

Bundesauswertung

CAP: **Ambulant erworbene Pneumonie**

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Impressum

Titel Ambulant erworbene Pneumonie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr
2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrensupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Datengrundlagen	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	6
Ergebnisübersicht	7
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024	8
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024.	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)	15
2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	18
Details zu den Ergebnissen	21
2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	22
Details zu den Ergebnissen	25
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme	27
Details zu den Ergebnissen	30
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	31
Details zu den Ergebnissen	34
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	35
Details zu den Ergebnissen	38
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus	39
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	39
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	43
Details zu den Ergebnissen	45
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	50
Details zu den Ergebnissen	53
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	54
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	54

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	54
811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“.....	56
851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben.....	58
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	60
850101: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation.....	60
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	62
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	64
Basisauswertung.....	66
Basisdokumentation.....	66
Patientin und Patient.....	66
Altersverteilung und Geschlecht.....	68
Aufnahme.....	69
CRB-65-Score.....	71
Verlauf.....	74
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	75
Entlassung.....	77
Sterblichkeit.....	80

Einleitung

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) kann sowohl nach der Art des Krankheitserregers unterschieden werden als auch danach, ob sich die Patientin oder der Patient außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) infiziert hat. Die ambulant erworbene Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) ist eine der häufigsten durch eine Infektion bedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit kann durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein.

Um die Versorgungsqualität zu messen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung einzuleiten, gehört die Pneumonie seit dem Jahr 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie stationär behandelt. Bei ca. 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.

Weiterführende Informationen

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

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

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen, sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das QS-Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	390.971 390.484 487	388.275	100,69
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.293		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.304	1.294	100,77
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	1.087	1.080	100,65

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Nicht definiert	98,92 % O = 386.268 N = 390.484
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,98 % O = 369.852 N = 373.675
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	97,66 % O = 16.416 N = 16.809
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	Nicht definiert	94,05 % O = 275.223 N = 292.636
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	Nicht definiert	93,18 % O = 170.721 N = 183.209
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Nicht definiert	96,90 % O = 285.683 N = 294.808
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,43 % O = 280.971 N = 285.464

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,88 O/E = 19.496 / 22.186,79 N = 340.975
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	13,16 % O = 51.407 N = 390.484
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Nicht definiert	97,01 % O = 371.511 N = 382.969

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit ¹	≤ 20,00 %	4,48 % 12.744 / 284.625	0,39 % 5 / 1.287
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ ²	≤ 16,39 % (97. Perzentil)	6,54 % 22.029 / 337.055	2,67 % 34 / 1.273
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben ³	≤ 50,00 %	14,06 % 2.755 / 19.590	0,44 % 5 / 1.135

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,69 % 390.971 / 388.275	1,16 % 15 / 1.294
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,69 % 390.971 / 388.275	0,54 % 7 / 1.294
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,13 % 487 / 388.275	0,54 % 7 / 1.294

- ¹ Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.
- ² Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.
- ³ Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

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

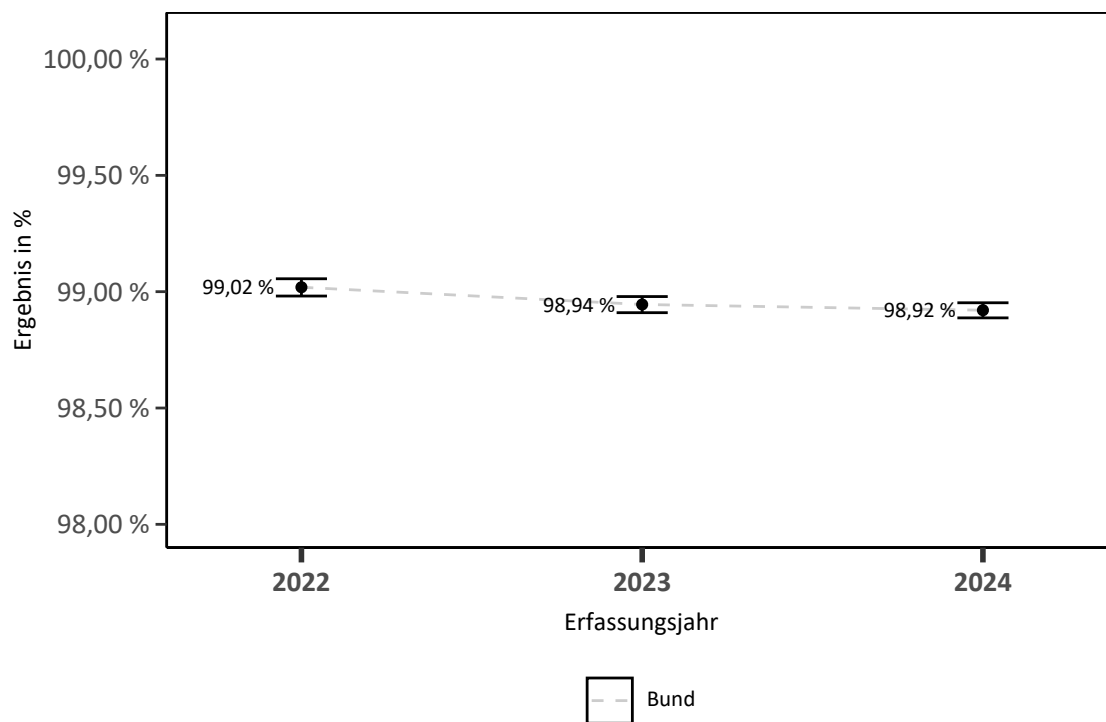
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detaillergebnisse

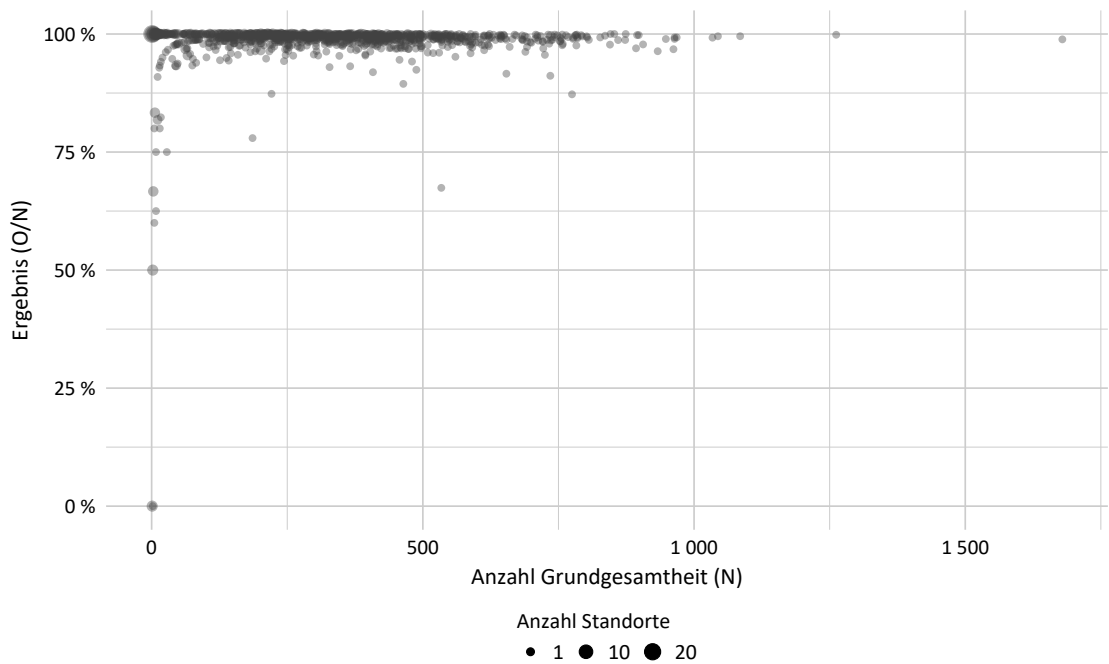
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	268.624 / 271.285	99,02	98,98 - 99,06
	2023	330.129 / 333.649	98,94	98,91 - 98,98
	2024	386.268 / 390.484	98,92	98,89 - 98,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	99,56

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

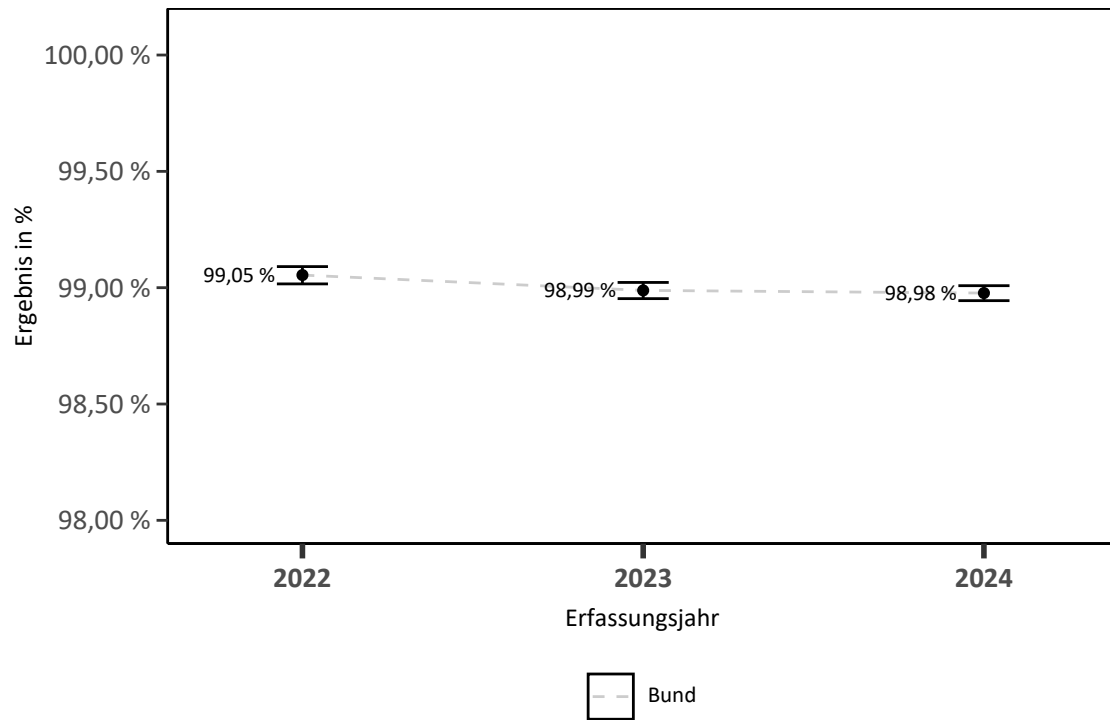
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

