

# QS-Verfahren

## *Ambulant erworbene Pneumonie*

Bundesqualitätsbericht 2023

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechperson	Andrea Wolf
Datum der Abgabe	15. August 2023
Datum aktualisierte Abgabe	25. Oktober 2023

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
--------------	------------------------------------

## DATENQUELLE UND BETRACHTETER ZEITRAUM

---

QS-Dokumentationsdaten	Erfassungsjahr 2022
------------------------	---------------------

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	4
Abkürzungsverzeichnis .....	6
1 Hintergrund .....	7
2 Einordnung der Ergebnisse .....	11
2.1 Datengrundlage .....	11
2.2 Risikoadjustierung .....	12
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens .....	13
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren .....	18
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit .....	23
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	25
3.1 Hintergrund .....	25
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) .....	25
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren .....	29
4 Evaluation .....	34
5 Fazit und Ausblick .....	36
Literatur .....	37
Anhang: Ergebnisse des QSEB .....	38

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – CAP.....	8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –CAP .....	9
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) – CAP .....	12
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – CAP .....	13
Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – CAP .....	14
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – CAP .....	19
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – CAP .....	21
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP .....	26
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – CAP .....	27
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – CAP .....	28
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP .....	30
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – CAP .....	31
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – CAP .....	33
Tabelle 14: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – CAP .....	33
Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation .....	38
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – CAP .....	39
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – CAP .....	40
Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP.....	41
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP.....	42
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP .....	43
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP .....	55

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP .....	56
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP .....	57
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP .....	58
Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – CAP ...	63
Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – CAP .....	64
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – CAP .....	64
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – CAP.....	65
Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – CAP .....	67
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – CAP .....	68
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – CAP .....	69
Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – CAP .....	70
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – CAP .....	73

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie ( <i>community-acquired pneumonia</i> )
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
QS	Qualitätssicherung
QS CAP	QS-Verfahren <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

# 1 Hintergrund

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) handelt es sich um eine Entzündung des Lungengewebes. Die Erkrankung entsteht meist durch eine Infektion mit Erregern wie Bakterien oder seltener auch Viren oder Pilzen. Die häufigsten bakteriellen Auslöser einer Lungenentzündung sind Bakterien der Art *Streptococcus pneumoniae*, die auch als Pneumokokken bezeichnet werden. Pneumonien werden neben der Entstehungsursache auch danach unterschieden, ob sie außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) erworben werden. Die ambulant erworbene Pneumonie (*community-acquired pneumonia*, CAP) ist eine der häufigsten durch eine Infektion bedingte Todesursache in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit kann durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein.

In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie stationär behandelt. Vor der Pandemie der Coronavirus-Krankheit-2019 (*coronavirus disease 2019*, COVID-19) 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) 2022 bei knapp 17 %. 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.

Seit dem Jahr 2005 zählen ambulant erworbene Pneumonien 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)<sup>1</sup> geregelt. Nicht im QS-Verfahren adressiert werden nosokomiale Pneumonien sowie Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit geschwächtem Immunsystem aufgrund von Bestrahlung, Chemotherapie oder anderen immunsuppressiven Maßnahmen.

Mit dem Verfahren *QS CAP* wird das Ziel verfolgt, eine rechtzeitige diagnostische und therapeutische Versorgung sowie eine Verringerung der Sterblichkeit im Krankenhaus zu erreichen. Hierfür messen fünf Prozessindikatoren die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, und ein Qualitätsindikator zur Sterblich-

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 13.06.2023).

keit betrachtet während des stationären Aufenthalts die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung. In Bezug auf die diagnostischen Prozesse werden die Qualitätsindikatoren „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (ID 2005) und „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) sowie „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028), wozu u. a. die Herzfrequenz und Körpertemperatur zählen, verwendet. Therapeutische Maßnahmen werden über die Prozessindikatoren „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) und „Frühe antimikrobiellen Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009), der das Verabreichen von Antibiotika innerhalb der ersten acht Stunden nach Krankenhausaufnahme misst, erfasst. Als Ergebnisindikator wird die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus herangezogen (ID 50778).

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
<b>Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QS-Dokumentation	2022
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2022
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2022
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2022
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2022
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2022
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	QS-Dokumentation	2022
<b>Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2022
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)*	QS-Dokumentation	2022
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QS-Dokumentation	2022

\* Transparenzkennzahl

Für das Erfassungsjahr 2022 wurden Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem ICD-Kode 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 gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen 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 dieser Auffälligkeitskriterien 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 Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Verfahren QS CAP gibt es im Erfassungsjahr 2022 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>		
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	QS-Dokumentation
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	QS-Dokumentation
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Tabelle stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort (aufnehmender Standort) und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen 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. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung entsprechend dem aufnehmenden Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 1.356 entlassenden Standorten über 270.000 QS-Datensätze inklusive 263 Minimaldatensätzen übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze und die Anzahl der Leistungserbringer, welche Datensätze geliefert haben, unterscheidet sich geringfügig von der erwarteten Anzahl an Datensätzen bzw. Leistungserbringern. Der Anstieg der QS-Daten kann teilweise durch den Einschluss der Überlieger im Erfassungsjahr 2022 erklärt werden (10.178 Überlieger), die im Erfassungsjahr 2021 nicht enthalten waren.

Es gab 14 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassender Standort), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) – CAP

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	271.548	268.013	101,32
	Basisdatensatz	271.285		
	MDS	263		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)		1.114		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1.346		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1.356	1.348	100,59

## 2.2 Risikoadjustierung

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie stieg die durchschnittliche Mortalität bei Patientinnen und Patienten mit einer Pneumonie stark an. Lag die Mortalität vor der Pandemie in der Regel bei knapp 13 %, so stieg sie auf 17,1 % im Jahr 2020, 18,3 % im Jahr 2021 und 18,2 % im Jahr 2022. Auch wenn man nur die Fälle ohne COVID-19 betrachtet, ist die Mortalität seit Beginn der Pandemie erhöht (Mortalität der Fälle ohne COVID-19 im Jahr 2022: 16,8 %). Selbst 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 bis 2022 nachvollziehbar.

Der Einfluss der Pandemie auf das QS-Verfahren und das Risikoadjustierungsmodell wurde im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in einem separaten Projekt untersucht. Die Analyse auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2020 ist mittlerweile veröffentlicht (IQTIG 2022). Eine Aktualisierung dieser Analysen auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2021 wurde dem G-BA am 21. April 2023 übergeben (IQTIG 2023).

Das Risikoadjustierungsmodell für die aktuelle Bundesauswertung wurde von der letzten Bundesauswertung übernommen. Es basiert auf den Daten des Erfassungsjahres 2021. Eine Aktualisierung war nicht möglich, weil die Daten des Erfassungsjahres 2022 bei Abgabe der endgültigen Rechenregeln an den G-BA noch nicht vorlagen. Eine genauere Beschreibung des Modells in Form eines Steckbriefs liegt den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 als Begleitschreiben bei.

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

### Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS CAP werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

In Tabelle 4 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>		
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	5,27% 9.971/189.173 (≤ 20,00 %)
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	8,30% 14.230/171.489 (≤ 20,12 %; 97. Perzentil)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	12,92% 2.335/18.079 (≤ 50,00 %)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,32% 271.548/268.013 (≥ 95,00 %)
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,32% 271.548/268.013 (≤ 110,00 %)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,10% 263/268.013 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten. Zusätzlich wird auch die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren.

Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>						
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	8 von 1.319	0,61	4
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	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)	2022	34 von 1.293	2,63	8
851900	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	2022	10 von 1.168	0,86	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfas- sungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>						
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	16 von 1.348	1,19	0
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	36 von 1.348	2,67	3
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	5 von 1.348	0,37	0

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

### **Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit**

#### ***Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit (ID 811822)***

Dieses Auffälligkeitskriterium prüft, ob ein Leistungserbringer eine häufige Dokumentation einer chronischen Bettlägerigkeit vornimmt, unter der Voraussetzung, dass keine invasive maschinelle Beatmung vorliegt und die Betroffenen nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung kommen. Seit dem Erfassungsjahr 2022 werden zudem Betroffene aus der Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums ausgeschlossen, für welche in der Patientenakte vermerkt wurde, dass eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde. Eine fehlerhafte Dokumentation hinsichtlich der Angaben zur chronischen Bettlägerigkeit kann einen erheblichen Einfluss auf die Berechnung zweier Qualitätsindikatoren haben. Zum einen werden Fälle, für die angegeben wird, dass eine chronische Bettlägerigkeit vorliegt, aus der Berechnung des Indikators „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) ausgeschlossen. Zum anderen wird im Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) Patientinnen und Patienten mit dokumentierter chronischer Bettlägerigkeit ein höheres Sterberisiko zugeschrieben.

Von den 189.173 Fällen ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme, ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung und ohne eine palliative Therapiezielsetzung wurde für 9.971 Fälle (5,27 %) angegeben, dass eine Bettlägerigkeit vorlag (Bundesergebnis). Bei einem festen Referenzbereich von  $\leq 20,00\%$  und einer Mindestanzahl im Nenner von 20 Fällen hatten 8 von 1.319 Leistungserbringern (0,61 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2021: 1,26 %), was vermutlich auf die beschriebene Änderung der Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums zurückzuführen ist.

#### ***Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 811826)***

Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten, welche keine invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme erhielten und nicht an COVID-19 erkrankt waren (Ausschluss von Fällen mit COVID-19 seit EJ 2022) und für die gleichzeitig angegeben wurde, dass eine spontane Atemfrequenz von  $\geq 30$  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 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 8,30 %. Das bedeutet, dass bei 14.230 von 171.489 Fällen angegeben wurde, dass eine Atemfrequenz von genau oder mehr als 30 Atemzügen pro Minute gemessen wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich (97. Perzentil) von  $\leq 20,12\%$  und einer Mindestanzahl im Nenner von 20 hatten 34 von 1.293

Leistungserbringern (2,63 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr, trotz Ausschluss der COVID-19 Fälle, gleich geblieben (EJ 2021: 2,54 %).

#### *Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben (ID 851900)*

Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht (= palliative Therapiezielsetzung) 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. Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich dokumentiert wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung in Bezug auf die Pneumonie nicht erfolgte. Fehldokumentationen des Datenfelds „Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?“ 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 2022 liegt das Bundesergebnis bei 12,92 %. Das bedeutet, dass bei 2.335 von 18.079 Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht, bei denen die Patientinnen und Patienten verstorben sind und deren Verweildauer mindestens 4 Tage betrug, ein Therapieverzicht am Entlassungsdatum dokumentiert wurde. Bei einem festen Referenzbereich von  $\leq 50,00$  % und mindestens 4 Fällen im Nenner hatten 10 von 1.168 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (0,86 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken (EJ 2021: 1,19 %).

#### **Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit**

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten MDS vorgelegen haben.

Das letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 geprüfte „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation“ (ID 850101) wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der Indikatorergebnisse zu gewährleisten und auch bei Unterdokumentation den Gründen nachzugehen. Die Wiedereinführung dieses Auffälligkeitskriteriums

erfolgt in seiner letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 angewandten Form (Rechenregeln, Referenzbereiche).

#### ***Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (ID 850101)***

Das Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige 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  $\geq 95,00\%$  bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Auf Bundesebene wurde mit einer Dokumentationsrate von 101,32 % keine Underdokumentation ermittelt. Auf Leistungserbringerebene hatten 16 von 1.348 Leistungserbringern (1,19 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Auswertungsjahr 2023 wieder eingeführt, daher können keine Vorjahresergebnisse dargestellt werden.

