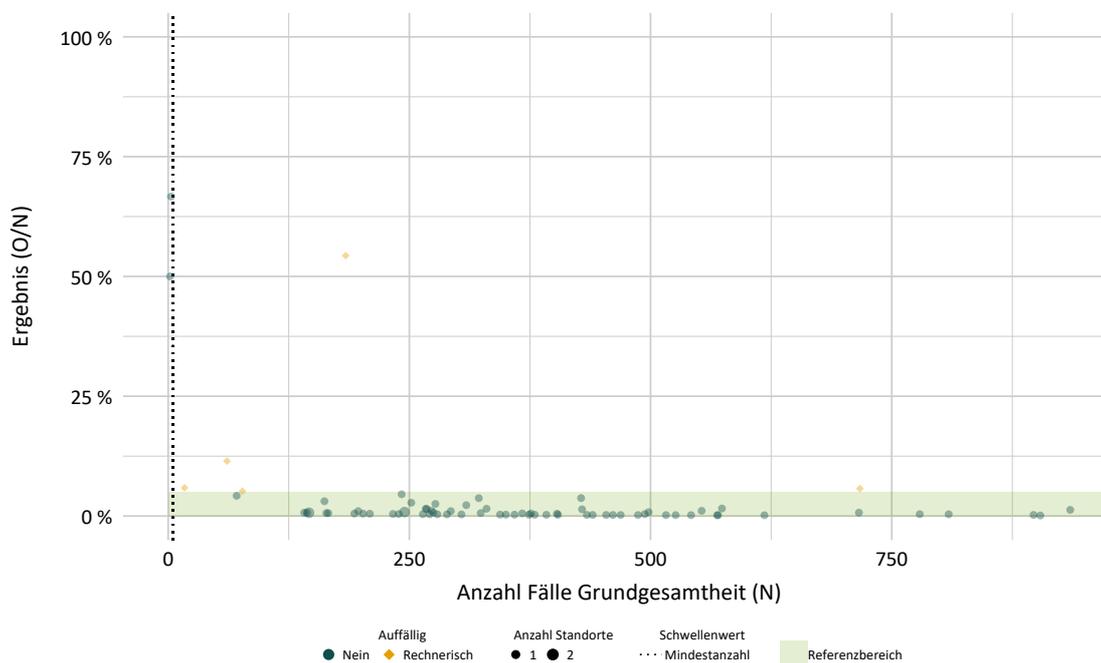
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	313.751 / 312.368	100,44 %	1,07 % 12/1.119

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850229
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik 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

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	366 / 312.368	0,12 %	0,45 % 5/1.119

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	87.618	27,96
2. Quartal	77.040	24,58
3. Quartal	55.604	17,74
4. Quartal	93.123	29,72
Gesamt	313.385	100,00

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	481	0,15
20 - 29 Jahre	5.088	1,62
30 - 39 Jahre	13.144	4,19
40 - 49 Jahre	22.677	7,24
50 - 59 Jahre	41.534	13,25
60 - 69 Jahre	54.677	17,45
70 - 79 Jahre	65.561	20,92
80 - 89 Jahre	86.185	27,50
≥ 90 Jahre	24.038	7,67

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	313.385
Minimum	18,00
5. Perzentil	38,00
25. Perzentil	59,00
Mittelwert	69,55
Median	73,00
75. Perzentil	83,00
95. Perzentil	91,00
Maximum	110,00

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Geschlecht		
(1) männlich	185.201	59,10
(2) weiblich	128.178	40,90
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
Alle Patienten					
Bund (gesamt)					
< 30 Jahre	3.445 1,10 %	2.124 0,68 %	0 0,00 %	0 0,00 %	5.569 1,78 %
30 - 39 Jahre	8.294 2,65 %	4.849 1,55 %	≤3 x %	0 0,00 %	13.144 4,19 %
40 - 49 Jahre	14.405 4,60 %	8.271 2,64 %	≤3 x %	0 0,00 %	22.677 7,24 %
50 - 59 Jahre	26.447 8,44 %	15.087 4,81 %	0 0,00 %	0 0,00 %	41.534 13,25 %
60 - 69 Jahre	33.999 10,85 %	20.678 6,60 %	0 0,00 %	0 0,00 %	54.677 17,45 %
70 - 79 Jahre	40.372 12,88 %	25.189 8,04 %	0 0,00 %	0 0,00 %	65.561 20,92 %
80 - 89 Jahre	47.792 15,25 %	38.389 12,25 %	≤3 x %	≤3 x %	86.185 27,50 %
≥ 90 Jahre	10.447 3,33 %	13.591 4,34 %	0 0,00 %	0 0,00 %	24.038 7,67 %
Gesamt	185.201 59,10 %	128.178 40,90 %	≤3 x %	≤3 x %	313.385 100,00 %

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Aufnahmearbeit		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	48.520	15,48
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	15.997	5,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Chronische Bettlägerigkeit		
(0) nein	274.413	87,56
(1) ja	38.972	12,44

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme		
(1) ja	7.519	2,40
(0) nein	305.866	97,60
davon Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme		
(0) nein	226.806	74,15
(1) ja, pneumoniebedingt	21.705	7,10
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	51.268	16,76
(9) nicht beurteilbar	6.087	1,99
davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60)		
1 - 10 / min.	285	0,09
10 - 19 / min.	150.805	49,30
20 - 29 / min.	118.017	38,58
30 - 60 / min.	26.656	8,71
nicht bestimmt	10.030	3,28
davon Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme		
systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg	7.318	2,39
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	128.583	42,04
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	31.778	10,39
systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg	1.997	0,65
nicht bestimmt	0	0,00

CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden	N = 305.866	
CRB-65-Score ohne beatmete Patienten		
CRB-65-Index = 0	86.194	28,18
CRB-65-Index = 1	153.454	50,17
CRB-65-Index = 2	55.585	18,17
CRB-65-Index = 3	9.584	3,13
CRB-65-Index = 4	1.049	0,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz	N = 10.030	
CRB-65-Risiko bei Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patienten)		
CRB-65-Index = 0	2.798	27,90
CRB-65-Index = 1	5.191	51,75
CRB-65-Index = 2	1.812	18,07
CRB-65-Index = 3	229	2,28
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	1.565	0,50
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	309.015	98,61
(2) 4 bis unter 8 Stunden	1.636	0,52
(3) 8 Stunden und später	1.169	0,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	N = 311.820	
Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme		
(0) unter 90%	42.617	13,67
(1) mindestens 90%	195.581	62,72
(2) unter 90% mit Sauerstoffgabe	18.169	5,83
(3) mindestens 90% mit Sauerstoffgabe	55.453	17,78

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Initiale antimikrobielle Therapie		
(0) keine antimikrobielle Therapie	76.651	24,46
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	191.209	61,01
(2) 4 bis unter 8 Stunden	15.291	4,88
(3) 8 Stunden und später	23.529	7,51
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie	6.705	2,14

Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Beginn der Mobilisation⁵		
(0) keine Mobilisation	51.142	16,32
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	240.803	76,84
(2) nach 24 Stunden und später	21.440	6,84
Maschinelle Beatmung		
(0) nein	254.332	81,16
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	29.227	9,33
(2) ja, ausschließlich invasiv	10.746	3,43
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	19.080	6,09
Dokumentierter Therapieverzicht⁶		
(0) nein	271.554	86,65
(1) ja	41.831	13,35
davon		
Behandlung regulär beendet	6.017	14,38
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	3.890	9,30
im Krankenhaus verstorben	30.604	73,16
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.320	3,16

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)	226.569	72,30
davon Patienten mit Desorientierung		
(0) nein	190.854	84,24
(1) ja, pneumoniebedingt	1.913	0,84
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	33.802	14,92
davon Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme		
(0) nein	7.918	3,49
(1) ja	218.651	96,51
davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz		
(1) maximal 24/min	215.697	95,20
(2) über 24/min	3.357	1,48
(3) nicht bestimmt	7.275	3,21
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	240	0,11
davon Patienten mit Herzfrequenz		
(1) maximal 100/min	222.351	98,14
(2) über 100/min	3.740	1,65
(3) nicht bestimmt	478	0,21
davon Patienten mit Temperatur		
(1) maximal 37,8°C	223.079	98,46
(2) über 37,8°C	3.023	1,33
(3) nicht bestimmt	467	0,21
davon Patienten mit Sauerstoffsättigung		
(1) unter 90%	3.733	1,65
(2) mindestens 90%	221.348	97,70
(3) nicht bestimmt	1.488	0,66
davon Patienten mit Blutdruck, systolisch		
(1) unter 90 mmHg	2.526	1,11
(2) mindestens 90 mmHg	223.491	98,64
(3) nicht bestimmt	552	0,24

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Stationärer Aufenthalt		
< 1 Tag	5.170	1,65
1 - 7 Tage	146.658	46,80
8 - 14 Tage	105.983	33,82
15 - 21 Tage	32.694	10,43
> 21 Tage	22.880	7,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)⁷		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	167	0,05
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	165.676	52,87
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	1.292	0,41
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	636	0,20
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	43.237	13,80
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	1.595	0,51
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	90.014	28,72
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	26.182	8,35
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	1.293	0,41

⁷ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 313.385	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	192.632	61,47
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.934	1,26
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	539	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	5.435	1,73
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	4	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	22.799	7,28
(07) Tod	56.971	18,18
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁸	603	0,19
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.892	0,92
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	26.375	8,42
(11) Entlassung in ein Hospiz	191	0,06
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	169	0,05
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	28	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	114	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁹	568	0,18
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	8	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹⁰	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	31	0,01
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	92	0,03

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

⁹ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁰ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei allen Patienten		
Alle Patienten	313.385	100,00
davon verstorben	56.971	18,18
Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	48.520	15,48
davon verstorben	16.390	33,78
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	15.997	5,10
davon verstorben	4.336	27,11
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	297.388	94,90
davon verstorben	52.635	17,70
Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	7.519	2,40
davon verstorben	3.510	46,68
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	2.905	0,93
davon verstorben	1.326	45,65
Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	59.053	18,84
davon verstorben	22.824	38,65
Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	29.227	9,33
davon verstorben	8.114	27,76
Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	10.746	3,43
davon verstorben	5.788	53,86
Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	19.080	6,09
davon verstorben	8.922	46,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung		
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	271.554	100,00
davon verstorben	26.367	9,71
Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	32.587	12,00
davon verstorben	5.859	17,98
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	13.396	4,93
davon verstorben	2.228	16,63
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	258.158	95,07
davon verstorben	24.139	9,35
Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	5.794	2,13
davon verstorben	1.981	34,19
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	2.385	0,88
davon verstorben	839	35,18
Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	47.456	17,48
davon verstorben	12.510	26,36
Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	23.210	8,55
davon verstorben	2.989	12,88
Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	8.282	3,05
davon verstorben	3.540	42,74
Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	15.964	5,88
davon verstorben	5.981	37,47