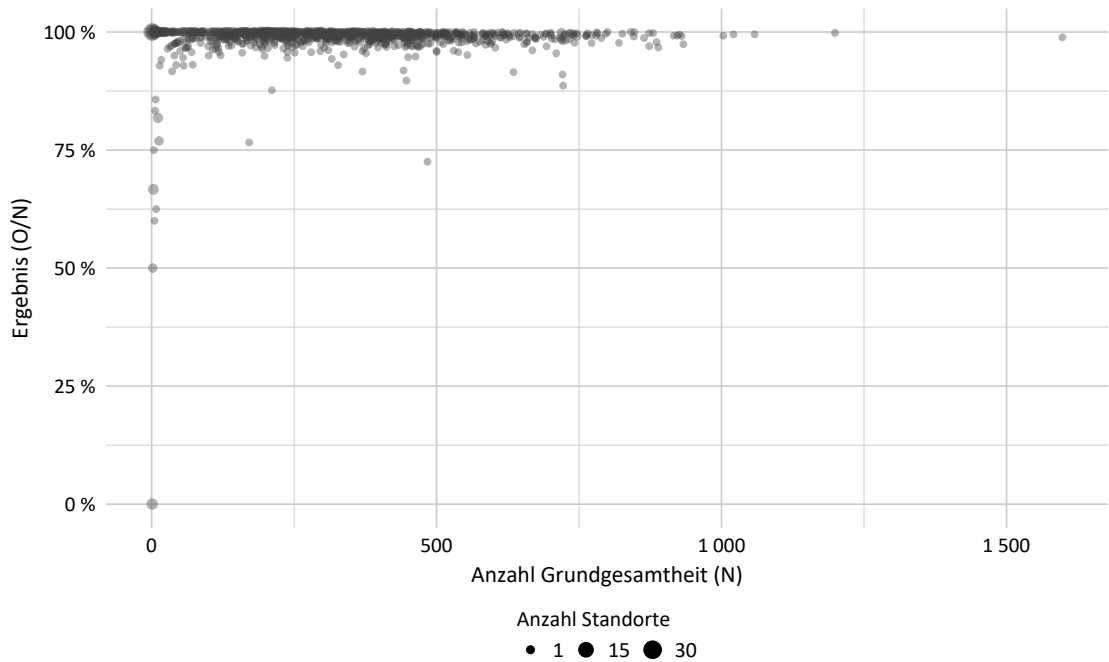
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	257.959 / 260.422	99,05	99,02 - 99,09
	2023	314.675 / 317.891	98,99	98,95 - 99,02
	2024	369.852 / 373.675	98,98	98,94 - 99,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.266	0	0,00	100,00	99,57

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

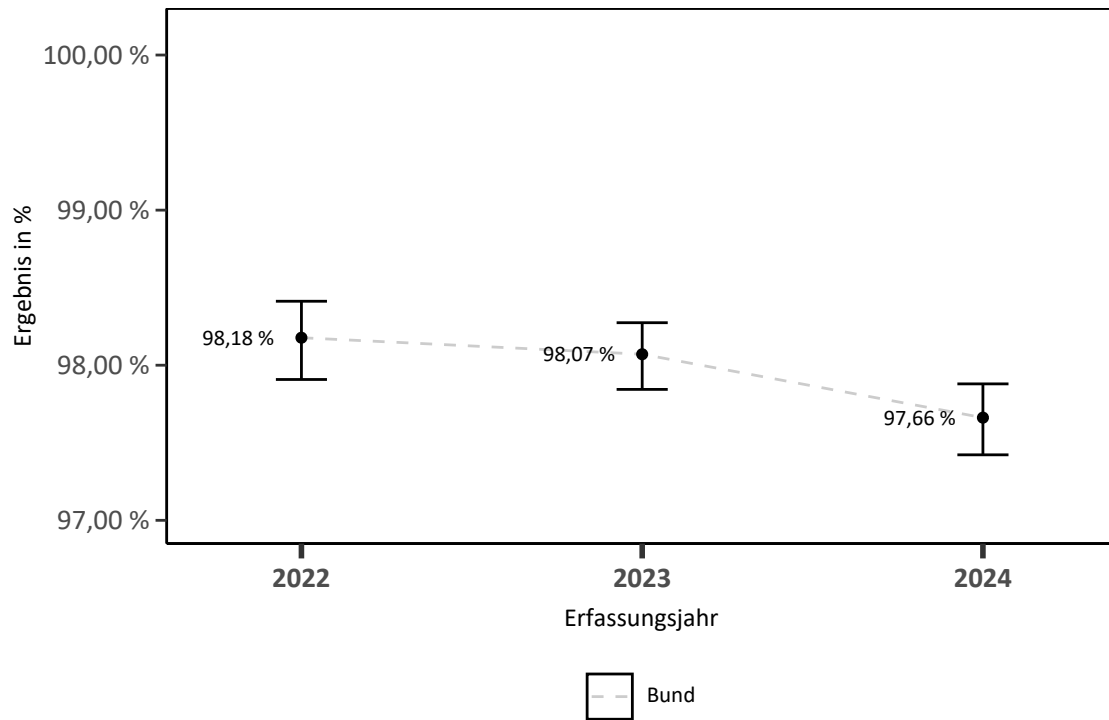
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

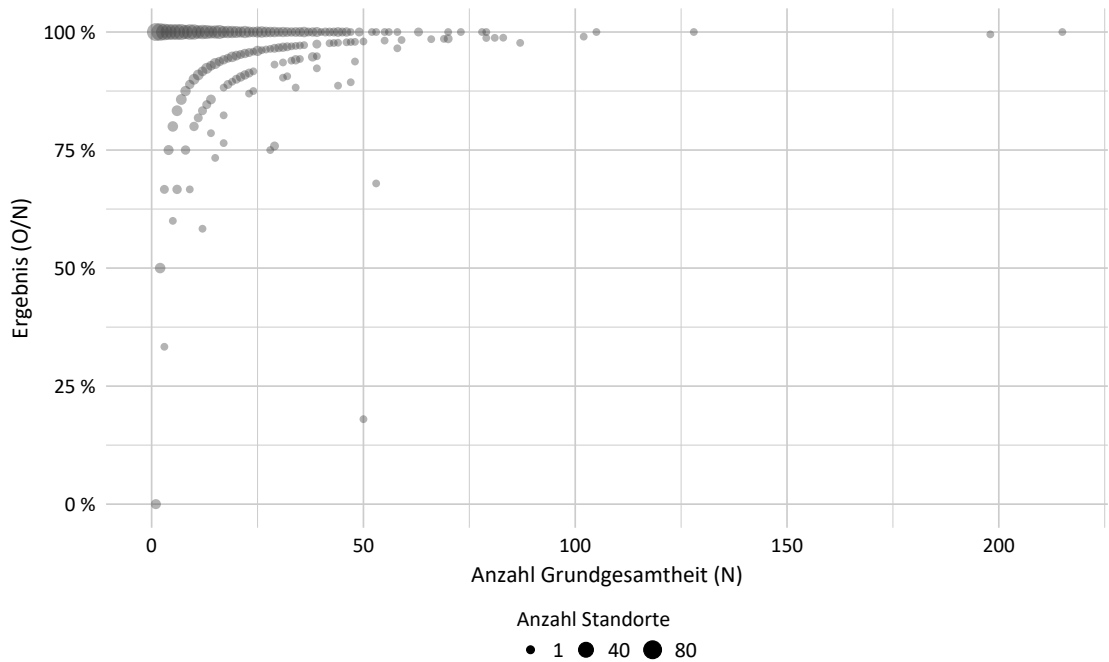
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	10.665 / 10.863	98,18	97,91 - 98,41
	2023	15.454 / 15.758	98,07	97,84 - 98,27
	2024	16.416 / 16.809	97,66	97,42 - 97,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.193	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	98,92 % 386.268/390.484
1.1.1	ID: 2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	98,98 % 369.852/373.675
1.1.2	ID: 2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	97,66 % 16.416/16.809

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 232000_2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	98,91 % 350.583/354.462
1.2.1	ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	98,96 % 336.207/339.726
1.2.2	ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,56 % 14.376/14.736

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

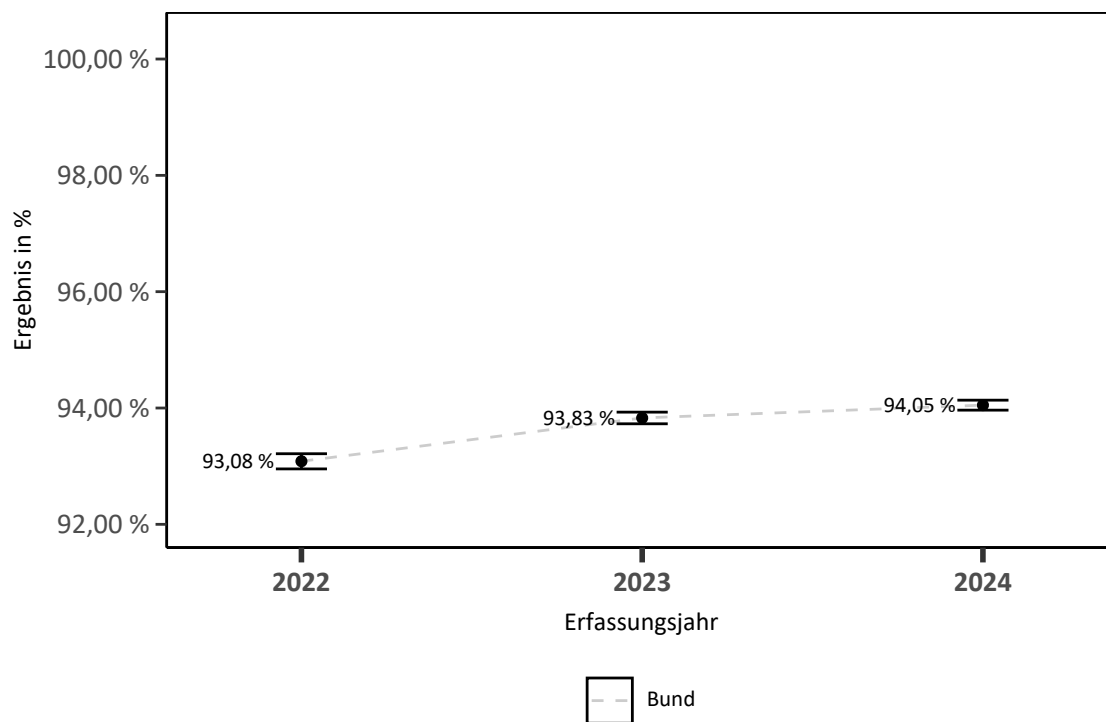
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose
Zähler	Patientinnen und Patienten mit antibiotischer Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