#### ***Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850102)***

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige 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 101,32 % eine leichte Überdokumentation ermittelt. Auf Leistungserbringerebene hatten 36 von 1.348 Leistungserbringern (2,67 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Ein Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

#### ***Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850229)***

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen 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 0,10 % der Fälle (263 von 268.013), die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt. Auf Leistungserbringerebene hatten 5 von 1.348 Leistungserbringern (0,37 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

## **2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren**

In Tabelle 6 werden die im QS-Verfahren CAP ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen unter Angabe des Bundesergebnisses und des Referenzbereichs bei Qualitätsindikatoren dargestellt. Zusätzlich werden die Vorjahresergebnisse und die Vergleichbarkeit zum Vorjahr in der Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Gruppe: erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	99,02% 268.624/271.285 (≥ 95,00 %)	99,13% 310.651/313.385	eingeschränkt vergleichbar
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	99,05% 257.959/260.422	99,16% 294.903/297.388	eingeschränkt vergleichbar
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	98,18% 10.665/10.863	98,44% 15.748/15.997	eingeschränkt vergleichbar
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	93,08% 135.629/145.705 (≥ 90,00 %)	92,54% 103.707/112.067	nicht vergleichbar
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	92,79% 117.888/127.047 (≥ 90,00 %)	92,44% 108.645/117.527	eingeschränkt vergleichbar
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	95,93% 182.621/190.369 (≥ 95,00 %)	96,55% 208.935/216.399	eingeschränkt vergleichbar
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	98,69% 180.042/182.424	98,78% 206.190/208.727	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,97 12.454/12.780,70 ( $\leq 1,91$ ; 95. Perzentil)	1,01 10.539/10.387,19	eingeschränkt vergleichbar
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)*	16,84% 30.656/182.043	17,66% 25.597/144.975	eingeschränkt vergleichbar
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,71% 256.324/265.056 ( $\geq 95,00$ %)	96,72% 295.836/305.866	eingeschränkt vergleichbar

\* Transparenzkennzahl

In der Tabelle 7 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2022 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - CAP

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	2022	51 von 1.338	3,81	6
		2021	51 von 1.351	3,77	_*
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	2022	276 von 1.287	21,45	164
		2021	409 von 1.288	31,75	_*
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	2022	260 von 1.291	20,14	136
		2021	321 von 1.313	24,45	_*
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	2022	285 von 1.308	21,79	136
		2021	269 von 1.316	20,44	_*
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	80 von 1.312	6,10	13
		2021	80 von 1.316	6,08	_*
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	2022	264 von 1.331	19,83	122
		2021	271 von 1.347	20,12	_*

\* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden

**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ID 2005)**

Eine frühe Untersuchung der Sauerstoffsättigung des Bluts bei der stationären 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 99,02 % trotz minimalem Abfall im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 99,13 %) auf einem sehr hohen Niveau. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen an allen Leistungserbringern, die zu diesem Indikator Daten geliefert haben, liegt bei 3,81 % – und ist im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 3,77 %) leicht gestiegen.

**Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (ID 2009)**

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. Da bei viralen Pneumonien in der Regel die frühzeitige Gabe von Antibiotika nicht indiziert ist und somit u. a. Fehlanreize hinsichtlich einer nicht indizierten Gabe von Antibiotika minimiert werden sollen, werden seit dem Erfassungsjahr 2022 bei diesem Qualitätsindikator Patientinnen und Patienten mit einer Viruspneumonie ausgeschlossen. Durch diese Änderung sind die Vorjahresergebnisse mit den Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2022 nicht vergleichbar.

Das aktuelle Bundesergebnis liegt bei 93,08 %. Der Anteil der Leistungserbringer, welche ein rechnerisch auffälliges Ergebnis haben, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 21,45 % und ist voraussichtlich aufgrund des Ausschlusses von Betroffenen mit einer Viruspneumonie deutlich gesunken.

**Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013)**

Eine frühe Mobilisation der Patientinnen und Patienten mit Pneumonie ist ausschlaggebend für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus, ohne dass erhöhte Komplikationsraten auftreten. Frühmobilisation wird im Indikator definiert als Mobilisation außerhalb des Bettes für mindestens 20 Minuten innerhalb der ersten 24 Stunden des Krankenhausaufenthalts. Für die Berechnung des Indikators werden alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score<sup>2</sup>), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind, mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne palliative Therapiezielsetzung herangezogen. Das Bundesergebnis liegt mit 92,79 % und minimalem Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 92,44 %) auf einem relativ hohen Niveau. Der Anteil an Leistungserbringern mit

---

<sup>2</sup> Die Stratifizierung bestimmter Indikatoren erfolgt mithilfe des sogenannten CRB-65-Scores, der Kriterien wie pneumoniebedingte Desorientiertheit, spontane Atemfrequenz  $\geq 30/\text{min}$ , Blutdruck  $\leq 60 \text{ mm Hg}$  diastolisch oder  $< 90 \text{ mm Hg}$  systolisch und Alter  $\geq 65$  Jahre berücksichtigt. Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt weiterhin bei über 20 %. Da der Anteil an Leistungserbringern mit statistisch auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr unter die 10%-Marke gefallen ist, wird für diesen Indikator anders als im Vorjahr kein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgelegt.

#### **Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028)**

Für diesen Indikator wurde ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgestellt (siehe Abschnitt 2.5).

#### **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ID 50722)**

Für diesen Indikator wurde ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgestellt (siehe Abschnitt 2.5).

#### **Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778)**

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 2021 (17,66%) ist im Erfassungsjahr 2022 (16,84%) eine leichte Abnahme der Gesamtsterblichkeit zu verzeichnen. Im Erfassungsjahr 2022 ist zudem die beobachtete Rate um 3 % kleiner als die erwartete Rate (O / E 0,97). Beides können Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sein. Besonders zu Beginn der Pandemie war die Mortalität im Verfahren erhöht. Mit Fortschreiten der Pandemie verringert sich ihr Einfluss auf die Mortalität (siehe IQTIG 2023). 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.

## **2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit**

Qualitätsindikatoren, bei denen vergleichsweise viele Leistungserbringer ein Qualitätsdefizit aufweisen, erfordern u. U. über die Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen der DeQS-RL hinaus weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Daher untersucht das IQTIG jährlich, bei welchen Qualitätsindikatoren die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung besonders verbreitete Qualitätsdefizite nahelegen. Dazu werden zwei Prüfgrößen herangezogen:

- Prüfgröße 1a: Mehr als 10 % der Leistungserbringer (mindestens aber 5 Leistungserbringer) wiesen in den jüngsten zwei Jahresauswertungen eine statistisch signifikante Abweichung des Indikatorwerts vom Referenzbereich auf. Voraussetzung ist, dass für den Indikator ein fester Referenzbereich definiert ist.

- Prüfgröße 1b: Mehr als 5 % der Leistungserbringer (mindestens aber 5 Leistungserbringer) wurden in den letzten zwei Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig (nach DeQS-RL) bzw. als qualitativ unzureichend (nach plan. QI-RL) in diesem Indikator bewertet.

### **Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028)**

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 daher die Bestimmung der Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.

Im Auswertungsjahr 2023 liegt der Bundeswert bei 95,93 % und damit etwas unter dem Wert des Vorjahres. Der Anteil der Leistungserbringer, deren Ergebnisse in diesem Qualitätsindikator statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs lagen ( $p \leq 0,05$ ), liegt mit 12,30 % über der Grenze von 10 % und hat sich gegenüber dem Vorjahr um ca. einen Prozentpunkt verschlechtert. Auch der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2021 liegt mit 5,93 % über der Grenze von 5 %, welche zur Festlegung des besonders verbreiteten Qualitätsdefizits definiert wurde. Daher wird ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgestellt. Die Expertinnen und Experten auf Bundesebene vermuten, dass das Ergebnis maßgeblich mit der Messung der Atemfrequenz zusammenhängt, da dies der einzige Parameter sei, der vergleichsweise aufwendig zu bestimmen sei. Um die Atemfrequenz pro Minute zu erfassen, sind die Atemzüge der Betroffenen über einen Zeitraum von 30 Sekunden zu zählen und dann mit dem Faktor 2 zu multiplizieren. Häufig würde das Datenfeld auch dahingehend missverstanden, dass die Parameter am Entlassungstag und nicht während des Aufenthalts und bis zum Entlassungstag zu erheben seien. Die Maßnahmen der LAG beinhalten dann meist Schulungen, um eine richtige Angabe des Datenfeldes zu fördern.

### **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ID 50722)**

Die Atemfrequenz bei Aufnahme ist ein sehr wichtiger klinischer Parameter, der regelhaft bestimmt werden soll, da er 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.

Das Bundesergebnis hat sich mit 96,71 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 96,72 %) nicht verbessert. Auch im Erfassungsjahr 2022 liegt der Anteil der Leistungserbringer, deren Ergebnisse in diesem Qualitätsindikator statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs lagen ( $p \leq 0,05$ ), mit 11,27 % erneut und seit mehreren Jahren bei über 10 %, daher wird wiederholt ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgestellt. Es besteht hier vermutlich dieselbe Problematik in Bezug auf das Datenfeld zur Atemfrequenz, wie sie bereits beim Indikator 2028 beschrieben wurde.

## 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) übermittelt. Das Verfahren QS CAP wurde im Erfassungsjahr 2021 erstmals unter der DeQS-RL geführt und dementsprechend erstmals im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL behandelt.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Insgesamt wurden im Verfahren QS CAP zum Erfassungsjahr 2021 fünf Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft. Die Übersicht über Auffälligkeiten zeigt, dass insgesamt wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse ( $n = 76$ ) vorliegen und für 6 auffällige Ergebnisse keine QSEB-Übermittlung stattfand. Für 52 rechnerisch auffällige Ergebnisse wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, 4 davon waren zum Zeitpunkt der Übermittlung noch nicht beendet. Eine Bewertung als qualitativ auffällig wurde für 13 Ergebnisse festgehalten. Eine Initiierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen fand nicht statt (Tabelle 8).

Für das Auffälligkeitskriterium „Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben“ (ID 851900) wurde zum Erfassungsjahr 2021 das Stellungnahmeverfahren zurückgezogen, da infolge eines Formfehlers die formale Grundlage (Beschluss) zum Erfassungsjahr 2021 fehlte.

Für alle Auffälligkeitskriterien ist der Anteil an Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis sehr gering und liegt für das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe von  $\geq 30$  Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme““ (ID 811826) mit 2,54 % am höchsten. Auch in Bezug auf die Anzahl an Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen ist zu konstatieren, dass über alle Auffälligkeitskriterien hinweg wenig qualitativ auffällige Ergebnisse festgestellt wurden. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wurden am häufigsten Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen ( $n = 6$ ) beim Auffälligkeitskriterium 811826 ermittelt. Für diese 6 Leistungserbringer wurden die auffälligen Ergebnisse mit einer fehlerhaften/unvollzähligen Dokumentation im Stellungnahmeverfahren begründet (Tabelle 9 und Tabelle 18).

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens</b>	6.094	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	76	1,25
davon ohne QSEB-Übermittlung	6	7,89
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	70	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	18	25,71
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	52	74,29
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	52	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	35	50
Bewertung als qualitativ auffällig	13	18,57
Sonstiges	4	5,71
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>											
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	17 / 1.344 (1,26%)	4	0 / 17 (0,00%)	0 / 1.344 (0,00%)	10 / 17 (58,82%)	10 / 1.344 (0,74%)	2 / 17 (11,76%)	2 / 1.344 (0,15%)	1 / 17 (5,88%)	1 / 1.344 (0,07%)
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	34 / 1.336 (2,54%)	7	0 / 34 (0,00%)	0 / 1.336 (0,00%)	21 / 34 (61,76%)	21 / 1.336 (1,57%)	6 / 34 (17,65%)	6 / 1.336 (0,45%)	0 / 34 (0,00%)	0 / 1.336 (0,00%)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	nicht ausgewertet aufgrund fehlenden formalen Beschlusses									

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>											
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	6 / 1.119 (0,54%)	2	0 / 6 (0,00%)	0 / 1.119 (0,00%)	0 / 6 (0,00%)	0 / 1.119 (0,00%)	4 / 6 (66,67%)	4 / 1.119 (0,36%)	0 / 6 (0,00%)	0 / 1.119 (0,00%)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5 / 1.119 (0,45%)	2	0 / 5 (0,00%)	0 / 1.119 (0,00%)	2 / 5 (40,00%)	2 / 1.119 (0,18%)	1 / 5 (20,00%)	1 / 1.119 (0,09%)	0 / 5 (0,00%)	0 / 1.119 (0,00%)

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – CAP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥3 qual. Auffälligkeiten
60	5	0	13	0	0

### 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren QS CAP haben zum Erfassungsjahr 2021 alle LAG den QSEB fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Indikatorebene.