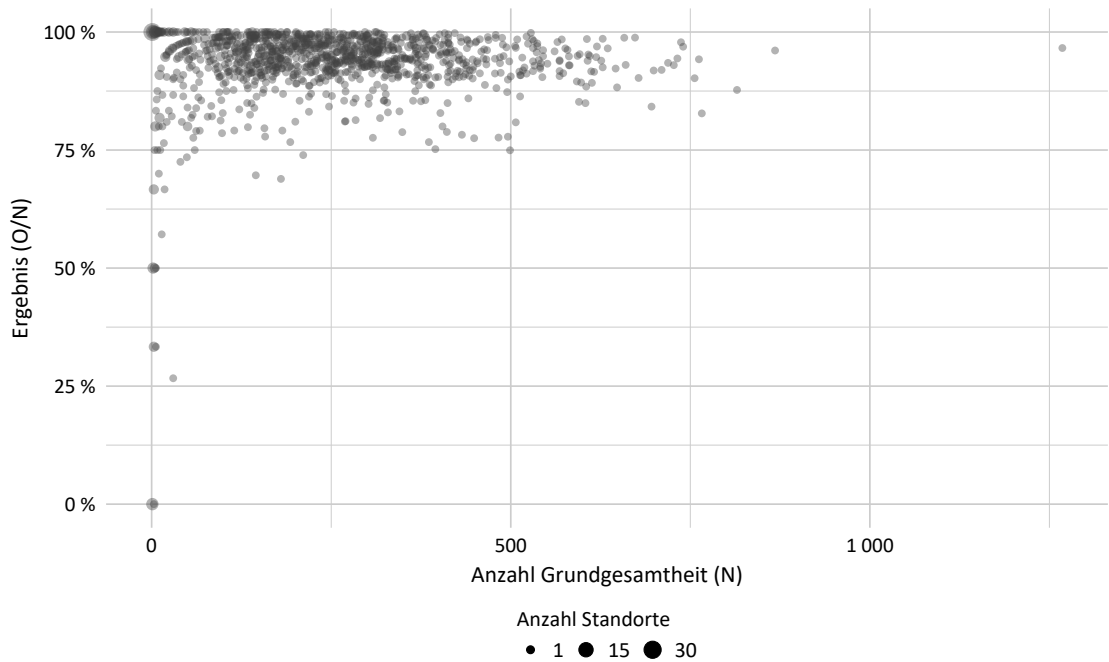
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	135.629 / 145.705	93,08	92,95 - 93,21
	2023	207.243 / 220.872	93,83	93,73 - 93,93
	2024	275.223 / 292.636	94,05	93,96 - 94,13

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.259	0	0,00	100,00	95,29

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 310.268/310.268
2.1.1	ID: 23_22001 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,81 % 291.065/310.268
2.1.1.1	ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	94,02 % 76.802/81.689
2.1.1.2	ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,66 % 202.512/216.220
2.1.1.3	ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,08 % 11.751/12.359
2.1.2	ID: 23_22005 Ohne antibiotische Therapie	1,62 % 5.032/310.268

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose)	100,00 % 292.636/292.636
2.2.1	ID: 2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	94,05 % 275.223/292.636
2.2.1.1	ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	94,27 % 73.608/78.080
2.2.1.2	ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,90 % 191.620/204.073
2.2.1.3	ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,34 % 9.995/10.483
2.2.2	ID: 232003_2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	93,98 % 282.041/300.107
2.2.3	ID: 23_22010 Ohne antibiotische Therapie	1,40 % 4.089/292.636

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 12.347/12.347
2.3.1	ID: 23_22012 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,53 % 11.548/12.347
2.3.2	ID: 23_22013 Ohne antibiotische Therapie	2,50 % 309/12.347

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

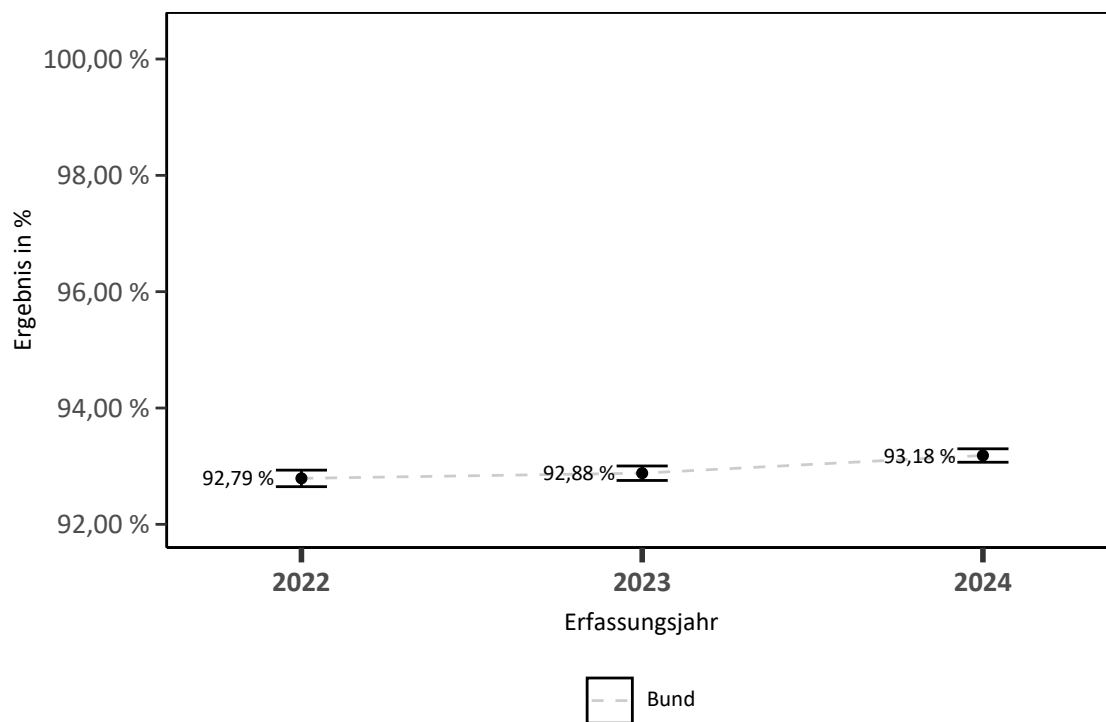
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne palliative Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

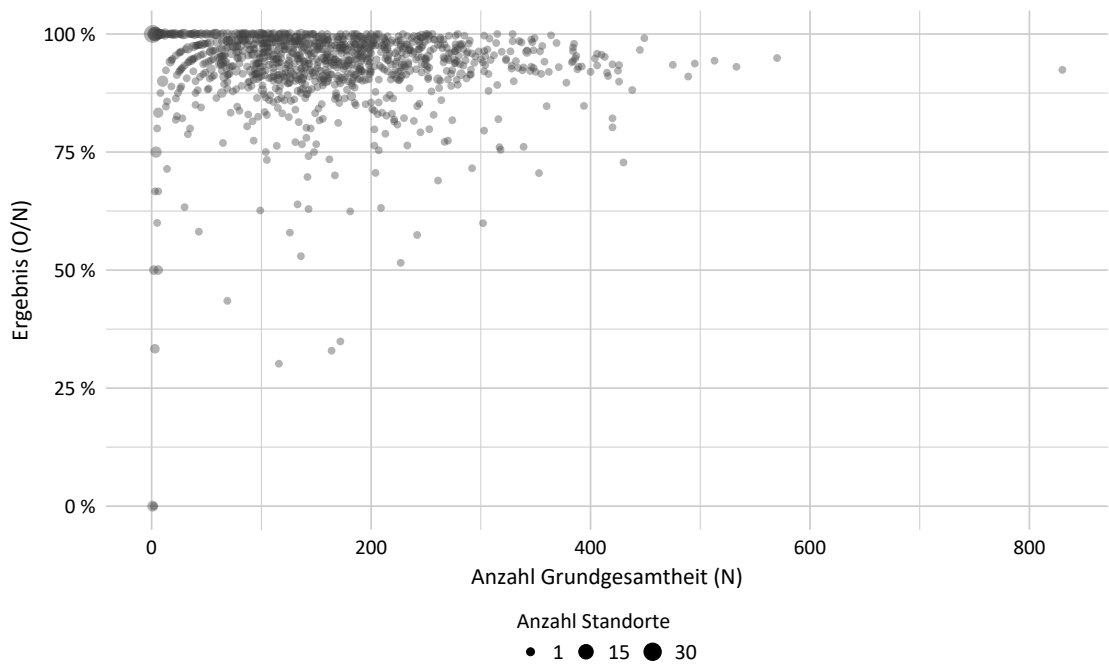
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	117.888 / 127.047	92,79	92,65 - 92,93
	2023	151.953 / 163.602	92,88	92,75 - 93,00
	2024	170.721 / 183.209	93,18	93,07 - 93,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.252	0	0,00	100,00	95,54

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 23_22016 Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde ⁴	93,86 % 244.214/260.187
3.1.1	ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	96,28 % 70.281/72.996
3.1.2	ID: 2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)	93,18 % 170.721/183.209
3.1.3	ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	93,35 % 153.187/164.100
3.1.4	ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	80,66 % 3.212/3.982

⁴ Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

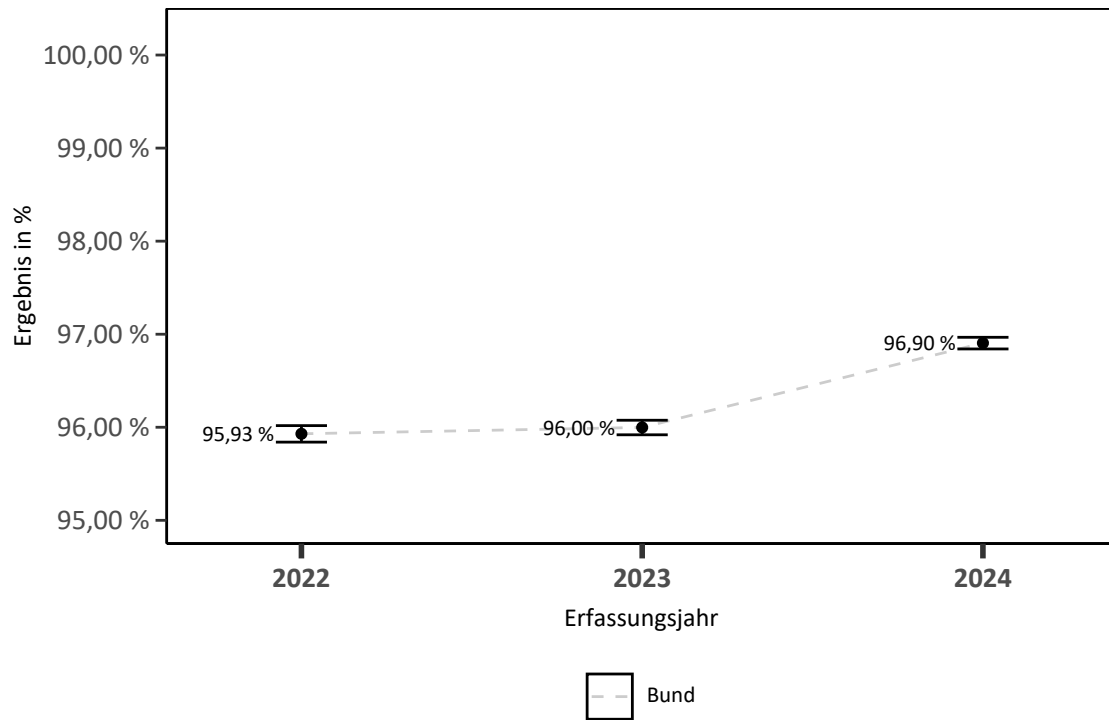
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

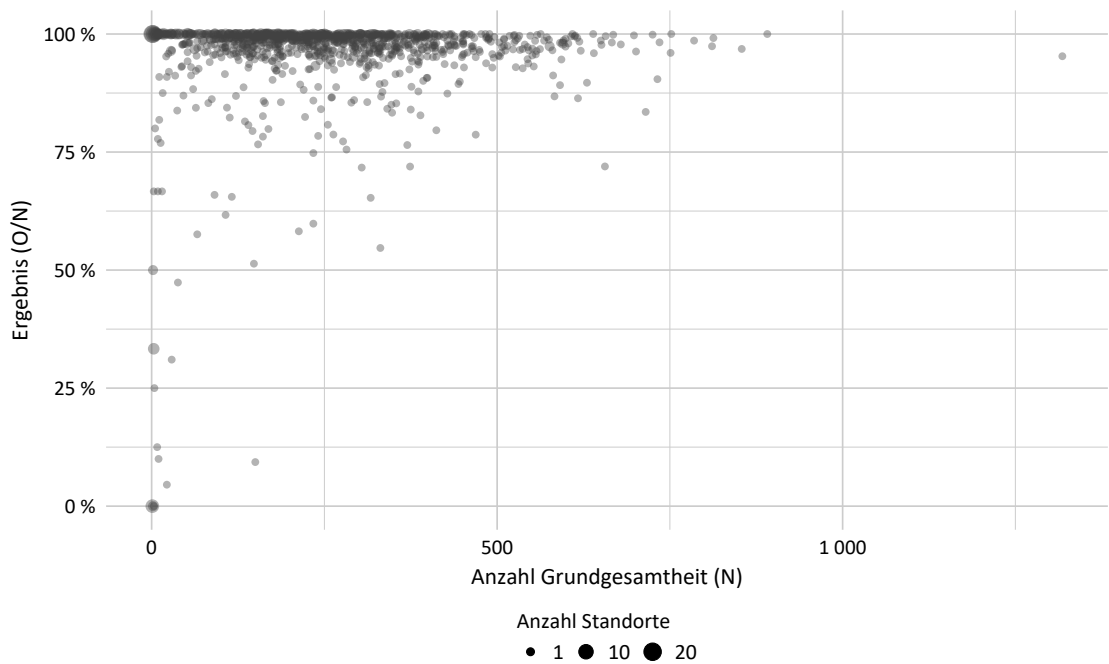
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	182.621 / 190.369	95,93	95,84 - 96,02
	2023	231.557 / 241.210	96,00	95,92 - 96,08
	2024	285.683 / 294.808	96,90	96,84 - 96,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.263	0	0,00	100,00	99,06

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	ID: 2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt	96,90 % 285.683/294.808
4.1.2	ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	96,88 % 260.544/268.933
4.1.3	ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 294.808/294.808
4.1.4	ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 294.808/294.808
4.1.5	ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	97,17 % 286.455/294.808
4.1.6	ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen	99,88 % 294.441/294.808
4.1.7	ID: 23_22023 Temperatur gemessen	99,89 % 294.474/294.808
4.1.8	ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen	99,54 % 293.460/294.808
4.1.9	ID: 23_22025 Blutdruck gemessen	99,87 % 294.431/294.808

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

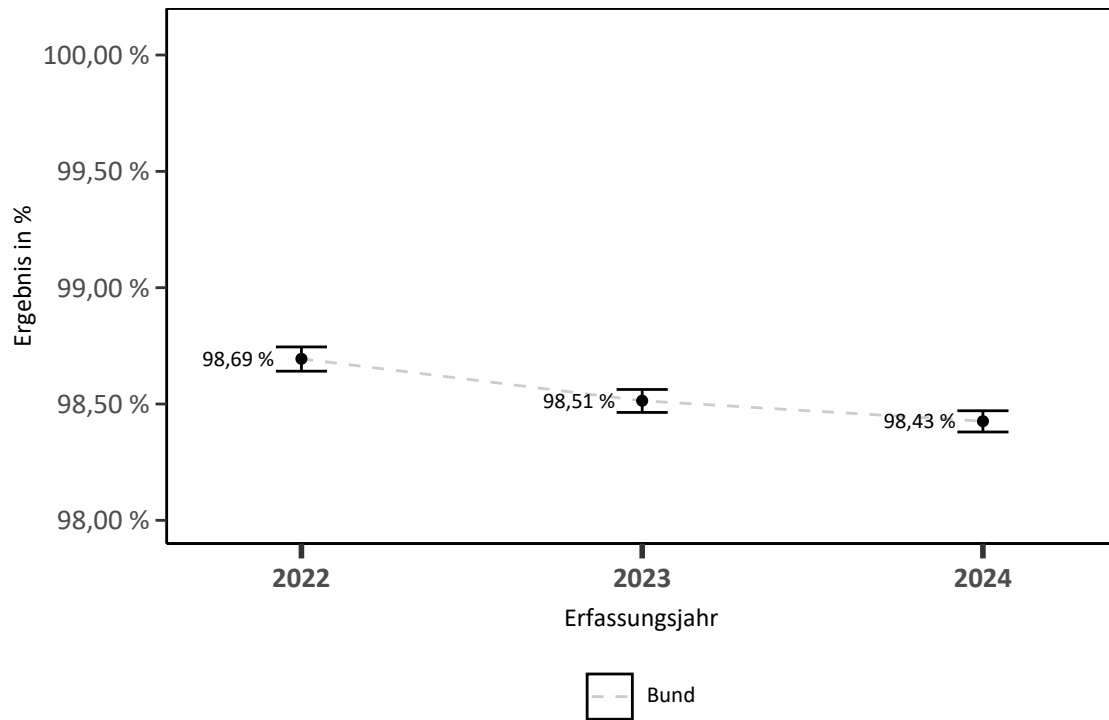
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet 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 palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

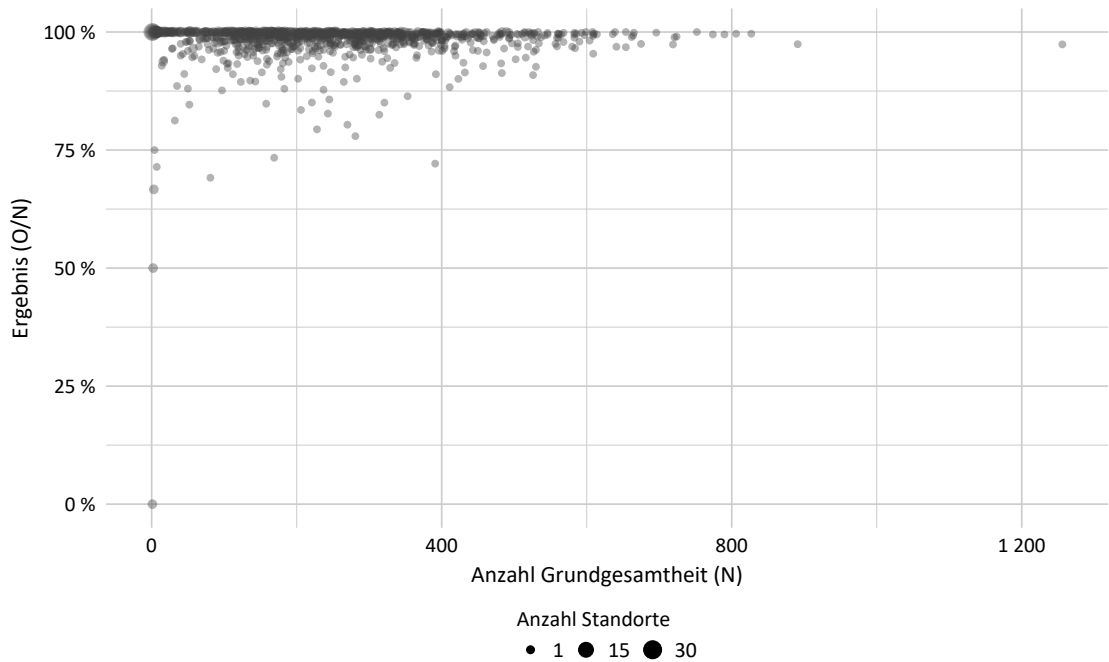
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	180.042 / 182.424	98,69	98,64 - 98,75
	2023	227.855 / 231.292	98,51	98,46 - 98,56
	2024	280.971 / 285.464	98,43	98,38 - 98,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.252	0	0,00	100,00	99,55

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung	98,43 % 280.971/285.464
5.1.1	ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,27 % 283.370/285.464
5.1.2	ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	96,78 % 276.282/285.464
5.1.3	ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute	98,02 % 279.814/285.464
5.1.4	ID: 23_22029 Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute	97,73 % 278.982/285.464
5.1.5	ID: 23_22030 Temperatur ≤ 37,8 °C	98,74 % 281.864/285.464
5.1.6	ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung ≥ 90 %	98,12 % 280.105/285.464
5.1.7	ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg	99,09 % 282.858/285.464

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 232006_2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	98,43 % 256.255/260.338

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

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

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	<p>Geschlecht männlich vs. weiblich</p> <p>Alter (linear bis 100)</p> <p>Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung</p> <p>Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung</p> <p>Chronische Bettlägerigkeit</p> <p>Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme</p> <p>Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt</p> <p>Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt</p> <p>Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar</p> <p>Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17)</p> <p>Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17)</p> <p>Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43)</p> <p>Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100)</p> <p>Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60)</p> <p>Bösartige Tumorerkrankungen</p> <p>Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen & andere Herzerkrankungen</p> <p>chronische Lungenerkrankung</p> <p>chronische Magen-Darm- oder Lebererkrankungen</p> <p>chronische rheumatische Erkrankungen</p> <p>chronische zerebrovaskuläre oder neurologische Erkrankung</p>
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

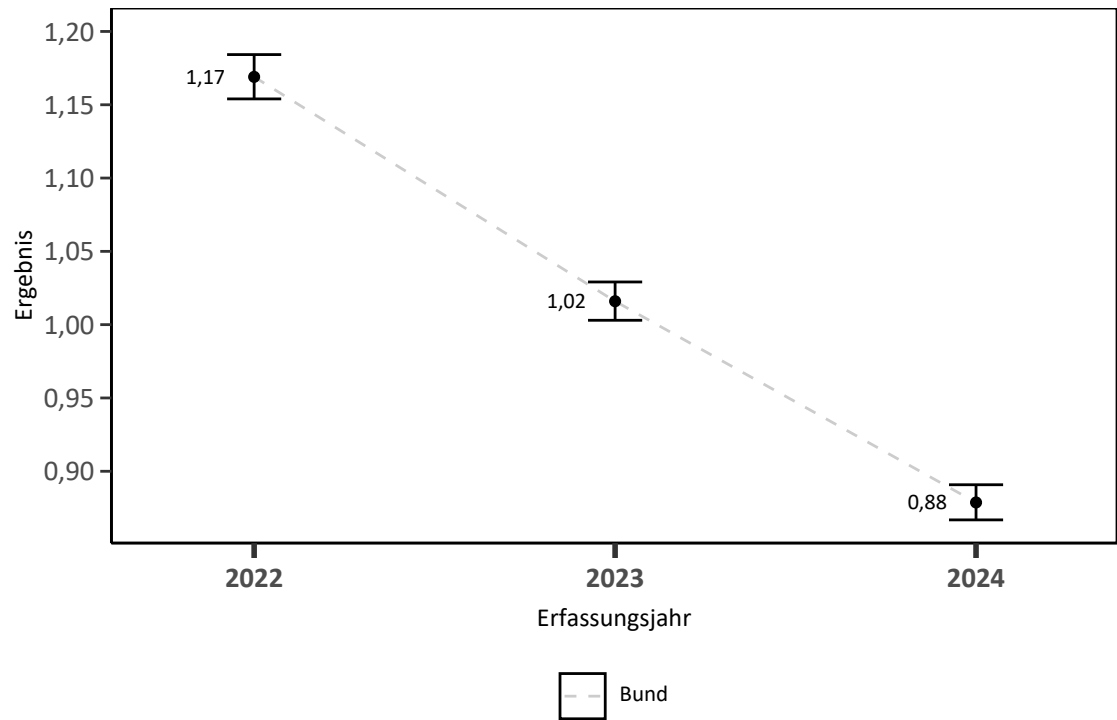
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	230.113	20.927 / 17.901,26	1,17	1,15 - 1,18
	2023	285.505	21.461 / 21.123,67	1,02	1,00 - 1,03
	2024	340.975	19.496 / 22.186,79	0,88	0,87 - 0,89