Insgesamt wurden im Verfahren QS CAP 1.401 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt, wobei der Anteil an eingeleiteten Stellungnahmeverfahren knapp 72 % betrug. Bei fast einem Prozent der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurden neben einer schriftlichen Erläuterung auch Gespräche mit dem jeweiligen Leistungserbringer durchgeführt. Für 281 rechnerisch auffällige Ergebnisse erfolgte nach dem Stellungnahmeverfahren eine Bewertung als qualitativ auffällig, was einem Anteil von 20,06 % an den eingeleiteten Stellungnahmeverfahren des QS-Verfahrens entspricht (siehe Tabelle 11).

Betrachtet man die auffälligen Ergebnisse über alle Qualitätsindikatoren hinweg, ist zu erkennen, dass bei 4 von 6 Qualitätsindikatoren (ID 2009, 2013, 2028 und 50722) ein Fünftel und mehr Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse erzielen. Insbesondere bei den Qualitätsindikatoren „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) und „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) wurden jeweils fast ein Drittel qualitativ auffällige Ergebnisse von allen auffälligen Ergebnissen festgestellt und damit ein Qualitätsdefizit bestätigt. Als Begründung für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden für beide Indikatoren in etwas über 20 % der Bewertungen Prozess- und Strukturmängel angegeben, die ebenfalls für beide Qualitätsindikatoren vor allem mit einer nicht etablierten Durchführung der Messung der Atemfrequenz auf den entsprechenden Stationen zusammenhängen (siehe Tabelle 12, siehe Anhang Tabelle 19, Anhang Tabelle 20).

Mehrfache qualitative Auffälligkeiten traten bei 69 Leistungserbringern auf. Das bedeutet, dass bei 69 Leistungserbringern in 2 oder mehr Qualitätsindikatoren von insgesamt 6 Indikatoren ein Qualitätsproblem bestätigt wurde. Bei 16 Leistungserbringern ist sogar bei der Hälfte der Indikatoren ein Defizit zu verzeichnen (Tabelle 13).

Betrachtet man die Auffälligkeiten und das Stellungnahmeverfahren nach der Fallzahl an Betroffenen eines Leistungserbringers pro Qualitätsindikator, kann festgestellt werden, dass gerade bei Leistungserbringern, welche wenige Patientinnen und Patienten behandeln, im Vergleich zu Leistungserbringern mit mehreren Patientinnen und Patienten (19 und mehr Betroffene, Anteil an Stellungnahmeverfahren über 75 %), deutlich seltener ein Stellungnahmeverfahren von den LAG durchgeführt wird (42,17 %) (Tabelle 14).

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	7.931	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	1.401	17,66
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	1.401	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.401	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	394	28,12
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	1.007	71,88
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1.007	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	0,89
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	522	37,26
Bewertung als qualitativ auffällig	281	20,06
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	185	13,2
Sonstiges	19	1,36
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	109	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – CAP

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Puls-oxymetrie	51 / 1.351 (3,77%)	25	0 / 51 (0,00%)	0 / 1.351 (0,00%)	17 / 51 (33,33%)	17 / 1.351 (1,26%)	1 / 51 (1,96%)	1 / 1.351 (0,07%)	8 / 51 (15,69%)	8 / 1.351 (0,59%)	0 / 51 (0,00%)	0 / 1.351 (0,00%)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	409 / 1.288 (31,75%)	122	0 / 409 (0,00%)	0 / 1.288 (0,00%)	152 / 409 (37,16%)	152 / 1.288 (11,80%)	73 / 409 (17,85%)	73 / 1.288 (5,67%)	59 / 409 (14,43%)	59 / 1.288 (4,58%)	3 / 409 (0,73%)	3 / 1.288 (0,23%)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	321 / 1313 (24,45%)	98	0 / 321 (0,00%)	0 / 1.313 (0,00%)	135 / 321 (42,06%)	135 / 1.313 (10,28%)	50 / 321 (15,58%)	50 / 1.313 (3,81%)	31 / 321 (9,66%)	31 / 1.313 (2,36%)	7 / 321 (2,18%)	7 / 1.313 (0,53%)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	269 / 1316 (20,44%)	66	0 / 269 (0,00%)	0 / 1.316 (0,00%)	87 / 269 (32,34%)	87 / 1.316 (6,61%)	78 / 269 (29,00%)	78 / 1.316 (5,93%)	33 / 269 (12,27%)	33 / 1.316 (2,51%)	5 / 269 (1,86%)	5 / 1.316 (0,38%)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	271 / 1.347 (20,12%)	66	0 / 271 (0,00%)	0 / 1.347 (0,00%)	84 / 271 (31,00%)	84 / 1.347 (6,24%)	76 / 271 (28,04%)	76 / 1.347 (5,64%)	42 / 271 (15,50%)	42 / 1.347 (3,12%)	3 / 271 (1,11%)	3 / 1.347 (0,22%)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80 / 1.316 (6,08%)	17	0 / 80 (0,00%)	0 / 1.316 (0,00%)	47 / 80 (58,75%)	47 / 1.316 (3,57%)	3 / 80 (3,75%)	3 / 1.316 (0,23%)	12 / 80 (15,00%)	12 / 1.316 (0,91%)	1 / 80 (1,25%)	1 / 1.316 (0,08%)

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – CAP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥3 qual. Auffälligkeiten
427	208	165	121	53	16

Tabelle 14: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – CAP

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-18)	249	105 (42.17%)	6 (2.41%)
2. Quintil (19-64)	280	211 (75.36%)	59 (21.07%)
3. Quintil (65-116)	279	214 (76.70%)	65 (23.30%)
4. Quintil (117-191)	285	219 (76.84%)	60 (21.05%)
5. Quintil (192-1036)	308	258 (83.77%)	91 (29.55%)
Gesamt	1401	1007 (71.88%)	281 (20.06%)

## 4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 8 (QS CAP) § 2 Abs. 5 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Wie diese abschließende Bewertung des Verfahrens gestaltet werden soll, ist in den Tragenden Gründen nicht aufgeführt. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden ebenfalls nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens bis zum 30. Juni 2026 effizient und effektiv nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen vorgeschlagen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Prozesse des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2021 haben 5<sup>3</sup> der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Erfragt wurde u. a., ob es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens gab. Mehrere LAG sahen Probleme bei der Veröffentlichung der Rechenregeln. Es wurde angemerkt, dass es Unterschiede zwischen den prospektiven und endgültigen Rechenregeln gab. Dabei wird vor allem auf die Unterschiede durch den Einbezug von Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Infektion verwiesen. Da die endgültigen Rechenregeln zum Zeitpunkt des Beginns des Stellungnahmeverfahrens noch nicht veröffentlicht waren, musste aufgrund der späteren Veröffentlichung der endgültigen Rechenregeln im Verlauf des Stellungnahmeverfahrens u. U. die Aufarbeitung durch die Leistungserbringer angepasst werden.

Darüber hinaus wird von einer LAG die hohe Anzahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bei sehr geringen Fallzahlen angeführt, welche einen sehr großen Aufwand im Stellungnahmeverfahren verursachen. Bei Standorten mit weniger als 20 Fällen im Nenner handelt es sich z. B. in der Regel um Spezialkliniken, die nur in wenigen Ausnahmefällen Pneumonien behandeln. Dies sind beispielsweise orthopädische Fachkliniken oder Kinderkliniken mit einigen wenigen Patientinnen bzw. Patienten über 18 Jahren, wodurch sich die vergleichsweise kleine Grundgesamtheit erklärt. Bei diesen Standorten führen in der Regel Einzelfälle bzw. eine sehr geringe Anzahl an auffälligen Vorgängen bereits zu einer rechnerischen Auffälligkeit mit keiner bzw. geringer statistischer Signifikanz. Bei diesen Standorten ist nicht zu erwarten, dass durch ein Stellungnahmeverfahren die Ergebnis- oder Prozessqualität maßgeblich verbessert werden kann. Nach Auffassung des IQTIG sollten alle Kliniken, welche Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose Pneumonie behandeln, die Qualitätsanforderungen erfüllen. Auch vor dem Hintergrund des vergleichsweise geringen Anteils an Stellungnahmeverfahren bei Leistungserbringern mit wenigen Patientinnen und Patienten kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass ausreichend beurteilt werden kann, ob die Ergebnis- oder Prozessqualität verbessert werden kann oder nicht (Abschnitt 3.3 und Tabelle 14).

Außerdem wurde angemerkt, dass die Angaben zur chronischen Bettlägerigkeit im Dokumentationsbogen nicht klar genug definiert seien.

---

<sup>3</sup> Bayern, Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen (Westfalen-Lippe) und Sachsen haben den Evaluationsfragebogen übermittelt.

## 5 Fazit und Ausblick

Anders als in den letzten Jahren ist im Erfassungsjahr 2022 die Messung der Qualität im Verfahren QS CAP weniger dem Einfluss der COVID-19-Pandemie ausgesetzt. Darauf deutet z. B. ein um fünf Jahre angestiegener Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten hin. Im Expertengremium auf Bundesebene wurde erläutert, dass von Pneumonien aufgrund einer COVID-19-Infektion häufig jüngere Menschen betroffen waren. Darüber hinaus wurde vermutet, dass auch die deutlich reduzierte Anzahl an dokumentierten Behandlungsfällen um fast 42.000 mit einem Abflachen der COVID-19-Pandemie zusammenhängen könnte. Weshalb sich die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und insbesondere das Ergebnis zur Gesamtsterblichkeit mit derzeit fast 17 % nicht wieder auf ein vergleichbares Niveau wie zur Zeit vor der Pandemie im Jahr 2019 (damals knapp 13 %) eingestellt haben, ist bislang unklar und zukünftig vor dem Hintergrund weiterer Forschungsergebnisse zu bewerten.

Zum Erfassungsjahr 2022 wurde für zwei Indikatoren ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgelegt. Bei Patientinnen und Patienten erfolgt zu selten die vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien und es gibt weiterhin zu viele Krankenhäuser, die nicht durchgehend die Atemfrequenz bei Aufnahme bestimmen. 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. Für den Indikator zur frühen antimikrobiellen Therapie wurde die Rechenregel dahingehend geändert, dass zusätzlich zu Behandlungsfällen mit einer COVID-19-Diagnose solche mit einer anderen Virus pneumoniae (ICD-Kode J-12) seit dem Erfassungsjahr 2022 nicht berücksichtigt werden. Da die neue Methodik zur Bewertung eines besonders verbreiteten Qualitätsdefizits die Betrachtung von zwei Jahren vorsieht, kann aktuell keine Aussage dazu gemacht werden, inwieweit hinsichtlich der frühen antimikrobiellen Therapie ein verbreitetes Qualitätsdefizit vorliegt.