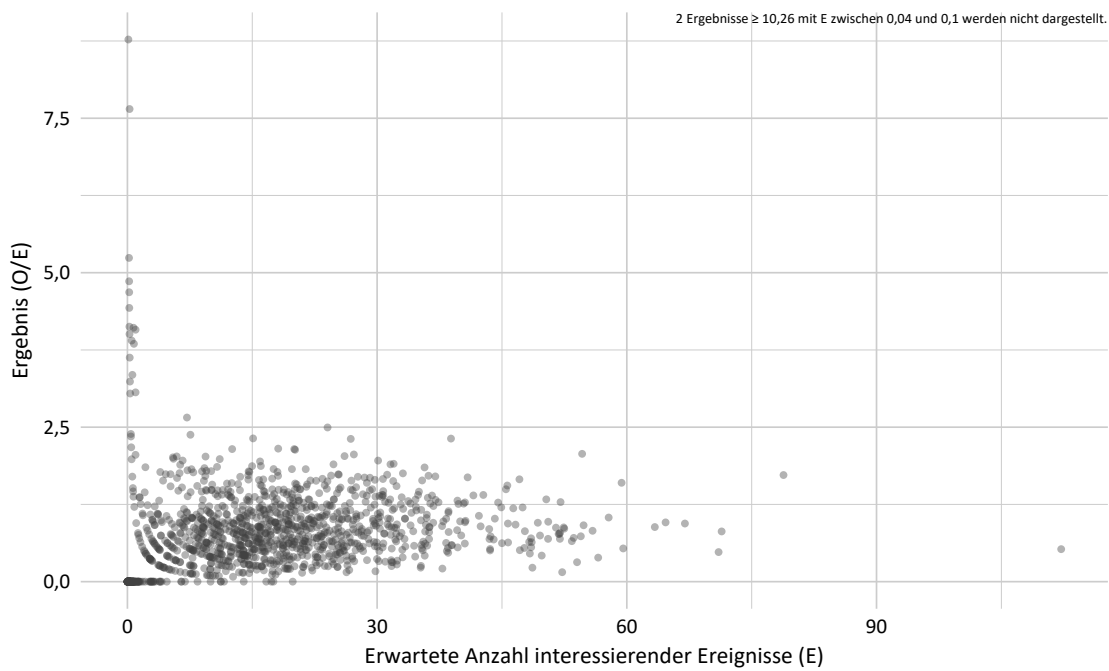
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



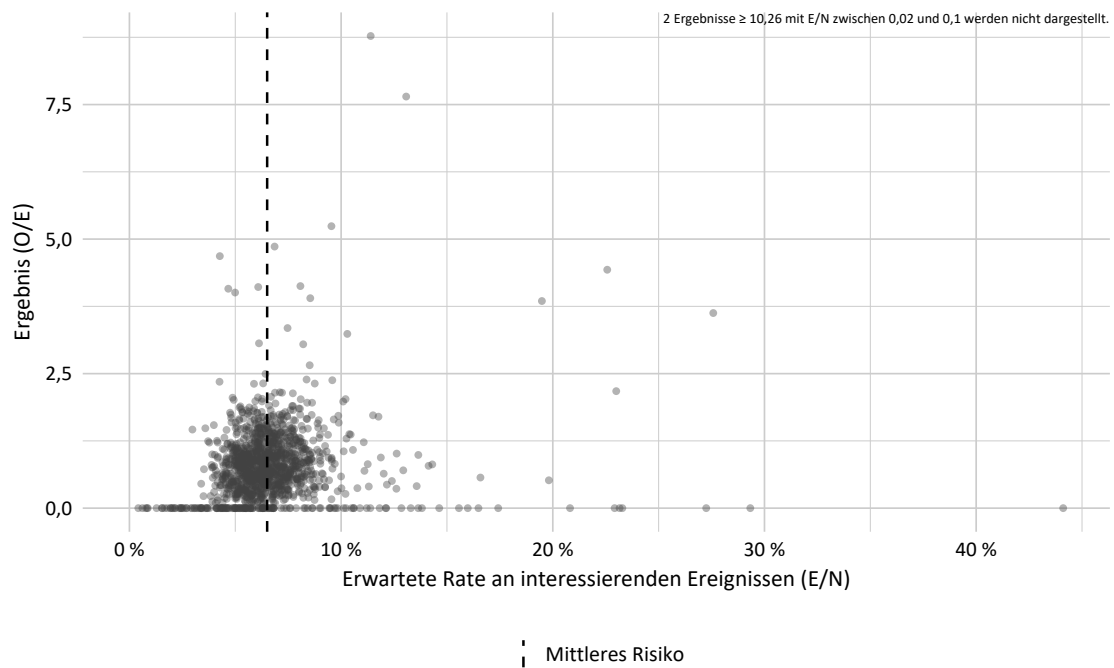
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.289	0	0,00	24,43	0,75

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

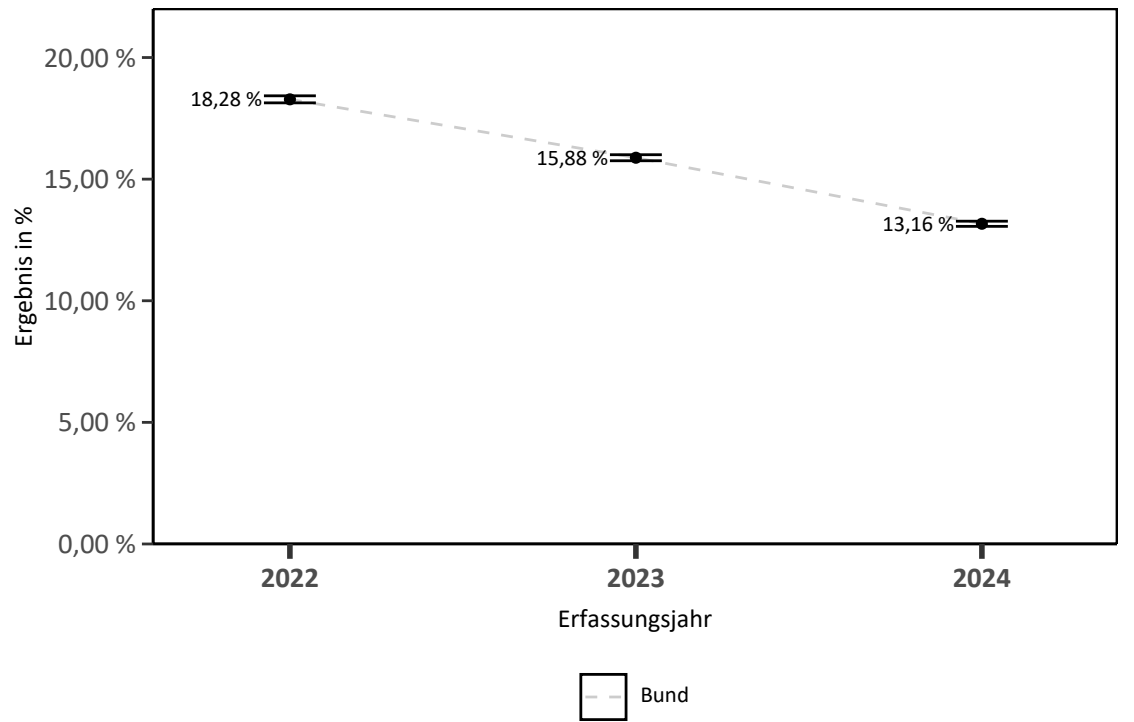
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

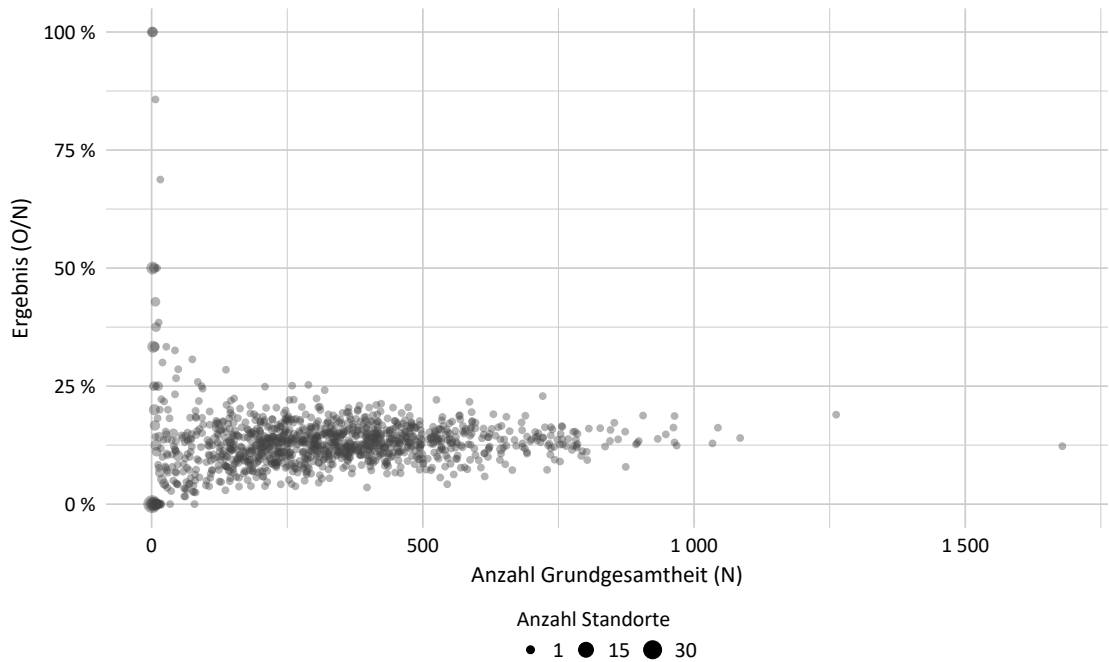
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	49.593 / 271.285	18,28	18,14 - 18,43
	2023	52.984 / 333.649	15,88	15,76 - 16,00
	2024	51.407 / 390.484	13,16	13,06 - 13,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	12,69

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 23_22033 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (inkl. COVID-19-Fälle)	5,72 % 19.496/340.975
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁵	
6.1.1.1	ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet)	5,72 % 19.496/340.975
6.1.1.2	ID: E_50778 E/N (expected, erwartet)	6,51 % 22.186,79/340.975
6.1.1.3	ID: 50778 O/E	0,88

⁵ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (ohne COVID-19-Fälle)	5,53 % 17.155/310.268
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁶	
6.2.1.1	ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet)	5,53 % 17.155/310.268
6.2.1.2	ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet)	6,19 % 19.207,56/310.268
6.2.1.3	ID: 232007_50778 O/E (ohne COVID-19-Fälle)	0,89

⁶ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	7,62 % 2.341/30.707
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁷	
6.3.1.1	ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet)	7,62 % 2.341/30.707
6.3.1.2	ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet)	9,70 % 2.979,23/30.707

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.3	ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle)	0,79