Das IQTIG empfiehlt, wie schon in den Vorjahren, eine Weiterentwicklung des Verfahrens, um z. B. mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen die 7-Tage bzw. 30-Tage-Sterblichkeit abbilden zu können.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten QS-Verfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht ist dem G-BA bis zum 15. März 2024 vorzulegen. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

## Literatur

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

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): COVID-19-Sonderanalyse. QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie. Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2021. Stand: 21.04.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

## Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollständige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>					
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4 / 17 (23,53%)	13 / 17 (76,47%)	0 / 17 (0,00%)	0 / 17 (0,00%)
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	7 / 34 (20,59%)	27 / 34 (79,41%)	0 / 34 (0,00%)	0 / 34 (0,00%)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	nicht ausgewertet aufgrund fehlenden formalen Beschlusses			
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>					
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2 / 6 (33,33%)	4 / 6 (66,67%)	0 / 6 (0,00%)	0 / 6 (0,00%)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	2 / 5 (40,00%)	3 / 5 (60,00%)	0 / 5 (0,00%)	0 / 5 (0,00%)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – CAP

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	25 / 51 (49,02%)	26 / 51 (50,98%)	0 / 51 (0,00%)	0 / 51 (0,00%)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	122 / 409 (29,83%)	287 / 409 (70,17%)	2 / 409 (0,49%)	0 / 409 (0,00%)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	98 / 321 (30,53%)	223 / 321 (69,47%)	2 / 321 (0,62%)	0 / 321 (0,00%)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	66 / 269 (24,54%)	203 / 269 (75,46%)	3 / 269 (1,12%)	0 / 269 (0,00%)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	17 / 80 (21,25%)	63 / 80 (78,75%)	1 / 80 (1,25%)	0 / 80 (0,00%)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	66 / 271 (24,35%)	205 / 271 (75,65%)	1 / 271 (0,37%)	0 / 271 (0,00%)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>					
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	17	2 / 17 (11,76%)	0 / 17 (0,00%)	0 / 17 (0,00%)
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	34	6 / 34 (17,65%)	0 / 34 (0,00%)	0 / 34 (0,00%)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	8	0 / 8 (0,00%)	0 / 8 (0,00%)	0 / 8 (0,00%)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>					
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	6	4 / 6 (66,67%)	0 / 6 (0,00%)	0 / 6 (0,00%)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	1 / 5 (20,00%)	0 / 5 (0,00%)	0 / 5 (0,00%)

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Puls-oxymetrie	51	0 / 51 (0,00%)	0 / 51 (0,00%)	1 / 51 (1,96%)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	409	56 / 409 (13,69%)	17 / 409 (4,16%)	0 / 409 (0,00%)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	321	32 / 321 (9,97%)	14 / 321 (4,36%)	4 / 321 (1,25%)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	269	57 / 269 (21,19%)	17 / 269 (6,32%)	4 / 269 (1,49%)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	271	64 / 271 (23,62%)	9 / 271 (3,32%)	3 / 271 (1,11%)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80	0 / 80 (0,00%)	3 / 80 (3,75%)	0 / 80 (0,00%)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - CAP