⁷ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	2,13 % 1.858/87.223
6.4.1	ID: 23_22038 ohne palliative Therapiezielsetzung	0,99 % 843/85.423
6.4.2	ID: 23_22039 mit palliativer Therapiezielsetzung	56,39 % 1.015/1.800

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.5	ID: 23_22040 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 2 (1 bis 2 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	14,48 % 40.900/282.521
6.5.1	ID: 23_22041 ohne palliative Therapiezielsetzung	6,47 % 15.648/241.770
6.5.2	ID: 23_22042 mit palliativer Therapiezielsetzung	61,97 % 25.252/40.751

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.6	ID: 23_22043 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 3 (3 bis 4 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	41,70 % 8.649/20.740
6.6.1	ID: 23_22044 ohne palliative Therapiezielsetzung	21,80 % 3.005/13.782
6.6.2	ID: 23_22045 mit palliativer Therapiezielsetzung	81,12 % 5.644/6.958

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	13,16 % 51.407/390.483

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.1	ID: 23_22047 18 - 19 Jahre	0,77 % 18/2.335
6.7.2	ID: 23_22048 20 - 29 Jahre	0,80 % 91/11.445
6.7.3	ID: 23_22049 30 - 39 Jahre	1,23 % 217/17.596
6.7.4	ID: 23_22050 40 - 49 Jahre	2,38 % 478/20.081
6.7.5	ID: 23_22051 50 - 59 Jahre	5,55 % 1.707/30.756
6.7.6	ID: 23_22052 60 - 69 Jahre	8,78 % 5.308/60.458
6.7.7	ID: 23_22053 70 - 79 Jahre	12,92 % 10.819/83.750
6.7.8	ID: 23_22054 80 - 89 Jahre	18,65 % 23.834/127.773
6.7.9	ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre	24,62 % 8.935/36.289

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 51.407/51.407
6.8.1	ID: 23_22057 18 - 19 Jahre	0,04 % 18/51.407
6.8.2	ID: 23_22058 20 - 29 Jahre	0,18 % 91/51.407
6.8.3	ID: 23_22059 30 - 39 Jahre	0,42 % 217/51.407
6.8.4	ID: 23_22060 40 - 49 Jahre	0,93 % 478/51.407
6.8.5	ID: 23_22061 50 - 59 Jahre	3,32 % 1.707/51.407
6.8.6	ID: 23_22062 60 - 69 Jahre	10,33 % 5.308/51.407
6.8.7	ID: 23_22063 70 - 79 Jahre	21,05 % 10.819/51.407
6.8.8	ID: 23_22064 80 - 89 Jahre	46,36 % 23.834/51.407

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8.9	ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre	17,38 % 8.935/51.407

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	5,72 % 19.496/340.974
6.9.1	ID: 23_22067 18 - 19 Jahre	0,34 % 8/2.321
6.9.2	ID: 23_22068 20 - 29 Jahre	0,34 % 39/11.354
6.9.3	ID: 23_22069 30 - 39 Jahre	0,65 % 113/17.427
6.9.4	ID: 23_22070 40 - 49 Jahre	1,26 % 249/19.730
6.9.5	ID: 23_22071 50 - 59 Jahre	2,64 % 773/29.304
6.9.6	ID: 23_22072 60 - 69 Jahre	4,10 % 2.291/55.878
6.9.7	ID: 23_22073 70 - 79 Jahre	5,96 % 4.427/74.227
6.9.8	ID: 23_22074 80 - 89 Jahre	8,22 % 8.561/104.158
6.9.9	ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre	11,42 % 3.035/26.575

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 19.496/19.496
6.10.1	ID: 23_22077 18 - 19 Jahre	0,04 % 8/19.496
6.10.2	ID: 23_22078 20 - 29 Jahre	0,20 % 39/19.496
6.10.3	ID: 23_22079 30 - 39 Jahre	0,58 % 113/19.496

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10.4	ID: 23_22080 40 - 49 Jahre	1,28 % 249/19.496
6.10.5	ID: 23_22081 50 - 59 Jahre	3,96 % 773/19.496
6.10.6	ID: 23_22082 60 - 69 Jahre	11,75 % 2.291/19.496
6.10.7	ID: 23_22083 70 - 79 Jahre	22,71 % 4.427/19.496
6.10.8	ID: 23_22084 80 - 89 Jahre	43,91 % 8.561/19.496
6.10.9	ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre	15,57 % 3.035/19.496

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	ID: 231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	13,16 % 51.407/390.484

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	12,81 % 45.407/354.462

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

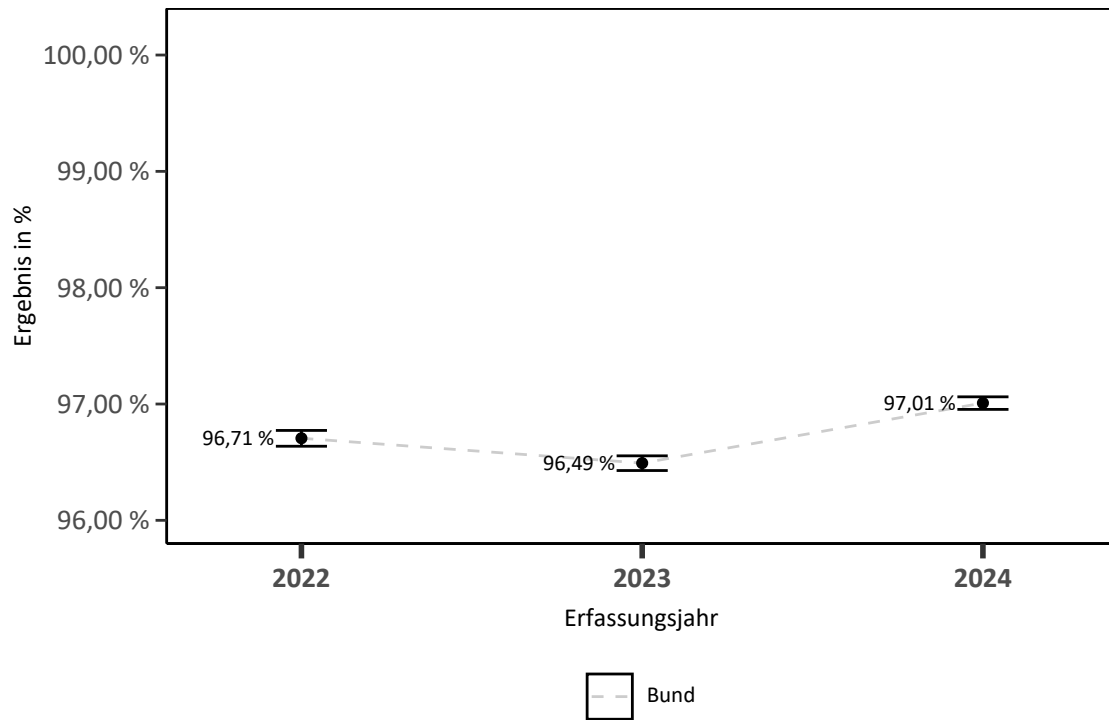
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

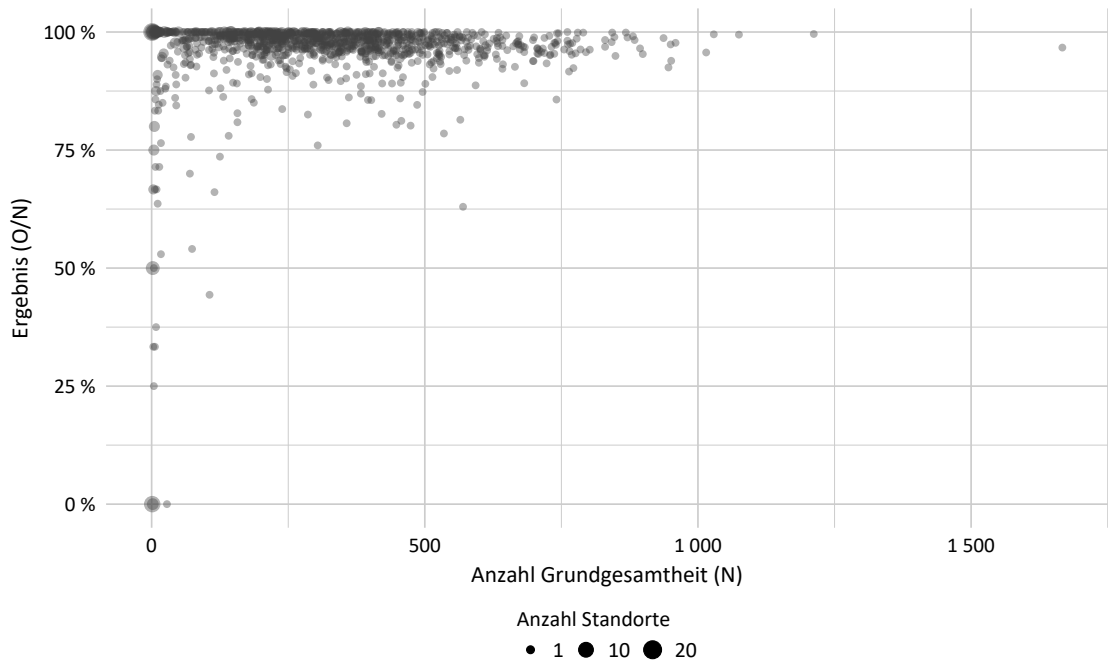
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	256.324 / 265.056	96,71	96,64 - 96,77
	2023	315.019 / 326.472	96,49	96,43 - 96,55
	2024	371.511 / 382.969	97,01	96,95 - 97,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	98,25

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	97,01 % 371.511/382.969

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,98 % 337.055/347.537

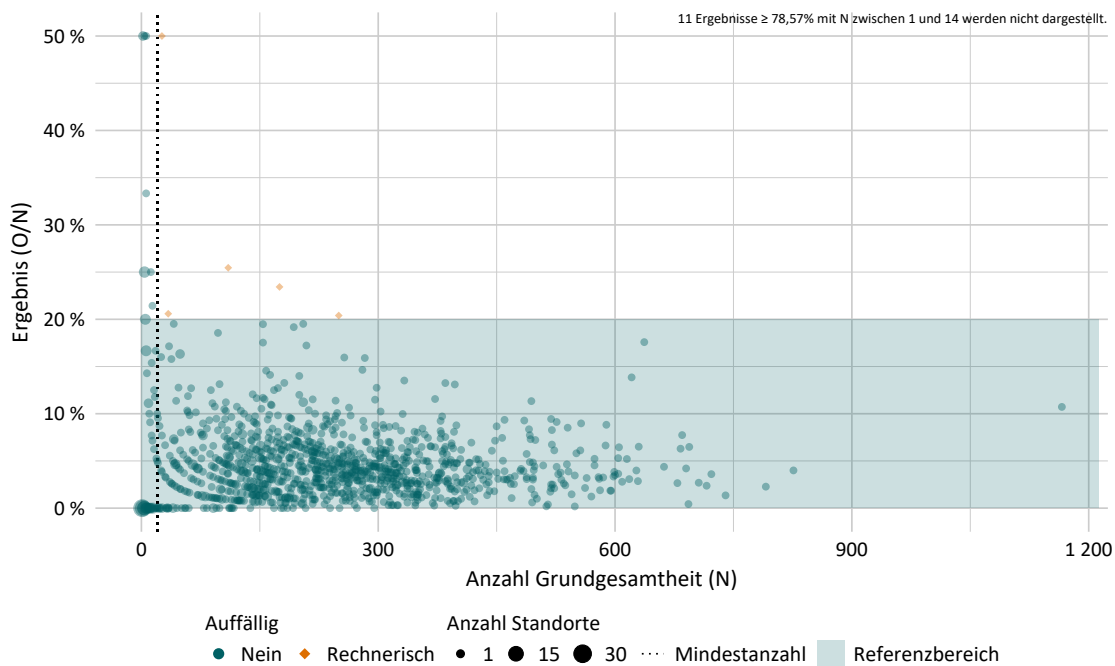
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.287	5	0,00	100,00	3,85