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	A99	Dokumentationsprobleme (1x berichtet)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	A71	<p>Anhand der Stellungnahme wird deutlich, dass eine digitale Arzneimittelverordnung nicht vollständig implementiert ist. Es ergeben sich einige Fälle mit klarer Diagnose und deutlichem Verdacht und Symptomen, bei denen dennoch keine Antibiose innerhalb von 8 Stunden erfolgt ist. (1x berichtet)</p> <p>Anhand der schriftlichen Stellungnahme besteht insgesamt eine Mischung aus Fehlkodierungen (die aber teilweise dennoch eine Antibiose erfordert hätten), fehlerhafter Dokumentation sowie verzögerter Diagnostik. Insbesondere hinsichtlich der verzögerten Diagnosestellung bei Fällen, die sich primär nicht als Pneumonie präsentiert haben, sieht die Fachkommission Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)</p> <p>Antibiose in einigen Fällen de facto zu spät begonnen, bzw. Beginn der Antibiotikagabe nicht eruierbar. Einige Fälle fälschlicherweise als CAP (ambulant erworbene Pneumonie) (ambulant erworbene Pneumonie) eingeordnet (1x berichtet)</p> <p>Antibiotikatherapie wurde in einigen Fällen erst nach 8 h eingeleitet. Die Begründungen sind für die Fachkommission nicht nachvollziehbar. Insbesondere erscheint es auffällig, dass alle Patienten mit verspätetem Therapiebeginn außerhalb der Regeldienstzeit aufgenommen wurden. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen. (4x berichtet)</p> <p>Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen. (1x berichtet)</p> <p>CAP (ambulant erworbene Pneumonie) (ambulant erworbene Pneumonie) nicht leitliniengerecht behandelt (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Das Krankenhaus hat den Referenzbereich in 4 Qualitätsindikatoren nicht erreicht. Nach Auffassung der Fachkommission wurde die Abweichung vom Referenzbereich bei dem Indikator 2009 nicht ausreichend begründet. Die Verschlechterung der Ergebnisse im Vergleich zu den Vorjahren und die Anzahl der auffälligen Indikatoren lässt Strukturprobleme vermuten. (1x berichtet)</p> <p>Diagnosestellung (1x berichtet)</p> <p>Diagnosestellung_Mitberücksichtigung nichtkardiologischer DD (Differenzialdiagnose) (Differenzialdiagnose) (1x berichtet)</p> <p>Die Klinik berichtet selbstständig und unaufgefordert von Strukturproblemen und schildert die eingeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung. (1x berichtet)</p> <p>Die Klinik schildert selbstständig und unaufgefordert Strukturprobleme und berichtet von eingeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung. (1x berichtet)</p> <p>Die Stellungnahme weist auf erhebliche medizinische Probleme hin. Offensichtlich sind die Problematik bei einigen Patienten nicht erkannt worden. Die fehlende frühe antibiotische Therapie erhöht das Risiko für schwere Verläufe. (1x berichtet)</p> <p>Durch verspätete Befundung wurde die antimikrobielle Therapie verzögert eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Erstgabe erst auf Station, nicht schon in ZNA. Schwierigkeiten bei der Diagnostik. (3x berichtet)</p> <p>Es bestehen Hinweis auf Prozessmängel hinsichtlich der Dokumentationsprozesse (Uhrzeit Antibiotikagabe). (1x berichtet)</p> <p>Es sind Defizite im Verständnis der CAP (ambulant erworbene Pneumonie) (ambulant erworbene Pneumonie) erkennbar. Es sind Fehldiagnosen dokumentiert. (1x berichtet)</p> <p>Frühzeitige Antibiotikagabe in einzelnen Fällen nicht erfolgt (1x berichtet)</p> <p>Fälle teilweise plausibel erklärt, teilweise verspätete Diagnosestellung bzw. Röntgendiagnostik. (1x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Der Leistungserbringer hatte bereits Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel eingeleitet. (2x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmenstufe 1. (5x berichtet)</p> <p>In der Stellungnahme ist keine substantielle Auseinandersetzung mit der Sachlage erkennbar. Fehlen hier Hinweise der Klinik? (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Ist eine Symptomatik diffus und zugleich die Verdachtsdiagnose CAP nicht widerlegt, so wirkt sich das gewählte Vorgehen des Abwartens unter Verzicht einer frühen Antibiotikagabe bei den dargestellten Patienten mit CAP oder anderen schweren (Atemwegs-) Infektionen nachteilig auf den Krankheitsverlauf aus und ist nicht zu wählen. Der Benefit der frühen antimikrobiellen Therapie ist für die Prognose der Patienten mit endgültig festgestellter CAP signifikant. Bestätigt sich der Verdacht nicht, wird diese Therapie abgesetzt. Für den Patienten ergibt sich durch die Medikamentengabe kein Nachteil. (1x berichtet)</p> <p>Kein Grund für verzögerte Antibiose erkennbar. (1x berichtet)</p> <p>Neue Mitarbeiter im Controlling (1x berichtet)</p> <p>Organisationsmängel sowohl bei der Röntgenbefundung wie auch bei der Applikation der antimikrobiellen Therapie und der zeitgerechten Umsetzung der Anordnung. (1x berichtet)</p> <p>Probleme der Pneumoniediagnostik und Therapieeinleitung erkannt, Maßnahmen bereits eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Prozess der Pneumoniebehandlung wird nicht deutlich. (1x berichtet)</p> <p>Schwierigkeiten bei der Diagnostik. (2x berichtet)</p> <p>Schwierigkeiten bei der Diagnostik. Vereinzelt Dokuprobleme. (2x berichtet)</p> <p>Sensibilisierung für die Relevanz der frühen Antibiotikagabe bei anderen Differentialdiagnosen (1x berichtet)</p> <p>Unklarheit über den zeitlichen Ablauf der Röntgendiagnostik (1x berichtet)</p> <p>Verordnete Antibiosen wurden nicht rechtzeitig gegeben bzw. nicht entsprechend dokumentiert. (1x berichtet)</p> <p>Verspätet eingeleitete antibiotische Therapie (1x berichtet)</p> <p>Verspätet eingeleitete antibiotische Therapie. (1x berichtet)</p> <p>Verspätete antibiotische Therapie (1x berichtet)</p> <p>Verspätete antibiotische Therapie. (4x berichtet)</p> <p>Wichtigkeit der frühzeitigen antibiotischen Therapie nicht verstanden (1x berichtet)</p> <p>stringente Diagnostik (1x berichtet)</p> <p>wie Vorjahr, dazu Zielvereinbarung in Umsetzung (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	A72	Das Krankenhaus wird als qualitativ auffällig aufgrund fehlender Mitwirkung eingestuft. Trotz vermehrter Nachfragen, hat das Krankenhaus keine Stellungnahme eingereicht. Die Fachkommission behält sich vor, das Lenkungsgremium in Mecklenburg-Vorpommern über diesen Sachverhalt zu informieren. (1x berichtet)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	A71	<p>Argumentation nicht durchgehend nachvollziehbar (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen (1x berichtet)</p> <p>Bei bereits langjähriger Auffälligkeit in diesem Indikator erfolgte keine Kontrolle bezüglich fehlerhafter Dokumentation. Für einzelne Fälle ist die fehlende Mobilisation für die Fachkommission nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Das Krankenhaus hat den Referenzbereich in 4 Qualitätsindikatoren nicht erreicht. Bei dem Indikator zur Frühmobilisation nach Aufnahme wurde die Bettlägerigkeit nicht nachvollziehbar dokumentiert. Die Verschlechterung der Ergebnisse im Vergleich zu den Vorjahren und die Anzahl der auffälligen Indikatoren lässt Strukturprobleme vermuten. (1x berichtet)</p> <p>Der in der Stellungnahme aufgeführte Personalmangel ist seitens der Fachkommission nicht akzeptabel. Die Fachkommission nimmt jedoch zur Kenntnis, dass sich die Ergebnisse im 1. Quartal 2022 verbessert haben. (1x berichtet)</p> <p>Die Bedeutung der Frühmobilisation ist scheinbar nicht ausreichend bewusst. Es wird auf die fehlenden Prüfmöglichkeiten hingewiesen, dies verkennt aber das Problem. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die Frage der Frühmobilisation scheint inhaltlich nicht richtig verstanden, sowohl hinsichtlich der Notwendigkeit als auch der medizinischen Möglichkeiten. Hier besteht Schulungsbedarf. (1x berichtet)</p> <p>Die Stellungnahme erklärt die vergleichsweise große Anzahl an Fällen ohne Frühmobilisation nicht hinreichend (1x berichtet)</p> <p>Die in der Stellungnahme aufgeführten Personalengpässe, insbesondere am Wochenende, sind seitens der Fachkommission nicht akzeptabel. Die Fachkommission nimmt jedoch zur Kenntnis, dass sich die Ergebnisse im 1. Quartal 2022 verbessert haben. (1x berichtet)</p> <p>Diverse unterschiedliche Dokumentationsfehler lassen auf Struktur- und Prozessmängel deuten. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Einige Fälle fälschlicherweise als CAP (ambulant erworbene Pneumonie) (ambulant erworbene Pneumonie) eingeordnet. Stellungnahme primär nicht schlüssig (Hypoxämie?). (1x berichtet)</p> <p>Es scheinen sowohl Dokumentationsmängel, aber auch medizinische inhaltliche Verständnisprobleme zum Thema CAP (ambulant erworbene Pneumonie) (ambulant erworbene Pneumonie) vorzuliegen. (1x berichtet)</p> <p>Frühmobilisationskonzept unter Einbindung aller Behandler unklar (1x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmenstufe 1. (2x berichtet)</p> <p>In zwei Fällen erfolgte keine Frühmobilisation. Für die Fachkommission sind die benannten medizinischen Gründe / Vorerkrankungen nicht ausreichend, um auf eine Mobilisation zu verzichten. (1x berichtet)</p> <p>Maßnahmen zur Frühmobilisation nicht ausreichend. (1x berichtet)</p> <p>Mobilisationskonzept nicht erkennbar (1x berichtet)</p> <p>Nach Auffassung der Fachkommission wurde seitens des Krankenhauses nicht ausreichend begründet, warum eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme nicht möglich war. (1x berichtet)</p> <p>Pandemiebedingte Personalausfälle, Dokuprobleme im Bereich der pflegerischen Mobilisation. (3x berichtet)</p> <p>Pandemiebedingte Personalausfälle, durch Isolationsmaßnahmen erschwerte Mobilisationsbemühungen. (2x berichtet)</p> <p>Selbstmobilisation des Patienten wird nicht regelhaft dokumentiert, weswegen in diesen Fällen retrospektiv nicht eindeutig nachvollzogen werden kann, warum eine Frühmobilisation nicht erfolgte. Die Fachkommission sieht Hinweise auf Prozessmängel hinsichtlich der nachvollziehbaren Dokumentation erfolgter Mobilisationsmaßnahmen bzw. dem Ausbleiben solcher, wenn sich der Patient selbst mobilisieren konnte. (1x berichtet)</p> <p>Strukturproblem: Dramatische Personalausfälle aufgrund der Covid19- Pandemie. (1x berichtet)</p> <p>Unklar bleibt ob die erforderlichen Parameter erhoben und dokumentiert wurden. (1x berichtet)</p> <p>Unzureichende Frühmobilisation und Nichtbeachtung der Ausfüllhinweise. (1x berichtet)</p> <p>Wenig Bemühungen zu erkennen, bei pflegeaufwändigeren Patienten Frühmobilisation durchzuführen. (3x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	A72	Das Krankenhaus wird als qualitativ auffällig aufgrund fehlender Mitwirkung eingestuft. Trotz vermehrter Nachfragen, hat das Krankenhaus keine Stellungnahme eingereicht. Die Fachkommission behält sich vor, das Lenkungsgremium in Mecklenburg-Vorpommern über diesen Sachverhalt zu informieren. (1x berichtet)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	A99	Dokumentationsprobleme (1x berichtet) Eine fehlende oder verzögerte Frühmobilisation bei onkologische Patienten und Patienten mit erhöhter Krankheitslast ist für die Fachkommission nicht nachvollziehbar. Es zeigen sich teils Dokufehler (chronische Bettlägerigkeit). (1x berichtet) Stellungnahme pauschal und inakzeptabel (1x berichtet) Überwiegend Hinweise auf Dokumentationsmängel. Zusätzlich Pandemie-bedingte Struktur-Probleme. (1x berichtet)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	A71	Angekündigte Maßnahmen zeigten zu wenig Effekt. Geringes Problembewusstsein des Leistungserbringers. Die Fachkommission wird die Ergebnisse 2022 kritisch prüfen und ggf. weitere Maßnahmen ergreifen. (1x berichtet) Atemfrequenz wurde in einigen Fällen nicht erhoben (1x berichtet) Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen. (1x berichtet) Aufgrund des Stellungsnahmeverfahrens ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen (2x berichtet) Ausfüllhinweise beachten (1x berichtet) Ausfüllhinweise nicht korrekt angewandt. Klinische Stabilitätskriterien sollten bei allen Patienten erhoben werden. (1x berichtet) Bestimmung der Stabilitätskriterien nicht durchgehend etabliert (1x berichtet) Covid19-bedingte Personalprobleme. (1x berichtet) Das Krankenhaus hat den Referenzbereich in 4 Qualitätsindikatoren nicht erreicht. Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Atemfrequenz nicht immer erfasst und die Sauerstoffsättigung nicht durchgehend gemessen und erfasst wurde. (1x berichtet) Die Atemfrequenz wurde nicht regelhaft bestimmt. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Die Atemfrequenz wurde vor Entlassung nicht bestimmt. Die Fachkommission hat Verständnis für die pandemiebedingt hohe Arbeitsbelastung und eine hohe Fluktuation beim Personal, muss aber von Struktur- und Prozessmängeln ausgehen. (1x berichtet)</p> <p>Die Bestimmung der Atemfrequenz ist nicht regelhaft erfolgt. (1x berichtet)</p> <p>Die Bestimmung der Atemfrequenz vor Entlassung ist nicht regelhaft erfolgt. Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission hat Verständnis für eine pandemiebedingte Arbeitsüberlastung und Personalengpässe. Dennoch muss aktuell von Struktur- und Prozessmängeln ausgegangen werden. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission übermittelte einen ausführlichen Kommentar zur Bewertung. Sie beobachtet die Entwicklung im Folgejahr. (3x berichtet)</p> <p>Die Klinik berichtet unaufgefordert über vorhandene Strukturprobleme. Die Klinik wird daher nächstes Jahr auf Wiedervorlage gesetzt (Abweichung größer 15% vom Ziel bei 177 Fällen) (1x berichtet)</p> <p>Die klinischen Stabilitätskriterien wurden vor Entlassung nicht bestimmt, da dieses Vorgehen im medizinischen Konzept der Klinik nicht vorgesehen war. Maßnahmen wurden ergriffen. (1x berichtet)</p> <p>Ein Struktur- und Prozessmangel ist zu bestätigen. Leistungserbringer hat bereits Maßnahmen zur Beseitigung des Mangels eingeleitet. (2x berichtet)</p> <p>Es erfolgte in vielen Fällen keine Bestimmung der Atemfrequenz im Verlauf bzw. kurz vor Entlassung. (1x berichtet)</p> <p>Es erfolgte keine regelhafte Bestimmung und Dokumentation der Atemfrequenz und teilweise der Sauerstoffättigung. Strukturen zur regelhaften Erfassung sind auf manchen Stationen nicht etabliert. Das Problem verstärkte sich durch pandemiebedingte Umstrukturierungen der Stationen und einem damit einhergehenden Wechsel im eingesetzten Personal. (1x berichtet)</p> <p>Es erfolgte keine regelhafte Messung der Sauerstoffsättigung und T. der Atemfrequenz bis zur Entlassung in zwei Fällen. Bei wiederholter Auffälligkeit bereits in den Vorjahren muss die Fachkommission von Struktur- und Prozessmängeln ausgehen. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Etablierung der Erfassung von Stabilitätskriterien (1x berichtet)</p> <p>Fehlende Erhebung der Atemfrequenz bis zur Entlassung bei 25 Fällen. In 26 Fällen kam es zu einer Fehldokumentation. (1x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Der Leistungserbringer hatte bereits Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmenstufe 1. (7x berichtet)</p> <p>In einigen Fällen erfolgte keine Messung der Atemfrequenz (und teilweise der Sauerstoffsättigung), da der Pflegestandard eine Messung erst ab Tag 5 nach Aufnahme vorsah. Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>In vielen Fällen wurde eine als unauffällig eingeschätzte Atmung nicht ausgezählt und dementsprechend nicht dokumentiert. Die Fachkommission verweist auf die diagnostische Relevanz der konkreten Bestimmung aller Stabilitätskriterien, darunter auch der Atemfrequenz, vor der Entlassung. (1x berichtet)</p> <p>Keine Messung der Atemfrequenz zur Entlassung (1x berichtet)</p> <p>Mischproblematik von Erhebung und Dokumentation der Parameter. (1x berichtet)</p> <p>Nicht ausreichende Bestimmung der spontanen Atemfrequenz. Interne Fortbildung ist bereits in Planung. (1x berichtet)</p> <p>Optimierungsmaßnahmen wurden eingeleitet (1x berichtet)</p> <p>Probleme bei der Kontrolle der Atemfrequenz und der Sauerstoffsättigung insbesondere auf nicht-pneumologischen Stationen. (6x berichtet)</p> <p>Seitens der Fachkommission wird der Hinweis gegeben, dass die Atemfrequenzmessung auch bei COVID-Patienten ein wichtiger Parameter darstellt. (1x berichtet)</p> <p>Stabilitätskriterien im Rahmen der Entlassungsplanung bestimmen (1x berichtet)</p> <p>Unklar bleibt ob die erforderlichen Parameter erfasst und in der Patientendokumentation enthalten. (1x berichtet)</p> <p>Unklarheit über den zeitlichen Ablauf insbesondere der Röntgendiagnostik (1x berichtet)</p> <p>Unzureichende Bestimmung der Stabilitätskriterien. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			Unzureichende Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien. (3x berichtet) Wäre es nicht sinnvoll hier eine SOP zu erstellen und den Zugriff für alle MA im Hause zu ermöglichen? (1x berichtet)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	A72	Das Krankenhaus wird als qualitativ auffällig aufgrund fehlender Mitwirkung eingestuft. Trotz vermehrter Nachfragen, hat das Krankenhaus keine Stellungnahme eingereicht. Die Fachkommission behält sich vor, das Lenkungsgremium in Mecklenburg-Vorpommern über diesen Sachverhalt zu informieren. (1x berichtet)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	A99	Covid19-bedingt viele Außenlieger mit nicht speziell geschultem Personal. Gegenmaßnahmen ergriffen. (1x berichtet) Dokumentationsfehler und beschriebene Umstrukturierung (1x berichtet) Dokumentationsprobleme (2x berichtet)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	A71	Atemfrequenz muss erfasst werden (1x berichtet) Atemfrequenz nicht erhoben bzw. dokumentiert (1x berichtet) Atemfrequenz wurde in einigen Fällen nicht gemessen, zusätzlich Dokumentationsprobleme. (1x berichtet) Atemfrequenz wurde nicht erhoben. Unklarheit, ob die Bedeutung den Mitarbeitern bekannt ist. (1x berichtet) Auch in anderen FA (Neurologie) muss CAP (ambulant erworbene Pneumonie) (ambulant erworbene Pneumonie) fachgerecht behandelt werden (nicht gegeben) Teilweise Dokumentationsprobleme (1x berichtet) Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen (2x berichtet) Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen. (7x berichtet) Aufgrund des Stellungsnahmeverfahrens ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen (1x berichtet) Bei bereits in den Vorjahren bestehender Auffälligkeit wurde in zwei Fällen die Atemfrequenz bei Aufnahme nicht bestimmt sowie in zwei Fällen nicht korrekt dokumentiert. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Bei einer Abweichung von mehr als 11 % vom Referenzwert ist dringendere Handlungsbedarf geboten. Neben der Schulung sollte überlegt werden, ob eine SOP für die Patienten mit der ambulant erworbenen Pneumonie erstellt wird, bzw. bei Vorliegen einer SOP, sollte diese noch einmal auf Aktualität überprüft werden. (1x berichtet)</p> <p>Covid19-bedingte Personalprobleme. (1x berichtet)</p> <p>Das Krankenhaus hat den Referenzbereich in 4 Qualitätsindikatoren nicht erreicht. Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Atemfrequenz nicht immer erfasst wurde. Die Verschlechterung der Ergebnisse im Vergleich zu den Vorjahren und die Anzahl der auffälligen Indikatoren lässt Strukturprobleme vermuten. (1x berichtet)</p> <p>Das Messen der Atemfrequenz wurde leider versäumt. (1x berichtet)</p> <p>Der Prozess der Atemfrequenzmessung muss implementiert werden und entsprechend dokumentiert werden. (1x berichtet)</p> <p>Die Atemfrequenz wurde aufgrund starker Mitarbeiterfluktuation nicht regelhaft erhoben. Verbesserungsmaßnahmen wurden ergriffen. (1x berichtet)</p> <p>Die Atemfrequenz wurde in vielen Fällen bei Aufnahme nicht bestimmt, in einigen wenigen Fällen wurde die Atemfrequenz zwar bestimmt aber nicht dokumentiert. (1x berichtet)</p> <p>Die Atemfrequenz wurde vor Entlassung nicht bestimmt, da dieses Vorgehen im medizinischen Konzept der Klinik nicht vorgesehen war. Maßnahmen wurden ergriffen. (1x berichtet)</p> <p>Die Bestimmung der Atemfrequenz erfolgte in einigen Fällen nicht, in einigen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Bei wiederholter Auffälligkeit sieht die Fachkommission Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)</p> <p>Die Bestimmung der Atemfrequenz erfolgte nicht regelhaft, teilweise pandemiebedingt (Personalwechsel, Personalengpässe). Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Die Dokumentation der Atemfrequenz sollte gerade auf der Intensivstation regelhaft erfolgen. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (3x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission übermittelte einen ausführlichen Kommentar zur Bewertung. Sie beobachtet die Entwicklung im Folgejahr. (3x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Die Klinik schildert unaufgefordert Strukturprobleme und kündigt selbstständig die konsequente Abbildung der respiratorischen AF in der Rettungsstelle an. (1x berichtet)</p> <p>Die Messung der Atemfrequenz ist in einigen Fällen nicht erfolgt, in anderen Fällen handelte es sich um Dokumentationsfehler. Die Fachkommission weist darauf hin, dass die Messung der Atemfrequenz und deren Wert als therapeutischer Zweck auch vom Arzt zu beachten ist. (1x berichtet)</p> <p>Die Stellungnahme weißt auf Probleme infolge der Corona Pandemie hin. Jedoch ist eine fehlende Erfassung der Atemfrequenz auch bei Corona-Patienten als ein Qualitätsdefizit zu beschreiben. Gerade für diese Patienten besteht die Notwendigkeit die Atemfrequenz zu erfassen. Das Problem scheint im Haus nun erkannt zu sein. (1x berichtet)</p> <p>Ein Messwert der Atemfrequenz bei Aufnahme liegt in einigen Fällen nicht vor. Die Messung und Dokumentation der Atemfrequenz kann bei einzelnen Patienten nicht durch eine Triage ersetzt werden. (1x berichtet)</p> <p>Ein Struktur- und Prozessmangel ist zu bestätigen. Leistungserbringer hat bereits Maßnahmen zur Beseitigung des Mangels ergriffen. (1x berichtet)</p> <p>Erfassung und Dokumentation der AF-Messung sind zu regeln (1x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel- Maßnahmenstufe 1. (1x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Der Leistungserbringer hatte bereits Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel eingeleitet. (2x berichtet)</p> <p>Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmenstufe 1. (2x berichtet)</p> <p>Hohe Personalfuktuation und Schulungsdefizite. (1x berichtet)</p> <p>In einigen Fällen konnte die Atemfrequenz bei Aufnahme retrospektiv nachvollzogen werden (Bestimmung erfolgt, aber fehlende QS-Dokumentation). In einigen Fällen wiederum ist dies nicht der Fall, weshalb ein Ausbleiben der Messung nicht ausgeschlossen werden kann. Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Keine Dokumentation der Atemfrequenz bei Aufnahme (1x berichtet)</p> <p>Keine hinreichende pneumologische Kompetenz vorgehalten. Die Bedeutung der Messung der Atemfrequenz sollte in einer Notaufnahme bekannt sein. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Messung der AF bisher nur bei Intensiv-Patienten. (1x berichtet)</p> <p>Messung/Dokumentation der AF bisher nur bei Aufnahme über ZNA. (1x berichtet)</p> <p>Mängel erkannt, Maßnahmen eingeleitet SOPs liegen vor (1x berichtet)</p> <p>Nicht ausreichende Bestimmung der spontanen Atemfrequenz. Zur Verbesserung der IT wurden Modifikationen umgesetzt. (1x berichtet)</p> <p>Nicht regelhafte Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme auf Normalstation. Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Pandemiebedingte Personalmängel. (1x berichtet)</p> <p>Regelhafte Bestimmung der Atemfrequenz auf Normalstation ist nicht erfolgt (1x berichtet)</p> <p>Seitens der Fachkommission wird der Hinweis gegeben, dass die Atemfrequenzmessung auch bei COVID-Patienten ein wichtiger Parameter darstellt. (2x berichtet)</p> <p>Struktur- und Prozessmängel, da die Atemfrequenz insbesondere bei COVID 19 Pneumoniepatienten nicht für wichtig erachtet wurde. Die Fachkommission hat ausführliche Hinweise gegeben und wird die Ergebnisse für das Jahr 2022 kritisch prüfen, um ggf. weitere Maßnahmen einzuleiten. (1x berichtet)</p> <p>Unklarheit ob erforderliche Parameter erhoben und dokumentiert wurden. (1x berichtet)</p> <p>Unzureichende Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme. (3x berichtet)</p> <p>leitliniengerechte Bestimmung der Atemfrequenz bei allen Pneumoniepat. muss sichergestellt sein (1x berichtet)</p> <p>noch nicht alle Mitarbeiter hinreichend geschult (1x berichtet)</p>
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	A99	<p>Dokumentationsfehler neben Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Maßnahmenstufe 1. (1x berichtet)</p> <p>Dokumentationsprobleme (1x berichtet)</p> <p>Offensichtlich handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um ein Dokumentationsproblem. Dies scheint nun erkannt und Änderungsmaßnahmen eingeleitet zu sein. (1x berichtet)</p>