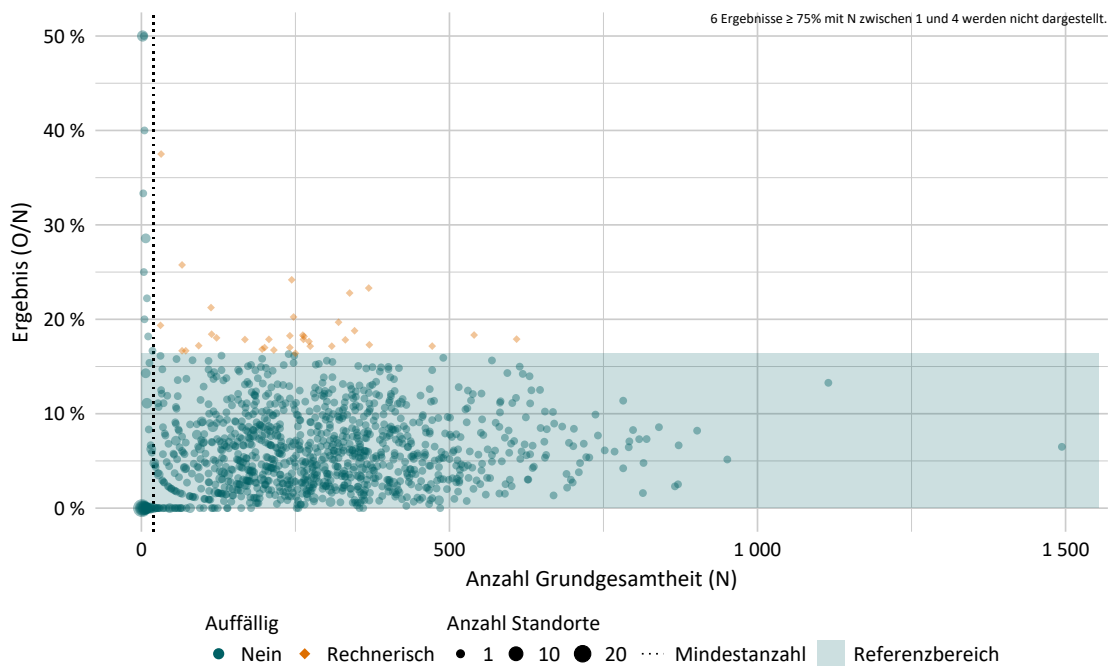
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	12.744 / 284.625	4,48	0,39 % 5 / 1.287

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

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die Atemfrequenz ist u. a. für die Risikoadjustierung des QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus relevant. Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird als unplausibel betrachtet. Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) 232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme unter Ausschluss von Fällen mit COVID-19
Zähler	Fälle mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute
Referenzbereich	$\leq 16,39\%$ (97. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.273	34	0,00	100,00	5,34

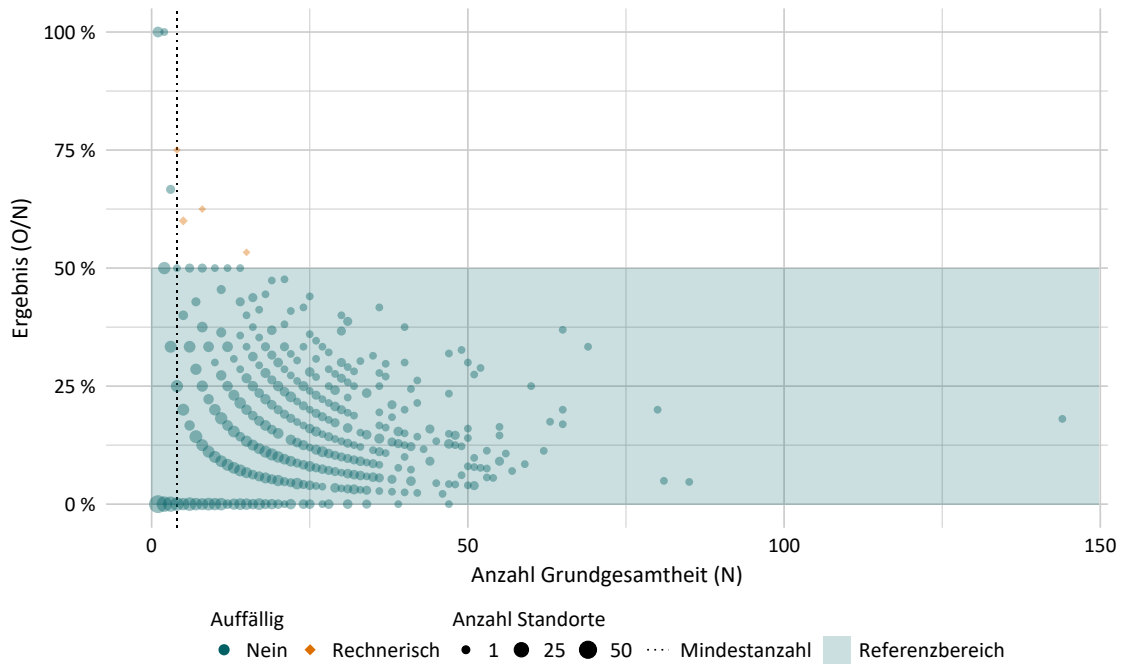
Datilergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	22.029 / 337.055	6,54	2,67 % 34 / 1.273

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.135	5	0,00	100,00	10,71

Datilergebnisse

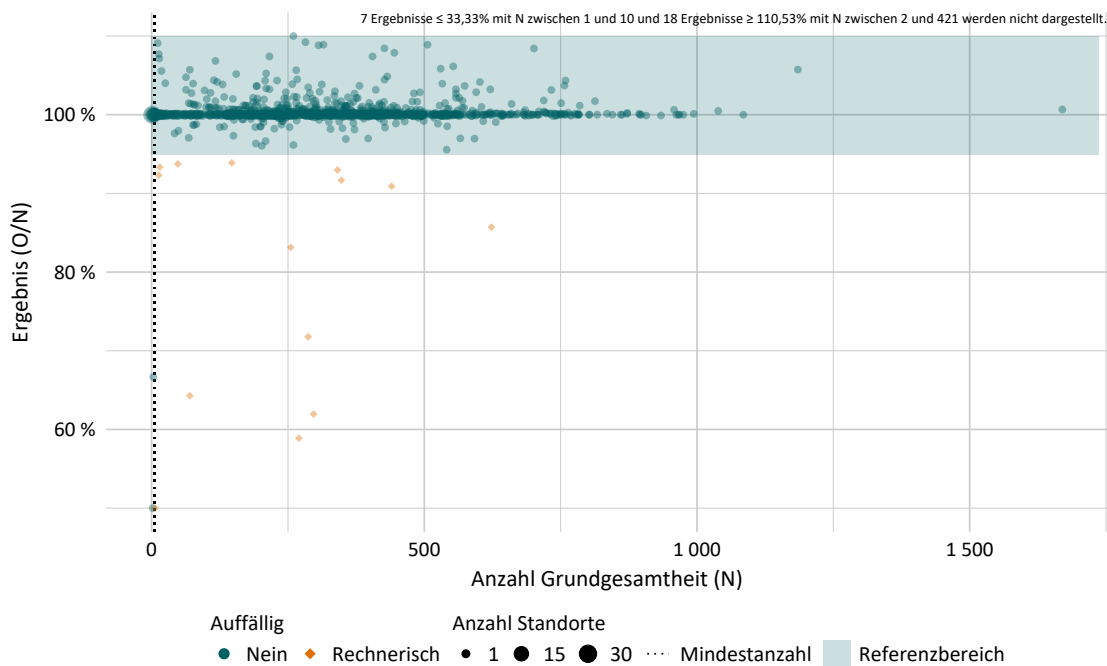
Dimension / Erfassungsjahr	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
2024			
Bund	2.755 / 19.590	14,06	0,44 % 5 / 1.135

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.294	15	0,00	150,00	100,00

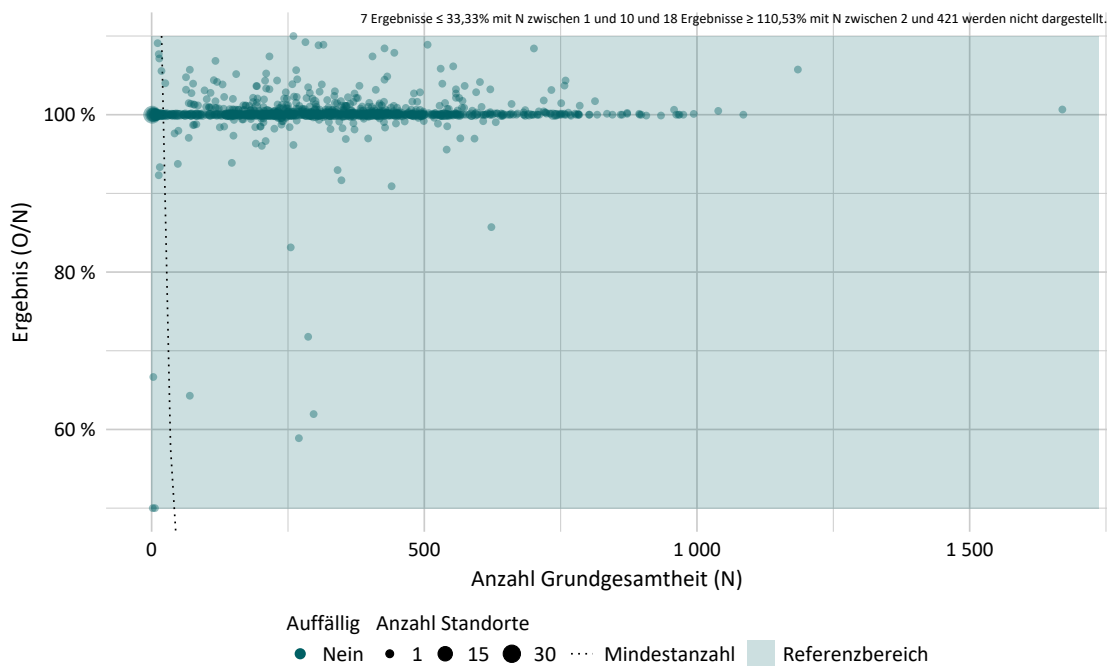
Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	390.971 / 388.275	100,69	1,16 % 15 / 1.294

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
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>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.294	7	0,00	150,00	100,00