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	17	10 / 17 (58,82%)	0 / 17 (0,00%)
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	34	18 / 34 (52,94%)	3 / 34 (8,82%)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	8	1 / 8 (12,50%)	1 / 8 (12,50%)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	6	0 / 6 (0,00%)	0 / 6 (0,00%)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	2 / 5 (40,00%)	0 / 5 (0,00%)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>			
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	U60	Die Auffälligkeit erklärt sich durch die Covid 19 Pneumonien. (1x berichtet)
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	U99	Besondere klinische Situation. (1x berichtet) Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (1x berichtet) Korrekte Dokumentation bei insgesamt zu seltener Bestimmung der Atemfrequenz. Lediglich bei 29 von 48 Patienten wurde bei Aufnahme die AF bestimmt. (1x berichtet)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	U99	Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass es sich bei den auffälligen Fällen um Patienten mit COVID-19 (Entlassungsdiagnose U07.1! oder U07.2!) mit korrekter Dokumentation der Therapieeinstellung handelt. Das Krankenhaus wird gebeten, zukünftig die Entlassungsdiagnose U07.1! oder U07.2! zu dokumentieren. Anmerkung an das IQTIG: Der Fachkommission ist hier nicht verständlich, warum seitens des IQTIG in diesem AK die COVID-19-Fälle mit in die Grundgesamtheit eingeschlossen werden, wenn diese aber für die Berechnung des Indikators Sterblichkeit im Krankenhaus (50778) ausgeschlossen werden. Analog dazu müssten die COVID-19-Fälle auch aus dem AK 851900 ausgeschlossen werden. (1x berichtet)

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CAP

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	51	2 / 51 (3,92%)	7 / 51 (13,73%)	6 / 51 (11,76%)	2 / 51 (3,92%)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	409	8 / 409 (1,96%)	73 / 409 (17,85%)	68 / 409 (16,63%)	3 / 409 (0,73%)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	321	9 / 321 (2,80%)	63 / 321 (19,63%)	57 / 321 (17,76%)	6 / 321 (1,87%)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	269	4 / 269 (1,49%)	42 / 269 (15,61%)	38 / 269 (14,13%)	3 / 269 (1,12%)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	271	5 / 271 (1,85%)	37 / 271 (13,65%)	38 / 271 (14,02%)	4 / 271 (1,48%)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80	3 / 80 (3,75%)	27 / 80 (33,75%)	15 / 80 (18,75%)	2 / 80 (2,50%)

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - CAP

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	U61	Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (1x berichtet) Rehabilitationseinrichtung mit besonderer Einbindung in die Weiterbehandlung von Fällen mit COVID-19-Pneumonie. (1x berichtet)
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	U99	Das Krankenhaus wird, aufgrund der Auswertung für den aufnehmenden Standort, separat betrachtet und weist daher eine sehr geringe Fallzahl in dem Indikator auf. Bisher wurden Fälle dieser Klinik dem Hauptstandort zugeordnet. Die rechnerische Auffälligkeit ist daher durch die geringe Fallzahl bedingt. (1x berichtet) Schulungen zu den Dokumentationsfehlern bereits stattgefunden (1x berichtet)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	U61	Die Einzelfälle sind durch die Kommentare der Klinik nachvollziehbar beschrieben worden. (1x berichtet) Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (2x berichtet) Großes Kollektiv an Covid 19 Patienten, bei denen eine antimikrobielle Therapie nicht indiziert ist. (1x berichtet) Lungenfachklinik, daher besonderes Patienten Klientel, z.T. Diagnostik vor Antibiotikagabe erforderlich (2x berichtet) Rehabilitationseinrichtung mit besonderer Einbindung in die Weiterbehandlung von Fällen mit COVID-19-Pneumonie. (1x berichtet) Viele unklare Diagnosen/diagnostische Fälle. (1x berichtet)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich im Wesentlichen auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) bei der Berechnung des Indikators im Erfassungsjahr 2021 nicht berücksichtigt wurden. Bei einer korrekten Dokumentation können Anfragen zum Stellungsverfahren vermieden werden. (3x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass in einigen Fällen der Verdacht einer COVID-19-Infektion bestand. Für COVID-19-Patienten gilt jedoch das Qualitätsziel: Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen nicht. Daher werden diese Fälle über die Kodierung der U07.1 bzw. U07.2 von der Berechnung ausgenommen. Das Krankenhaus hat die entsprechende Kodierung in den Fällen nicht vorgenommen. Es wird daher seitens der Fachkommission gebeten, verstärkt auf eine korrekte Kodierung zu achten, um zukünftig Anfragen zum Stellungnahmeverfahren zu vermeiden. (1x berichtet)</p> <p>Hier hätte die Kodierung U07.1! erfolgen müssen, dann wäre die Gruppe mit Covid 19 aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen worden. Dies gilt seit April 2020 unverändert! (1x berichtet)</p>
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	U99	Besondere klinische Situation. (3x berichtet)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	U61	<p>Aufgrund der Nähe zu einer großen Einrichtung für Menschen mit Behinderung viele Patient:innen, die per se immobil sind. (1x berichtet)</p> <p>Besondere klinische Situation aufgrund Schädel-Hirn-Traumata und Frakturen. (1x berichtet)</p> <p>Die Einzelfälle sind durch die Kommentare der Klinik nachvollziehbar beschrieben worden. (1x berichtet)</p> <p>Durch Alter, Demenz, Komorbidität zu erklären. (1x berichtet)</p> <p>Eingeschränkte Mobilisationsmöglichkeiten aufgrund von Alter, demenzieller Erkrankungen und Covid19-Erkrankung. (1x berichtet)</p> <p>Fachkrankenhaus, schwer mobilisierbares Patientenklientel (1x berichtet)</p> <p>Hoher Altersdurchschnitt erklärt die Auffälligkeit. (1x berichtet)</p> <p>Rehabilitationseinrichtung mit besonderer Einbindung in die Weiterbehandlung von Fällen mit COVID-19-Pneumonie. (1x berichtet)</p> <p>Spezifisches Patientenkollektiv. (1x berichtet)</p>
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	U62	Die Fachkommission wird das Ergebnis im nächsten Jahr noch einmal überprüfen. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	U99	Bei sonst unauffälligen Ergebnissen und im Vorjahr unauffälligem Ergebnis, pandemiebedingte teilweise verzögerte Frühmobilisation. (1x berichtet) Besondere klinische Situation. (5x berichtet)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	U61	Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (1x berichtet) Für den Leistungserbringer stellten die Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine besondere Kohorte dar, die nicht dem üblichen Behandlungsspektrum entspricht. (1x berichtet) Rehabilitationseinrichtung mit besonderer Einbindung in die Weiterbehandlung von Fällen mit COVID-19-Pneumonie. (1x berichtet) trotz langjähriger Praxis mit guten Dokumentationsquoten, aktuell eine suboptimale Erfassung der klinischen Stabilitätsparameter, erklärt sich durch Fluktuation im ärztlichen Bereich. (1x berichtet)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	U99	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass sich das Krankenhaus an die Vorgaben der prospektiven Rechenregeln orientiert hat, in welchen die COVID-19-Patienten bei den Indikatoren 2028 und 50722 ausgeschlossen wurden. Nach Abschluss der Datenerhebung erfolgte jedoch eine Anpassung der Rechenregeln, sodass nunmehr auch die COVID-19-Patienten bei diesen Indikatoren eingeschlossen wurden. Stellt man die Ergebnisse mit und ohne COVID-19-Fälle des Krankenhauses gegenüber, so lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse ohne COVID-19-Fälle – also auf der Grundlage der prospektiven Rechenregeln – den Referenzbereich und damit das Qualitätsziel erfüllen. Nach Auffassung der Fachkommission sollte die Korrektur der Rechenregeln dem Leistungserbringer nicht angelastet werden. Die Fachkommission weist den Leistungserbringer jedoch darauf hin, dass die aktuelle Leitlinie ambulant erworbene Pneumonie (Update 2021) die Bestimmung der Atemfrequenz sowohl in der Primärdiagnostik zur Schweregradbestimmung/Risiko-Bewertung als auch im weiteren Monitoring der Patienten während der stationären Behandlung aufführt. Gleiches gilt für die S3- Leitlinie Empfehlung zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19- Version (12.09.2022, erstveröffentlicht 03/2020). Folglich sollte die Leitlinie maßgeblich für das therapeutische Handeln und nicht die Rechenregeln für die Indikatoren des IQTIG sein. (1x berichtet) Fälschlich ausgelöste Sekundärbehandlungen (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			Mit dem Krankenhaus wurde zu dem Erfassungsjahr 2020 zu dem Indikator ein Kollegiales Gespräch durchgeführt, um eine Verbesserung des Qualitätsziels zu erreichen. Die Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021 und das erste Quartal 2022 zeigen eine deutliche Verbesserung im Vergleich zu den Vorjahren. Die Fachkommission nimmt die Ergebnisentwicklung zur Kenntnis und bittet das Krankenhaus, die im Kollegialen Gespräch besprochenen Maßnahmen weiter fortzuführen. (1x berichtet)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	U61	Gemäß Stellungnahme viele Patienten mit schwersten Grunderkrankungen sowie zu großem Teil auch Pat. mit Patientenverfügung (Dokufehler). (1x berichtet)  Patienten mit palliativem Behandlungsansatz bzw. mit entsprechendem Patientenwunsch gem. Patientenverfügung. (1x berichtet)  Sehr niedrige Fallzahl, daher keine statistische Auswertung sinnvoll (1x berichtet)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich im Wesentlichen auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung aus dem Indikator ausgeschlossen werden. Bei einer korrekten Dokumentation können Anfragen zum Stellungnahmeverfahren vermieden werden. (1x berichtet)  Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich im Wesentlichen auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Zudem bittet die Fachkommission um die Überprüfung der hohen Anzahl an Aspirationspneumonien. Sollten diese stationär aufgetreten sein, weist die Fachkommission darauf hin, dass bei stationär erworbenen Pneumonien die U69.00! zusätzlich zu kodieren ist. Die entsprechenden Fälle würden somit aus der Berechnung herausfallen. Gemäß des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) liegt eine im Krankenhaus erworbene Pneumonie vor, wenn deren Symptome und Befunde die CDC-Kriterien erfüllen und frühestens 48 Stunden nach Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten oder sich innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung aus einem Krankenhaus manifestieren. (1x berichtet)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	U99	Besondere klinische Situation. (1x berichtet)  deutliche Dokumentationsproblematik, aber kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	U61	<p>Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (1x berichtet)</p> <p>Für den Leistungserbringer stellten die Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine besondere Kohorte dar, die nicht dem üblichen Behandlungsspektrum entspricht. (1x berichtet)</p> <p>Für den Leistungserbringer stellten die Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine besondere Kohorte dar, die nicht dem üblichen Behandlungsspektrum entspricht. Außerdem handelte es sich um Verlegungen. (1x berichtet)</p> <p>Rehabilitationseinrichtung mit besonderer Einbindung in die Weiterbehandlung von Fällen mit COVID-19-Pneumonie. (1x berichtet)</p> <p>trotz langjähriger Praxis mit guten Dokumentationsquoten, aktuell eine suboptimale Erfassung der klinischen Stabilitätsparameter, erklärt sich durch Fluktuation im ärztlichen Bereich. (1x berichtet)</p>
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	U63	Sobald eine ambulant erworbene Pneumonie kodiert wird, sind alle erforderlichen Parameter zu bestimmen und zu dokumentieren. (1x berichtet)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	U99	<p>Besondere klinische Situation. (2x berichtet)</p> <p>Das Ergebnis wird im kommenden Jahr noch einmal besonders kontrolliert. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass sich das Krankenhaus an die Vorgaben der prospektiven Rechenregeln orientiert hat, in welchen die COVID-19-Patienten bei den Indikatoren 2028 und 50722 ausgeschlossen wurden. Nach Abschluss der Datenerhebung erfolgte jedoch eine Anpassung der Rechenregeln, sodass nunmehr auch die COVID-19-Patienten bei diesen Indikatoren eingeschlossen wurden. Stellt man die Ergebnisse mit und ohne COVID-19-Fälle des Krankenhauses gegenüber, so lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse ohne COVID-19-Fälle – also auf der Grundlage der prospektiven Rechenregeln – den Referenzbereich und damit das Qualitätsziel erfüllen. Nach Auffassung der Fachkommission sollte die Korrektur der Rechenregeln dem Leistungserbringer nicht angelastet werden. Die Fachkommission weist den Leistungserbringer jedoch darauf hin, dass die aktuelle Leitlinie ambulant erworbene Pneumonie (Update 2021) die Bestimmung der Atemfrequenz sowohl in der Primärdiagnostik zur Schweregradbestimmung/Risiko-Bewertung als auch im weiteren Monitoring der Patienten während der stationären Behandlung aufführt. Gleiches gilt für die S3- Leitlinie Empfehlung zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19- Version</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			(12.09.2022, erstveröffentlicht 03/2020). Folglich sollte die Leitlinie maßgeblich für das therapeutische Handeln und nicht die Rechenregeln für die Indikatoren des IQTIG sein. (1x berichtet)

Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>			
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	17	1 / 17 (5,88%)
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	34	0 / 34 (0,00%)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	8	3 / 8 (37,50%)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>			
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	6	0 / 6 (0,00%)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	0 / 5 (0,00%)

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>			
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	S99	Nach zwischenzeitlich erfolgten Chefarztwechsel wurden interne prozessuale Umstrukturierungen durchgeführt und Behandlungspfade etabliert. (1x berichtet)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	S99	SNV eingestellt aufgrund fehlender Rechtsgrundlage (3x berichtet)

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – CAP

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	51	8 / 51 (15,69%)	0 / 51 (0,00%)	0 / 51 (0,00%)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	409	55 / 409 (13,45%)	4 / 409 (0,98%)	3 / 409 (0,73%)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	321	31 / 321 (9,66%)	0 / 321 (0,00%)	7 / 321 (2,18%)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	269	31 / 269 (11,52%)	2 / 269 (0,74%)	5 / 269 (1,86%)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80	12 / 80 (15,00%)	0 / 80 (0,00%)	1 / 80 (1,25%)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	271	38 / 271 (14,02%)	4 / 271 (1,48%)	3 / 271 (1,11%)

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - CAP

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	S99	Die FK schaut sich die Entwicklung im nächsten Stellungnahmeverfahren erneut an, vor allem im Hinblick auf bereits umgesetzte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentation. (1x berichtet) Fehldokumentationen bezüglich einer SARS-CoV-2-Pneumonie und der Hauptdiagnose bzw. Nichtvorhandensein einer Pneumoniediagnose bei den relevanten Vorgängen. (1x berichtet) Nach zwischenzeitlich erfolgten Chefarztwechsel wurden interne prozessuale Umstrukturierungen durchgeführt und Behandlungspfade etabliert. (1x berichtet)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	D80 / S80	Es wurde zwar zu allen Vorgängen eine kurze Stellungnahme abgegeben, diese waren aber für die Fachkommission nicht ausreichend. (1x berichtet)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	S99	Aufgrund der geänderten Erfassungsregeln Dokumentation unvollständig. (2x berichtet) Aufgrund der geänderten Erfassungsregeln Dokumentation unvollständig. (1x berichtet) Die FK schaut sich die Entwicklung im nächsten Stellungnahmeverfahren erneut an, vor allem im Hinblick auf bereits umgesetzte Maßnahmen. Bei Fortbestehen der Auffälligkeit behält sich die Fachkommission vor, in einen kollegialen Dialog zu treten. (1x berichtet) Nach zwischenzeitlich erfolgten Chefarztwechsel wurden interne prozessuale Umstrukturierungen durchgeführt und Behandlungspfade etabliert. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			Standort geschlossen. (1x berichtet) spezielle Problematik der frühen Mobilisation von COVID Patienten vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen in der Pandemie (1x berichtet)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	S99	Die FK schaut sich die Entwicklung im nächsten Stellungnahmeverfahren erneut an, vor allem im Hinblick auf bereits umgesetzte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentation. Bei Fortbestehen der Auffälligkeit behält sich die Fachkommission vor, in einen kollegialen Dialog zu treten. (1x berichtet) Für den Leistungserbringer stellten die Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine besondere Kohorte dar, die nicht dem üblichen Behandlungsspektrum entspricht. Andererseits finden sich Dokumentationsfehler im QS-Bogen. Maßnahmen zur Verbesserung in diesem Indikatorergebnis wurden bereits eingeleitet. (1x berichtet) Nach zwischenzeitlich erfolgten Chefarztwechsel wurden interne prozessuale Umstrukturierungen durchgeführt und Behandlungspfade etabliert. (1x berichtet) Sonderfall: knappe personelle Ressourcen in der Pandemie und Besonderheit des Umgangs mit COVID Patienten (1x berichtet) Zielvereinbarung zum Vorjahr in Umsetzung (schließt diesen Indikator mit ein) (1x berichtet)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	S99	Nach zwischenzeitlich erfolgten Chefarztwechsel wurden interne prozessuale Umstrukturierungen durchgeführt und Behandlungspfade etabliert. (1x berichtet)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	S99	Die FK schaut sich die Entwicklung im nächsten Stellungnahmeverfahren erneut an, vor allem im Hinblick auf bereits umgesetzte Maßnahmen. (1x berichtet) Für den Leistungserbringer stellten die Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine besondere Kohorte dar, die nicht dem üblichen Behandlungsspektrum entspricht. Andererseits finden sich Dokumentationsfehler im QS-Bogen. Maßnahmen zur Verbesserung in diesem Indikatorergebnis wurden bereits eingeleitet. (1x berichtet) Nach zwischenzeitlich erfolgten Chefarztwechsel wurden interne prozessuale Umstrukturierungen durchgeführt und Behandlungspfade etabliert. (1x berichtet)

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	0 / 2 (0,00%)	0 / 11 (0,00%)	2 / 2 (100,00%)
811826	Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	0 / 6 (0,00%)	0 / 21 (0,00%)	6 / 6 (100,00%)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	0 / 0 (-)	0 / 6 (0,00%)	0 / 0 (-)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 4 (0,00%)	0 / 0 (-)	4 / 4 (100,00%)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 1 (0,00%)	0 / 3 (0,00%)	1 / 1 (100,00%)

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – CAP

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	0 / 1 (0,00%)	0 / 29 (0,00%)	1 / 1 (100,00%)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	19 / 73 (26,03%)	6 / 221 (2,71%)	54 / 73 (73,97%)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	12 / 50 (24,00%)	3 / 177 (1,69%)	38 / 50 (76,00%)
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	15 / 78 (19,23%)	3 / 131 (2,29%)	63 / 78 (80,77%)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1 / 3 (33,33%)	4 / 62 (6,45%)	2 / 3 (66,67%)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	16 / 76 (21,05%)	4 / 135 (2,96%)	60 / 76 (78,95%)