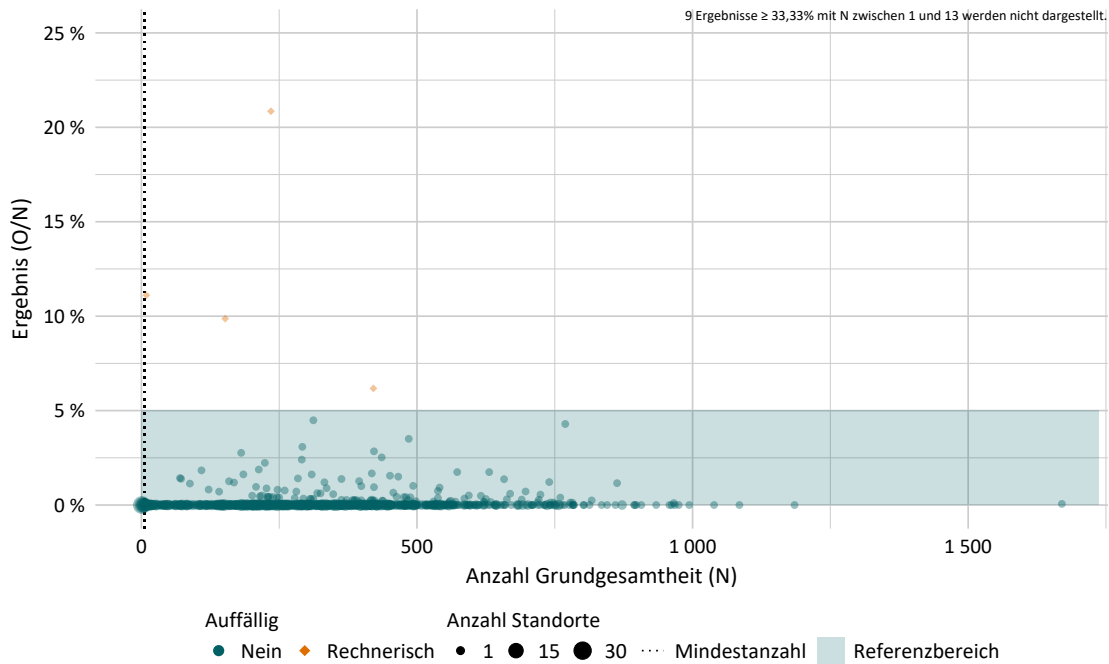
Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	390.971 / 388.275	100,69	0,54 % 7 / 1.294

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.294	7	0,00	115,38	0,00

Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	487 / 388.275	0,13	0,54 % 7 / 1.294

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	12.477	3,20
1. Quartal	110.009	28,17
2. Quartal	89.566	22,94
3. Quartal	84.651	21,68
4. Quartal	93.781	24,02

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	2.336	0,60
20 - 29 Jahre	11.445	2,93
30 - 39 Jahre	17.596	4,51
40 - 49 Jahre	20.081	5,14
50 - 59 Jahre	30.756	7,88
60 - 69 Jahre	60.458	15,48
70 - 79 Jahre	83.750	21,45
80 - 89 Jahre	127.773	32,72
≥ 90 Jahre	36.289	9,29

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	390.484
Minimum	17,00
5. Perzentil	33,00
25. Perzentil	63,00
Mittelwert	71,35
Median	76,00
75. Perzentil	85,00
95. Perzentil	92,00
Maximum	124,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Geschlecht		
(1) männlich	220.399	56,44
(2) weiblich	170.069	43,55
(3) divers	9	0,00
(8) unbestimmt	7	0,00

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten					
Bund (gesamt)					
< 30 Jahre	7.453 1,91 %	6.325 1,62 %	≤3 x %	0 0,00 %	13.781 3,53 %
30 - 39 Jahre	8.674 2,22 %	8.918 2,28 %	4 0,00 %	0 0,00 %	17.596 4,51 %
40 - 49 Jahre	10.763 2,76 %	9.317 2,39 %	0 0,00 %	≤3 x %	20.081 5,14 %
50 - 59 Jahre	18.298 4,69 %	12.456 3,19 %	≤3 x %	≤3 x %	30.756 7,88 %
60 - 69 Jahre	36.736 9,41 %	23.720 6,07 %	0 0,00 %	≤3 x %	60.458 15,48 %
70 - 79 Jahre	51.206 13,11 %	32.543 8,33 %	0 0,00 %	≤3 x %	83.750 21,45 %
80 - 89 Jahre	71.312 18,26 %	56.459 14,46 %	0 0,00 %	≤3 x %	127.773 32,72 %
≥ 90 Jahre	15.957 4,09 %	20.331 5,21 %	≤3 x %	0 0,00 %	36.289 9,29 %
Gesamt	220.399 56,44 %	170.069 43,55 %	9 0,00 %	7 0,00 %	390.484 100,00 %

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Aufnahmearnass		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	73.395	18,80
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.809	4,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Chronische Bettlägerigkeit		
(0) nein	335.582	85,94
(1) ja	54.902	14,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme		
(1) ja	7.515	1,92
(0) nein	382.969	98,08
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme		
(0) nein	276.492	72,20
(1) ja, pneumoniebedingt	27.363	7,14
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	68.941	18,00
(9) nicht beurteilbar	10.173	2,66
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60)		
1 - 10 / min.	508	0,13
10 - 19 / min.	222.579	58,12
20 - 29 / min.	123.979	32,37
30 - 60 / min.	24.359	6,36
nicht bestimmt	11.458	2,99
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme		
systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg	13.809	3,61
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	159.952	41,77
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	35.893	9,37
systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg	2.831	0,74
nicht bestimmt	0	0,00

CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden	N = 382.969	
CRB-65-Score ohne beatmete Patientinnen und Patienten		
CRB-65-Index = 0	87.223	22,78
CRB-65-Index = 1	204.976	53,52
CRB-65-Index = 2	77.545	20,25
CRB-65-Index = 3	12.148	3,17
CRB-65-Index = 4	1.077	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz	N = 11.458	
CRB-65-Risiko bei Patientinnen und Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patientinnen und Patienten)		
CRB-65-Index = 0	2.757	24,06
CRB-65-Index = 1	6.229	54,36
CRB-65-Index = 2	2.257	19,70
CRB-65-Index = 3	215	1,88
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	2.704	0,69
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	383.911	98,32
(2) 4 bis unter 8 Stunden	2.357	0,60
(3) 8 Stunden und später	1.512	0,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	N = 387.780	
Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme		
mindestens 90%	317.541	81,89
davon mit Sauerstoffgabe	108.528	34,18
unter 90%	70.239	18,11
davon mit Sauerstoffgabe	26.710	38,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	N = 387.780	
Erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst		
(0) nein	250.913	64,70
(1) ja	135.238	34,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	N = 387.780	
Erste Sauerstoffsättigung unter nichtinvasiver Beatmung oder CPAP erfasst		
(0) nein	368.148	94,94
(1) ja	17.531	4,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Initiale antibiotische Therapie		
(0) keine antibiotische Therapie	10.667	2,73
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	321.941	82,45
(2) 4 bis unter 8 Stunden	23.940	6,13
(3) 8 Stunden und später	18.623	4,77
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie	15.313	3,92

Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Beginn der Mobilisation ⁸		
(0) keine Mobilisation	58.497	14,98
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	308.024	78,88
(2) nach 24 Stunden und später	23.963	6,14
Maschinelle Beatmung		
(0) nein	345.952	88,60
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	25.213	6,46
(2) ja, ausschließlich invasiv	9.235	2,37
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	10.084	2,58
Dokumentierter Therapieverzicht ⁹		
(0) nein	340.975	87,32
(1) ja	49.509	12,68
davon		
Behandlung regulär beendet	9.183	18,55
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6.509	13,15
im Krankenhaus verstorben	31.911	64,45
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.906	3,85

⁸ mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)

⁹ 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 Patientinnen und Patienten		
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	310.790	79,59
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung		
(0) nein	257.095	82,72
(1) ja, pneumoniebedingt	2.534	0,82
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	51.161	16,46
davon Patientinnen und Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme		
(0) nein	11.675	3,76
(1) ja	299.115	96,24
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz		
(1) maximal 24/min	295.085	94,95
(2) über 24/min	6.185	1,99
(3) nicht bestimmt	9.245	2,97
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	275	0,09
davon Patientinnen und Patienten mit Herzfrequenz		
(1) maximal 100/min	302.893	97,46
(2) über 100/min	7.439	2,39
(3) nicht bestimmt	458	0,15
davon Patientinnen und Patienten mit Temperatur		
(1) maximal 37,8°C	306.344	98,57
(2) über 37,8°C	4.028	1,30
(3) nicht bestimmt	418	0,13
davon Patientinnen und Patienten mit Sauerstoffsättigung		

	Bund (gesamt)	
	n	%
(1) unter 90%	6.401	2,06
(2) mindestens 90%	302.860	97,45
(3) nicht bestimmt	1.529	0,49
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck, systolisch		
(1) unter 90 mmHg	3.050	0,98
(2) mindestens 90 mmHg	307.275	98,87
(3) nicht bestimmt	465	0,15

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Stationärer Aufenthalt		
< 1 Tag	5.031	1,29
1 - 7 Tage	216.976	55,57
8 - 14 Tage	123.119	31,53
15 - 21 Tage	28.567	7,32
> 21 Tage	16.791	4,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Entlassungsdiagnose (ICD 10) ¹⁰		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	15.107	3,87
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	33.268	8,52
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	6.157	1,58
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	3.153	0,81
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	97.089	24,86
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	2.354	0,60
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	210.251	53,84
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	34.540	8,85
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	1.857	0,48

¹⁰ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19 ¹¹		
(U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen	32.079	8,22
(U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	3.993	1,02

¹¹ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 390.484	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	256.074	65,58
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6.707	1,72
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	577	0,15
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	5.978	1,53
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	9	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	19.873	5,09
(07) Tod	51.407	13,16
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹²	585	0,15
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.562	0,66
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	44.527	11,40
(11) Entlassung in ein Hospiz	401	0,10
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	309	0,08
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	34	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	130	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹³	770	0,20
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	12	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹⁴	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	463	0,12
nicht spezifizierter Entlassungsgrund ¹⁵		
(1) ja	65	0,02

¹² § 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

¹³ nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁴ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

¹⁵ z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei allen Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten	390.484	100,00
davon verstorben	51.407	13,16
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	73.395	18,80
davon verstorben	18.366	25,02
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.809	4,30
davon verstorben	3.320	19,75
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	373.675	95,70
davon verstorben	48.087	12,87
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	7.515	1,92
davon verstorben	2.920	38,86
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	1.819	0,47
davon verstorben	622	34,19
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	44.532	11,40
davon verstorben	15.519	34,85
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	25.213	6,46
davon verstorben	6.880	27,29
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	9.235	2,37
davon verstorben	4.476	48,47
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	10.084	2,58
davon verstorben	4.163	41,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung	340.975	100,00
davon verstorben	19.496	5,72
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	52.142	15,29
davon verstorben	5.870	11,26
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	14.088	4,13
davon verstorben	1.274	9,04
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne palliative Therapiezielsetzung	326.887	95,87
davon verstorben	18.222	5,57
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	5.475	1,61
davon verstorben	1.210	22,10
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	1.427	0,42
davon verstorben	272	19,06
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	33.486	9,82
davon verstorben	6.313	18,85
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	19.282	5,65
davon verstorben	2.209	11,46
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	6.541	1,92
davon verstorben	2.109	32,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	7.663	2,25
davon verstorben	1.995	26,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	49.509	100,00
davon verstorben	31.911	64,45