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – CAP

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	218	21 / 978 (2,15%)	17 / 21 (80,95%)	6 / 21 (28,57%)	6 / 17 (35,29%)
Brandenburg	51	1 / 230 (0,43%)	1 / 1 (100,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
Berlin	47	2 / 208 (0,96%)	2 / 2 (100,00%)	0 / 2 (0,00%)	0 / 2 (0,00%)
Baden-Württemberg	144	12 / 637 (1,88%)	6 / 12 (50,00%)	0 / 12 (0,00%)	0 / 6 (0,00%)
Bremen	10	1 / 50 (2,00%)	1 / 1 (100,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
Hessen	97	7 / 443 (1,58%)	7 / 7 (100,00%)	2 / 7 (28,57%)	2 / 7 (28,57%)
Hamburg	24	2 / 113 (1,77%)	1 / 2 (50,00%)	0 / 2 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
Mecklenburg-Vorpommern	33	1 / 153 (0,65%)	1 / 1 (100,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
Niedersachsen	120	2 / 576 (0,35%)	2 / 2 (100,00%)	1 / 2 (50,00%)	1 / 2 (50,00%)
Nordrhein-Westfalen	311	12 / 1390 (0,86%)	0 / 12 (0,00%)	0 / 12 (0,00%)	0 / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	78	4 / 341 (1,17%)	3 / 4 (75,00%)	1 / 4 (25,00%)	1 / 3 (33,33%)
Schleswig-Holstein	36	2 / 165 (1,21%)	2 / 2 (100,00%)	2 / 2 (100,00%)	2 / 2 (100,00%)
Saarland	16	1 / 78 (1,28%)	1 / 1 (100,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
Sachsen	81	5 / 365 (1,37%)	5 / 5 (100,00%)	0 / 5 (0,00%)	0 / 5 (0,00%)
Sachsen-Anhalt	45	2 / 194 (1,03%)	2 / 2 (100,00%)	0 / 2 (0,00%)	0 / 2 (0,00%)
Thüringen	39	1 / 173 (0,58%)	1 / 1 (100,00%)	1 / 1 (100,00%)	1 / 1 (100,00%)
Gesamt	1350	76 / 6094 (1,25%)	52 / 76 (68,42%)	13 / 76 (17,11%)	13 / 52 (25,00%)

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – CAP

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	218	251 / 1.265 (19,84 %)	179 / 251 (71,31 %)	54 / 251 (21,51 %)	54 / 179 (30,17 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Brandenburg	51	65 / 296 (21,96 %)	65 / 65 (100,00 %)	10 / 65 (15,38 %)	10 / 65 (15,38 %)
Berlin	47	29 / 273 (10,62 %)	29 / 29 (100,00 %)	4 / 29 (13,79 %)	4 / 29 (13,79 %)
Baden-Württemberg	144	136 / 849 (16,02 %)	43 / 136 (31,62 %)	20 / 136 (14,71 %)	20 / 43 (46,51 %)
Bremen	10	6 / 60 (10,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 6 (50,00 %)
Hessen	97	88 / 563 (15,63 %)	40 / 88 (45,45 %)	30 / 88 (34,09 %)	30 / 40 (75,00 %)
Hamburg	24	34 / 136 (25,00 %)	30 / 34 (88,24 %)	3 / 34 (8,82 %)	3 / 30 (10,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	34	44 / 199 (22,11 %)	30 / 44 (68,18 %)	13 / 44 (29,55 %)	13 / 30 (43,33 %)
Niedersachsen	120	118 / 713 (16,55 %)	98 / 118 (83,05 %)	21 / 118 (17,80 %)	21 / 98 (21,43 %)
Nordrhein-Westfalen	311	250 / 1.850 (13,51 %)	118 / 250 (47,20 %)	56 / 250 (22,40 %)	56 / 118 (47,46 %)
Rheinland-Pfalz	78	94 / 465 (20,22 %)	83 / 94 (88,30 %)	29 / 94 (30,85 %)	29 / 83 (34,94 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Schleswig-Holstein	36	40 / 208 (19,23 %)	40 / 40 (100,00 %)	2 / 40 (5,00 %)	2 / 40 (5,00 %)
Saarland	16	14 / 96 (14,58 %)	14 / 14 (100,00 %)	3 / 14 (21,43 %)	3 / 14 (21,43 %)
Sachsen	81	112 / 460 (24,35 %)	112 / 112 (100,00 %)	26 / 112 (23,21 %)	26 / 112 (23,21 %)
Sachsen-Anhalt	45	80 / 265 (30,19 %)	80 / 80 (100,00 %)	1 / 80 (1,25 %)	1 / 80 (1,25 %)
Thüringen	39	40 / 233 (17,17 %)	40 / 40 (100,00 %)	6 / 40 (15,00 %)	6 / 40 (15,00 %)
Gesamt	1.351	1.401 / 7.931 (17,66 %)	1.007 / 1.401 (71,88 %)	281 / 1.401 (20,06 %)	281 / 1.007 (27,90 %)

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – CAP

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	8	0	4	0	0	11	11
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	6	0	3	0	0	2	8
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	5	0	3	0	0	3	11
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	8	0	5	0	0	6	7
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	2	0	1	0	0	1	4

\* Mehrfachnennungen möglich



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

# Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

---

# 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](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org/>

## Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	8
Einleitung.....	10
Datengrundlagen.....	11
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	13
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie.....	13
2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie.....	13
2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus).....	15
2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)....	17
Details zu den Ergebnissen.....	19
2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme.....	20
Details zu den Ergebnissen.....	22
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme.....	24
Details zu den Ergebnissen.....	26
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	27
Details zu den Ergebnissen.....	29
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	30
Details zu den Ergebnissen.....	32
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	33
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	33
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert).....	36
Details zu den Ergebnissen.....	38
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme.....	43
Details zu den Ergebnissen.....	45
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	46
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	46

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	46
811826: Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“.....	48
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben.....	50
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	52
850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	52
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	54
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	56
Basisauswertung.....	58
Basisdokumentation.....	58
Patient.....	58
Altersverteilung und Geschlecht.....	60
Aufnahme.....	61
CRB-65-Score.....	63
Verlauf.....	65
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	66
Entlassung.....	68
Sterblichkeit.....	71

## 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. Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Aufgrund des Wechsels des Auswertungsmoduls 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.
- 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 2022

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“ 2022 nicht berücksichtigt.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
<b>Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,02 % O = 268.624 N = 271.285	98,98 % - 99,06 %
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,05 % O = 257.959 N = 260.422	99,02 % - 99,09 %
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,18 % O = 10.665 N = 10.863	97,91 % - 98,41 %
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,08 % O = 135.629 N = 145.705	92,95 % - 93,21 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	92,79 % O = 117.888 N = 127.047	92,65 % - 92,93 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	95,93 % O = 182.621 N = 190.369	95,84 % - 96,02 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,69 % O = 180.042 N = 182.424	98,64 % - 98,75 %
<b>Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,97 12.454 / 12.780,70 N = 155.062	0,96 - 0,99
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	16,84 % O = 30.656 N = 182.043	16,67 % - 17,01 %
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,71 % O = 256.324 N = 265.056	96,64 % - 96,77 %

## Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20,00 %	5,27 % 9.971 / 189.173	0,61 % 8 / 1.319
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 20,12 % (97. Perzentil)	8,30 % 14.230 / 171.489	2,63 % 34 / 1.293
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	≤ 50,00 %	12,92 % 2.335 / 18.079	0,86 % 10 / 1.168

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	101,32 % 271.548 / 268.013	1,19 % 16 / 1.348
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	101,32 % 271.548 / 268.013	2,67 % 36 / 1.348
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,10 % 263 / 268.013	0,37 % 5 / 1.348

## 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 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 17 % dieser stationären Fälle versterben die behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts.

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

Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) werden bei der Berechnung der Indikatoren „2009 - Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ und „50778 - Sterblichkeit im Krankenhaus“ 2022 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

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

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

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ befindet sich der

Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

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

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt</b>	<b>271.548</b>	<b>268.013</b>	<b>101,32</b>
	<b>Basisdatensatz</b>	<b>271.285</b>		
	<b>MDS</b>	<b>263</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)</b>	<b>1.114</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)</b>	<b>1.346</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.348</b>	<b>100,59</b>

## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

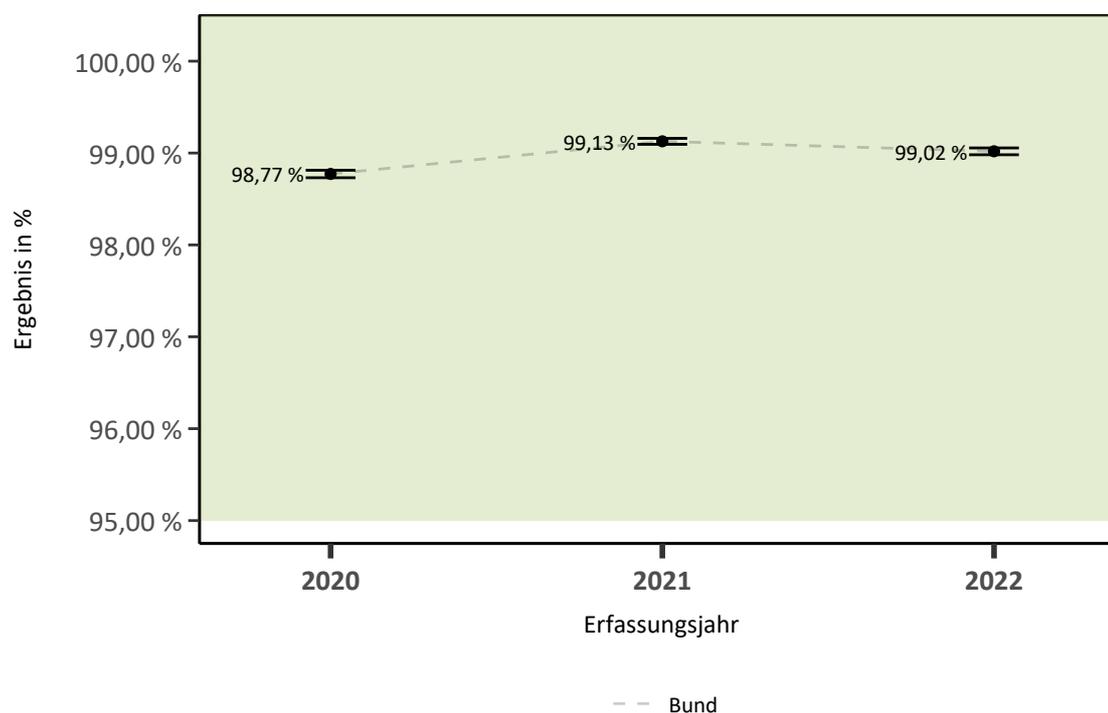
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
---------------	--

### 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

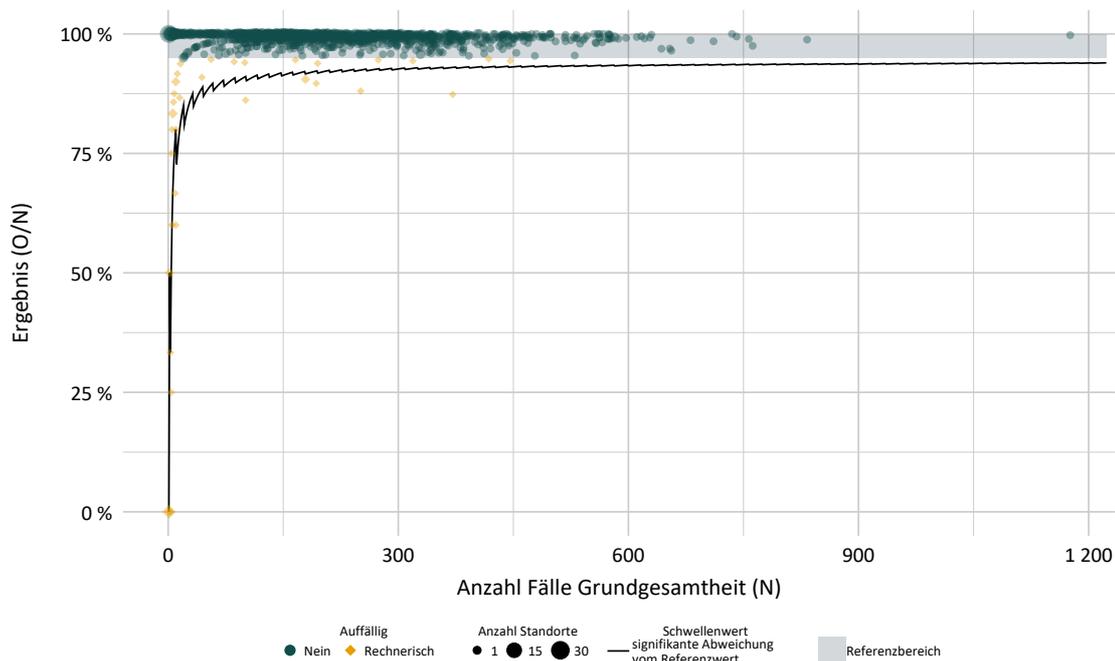
ID	2005
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

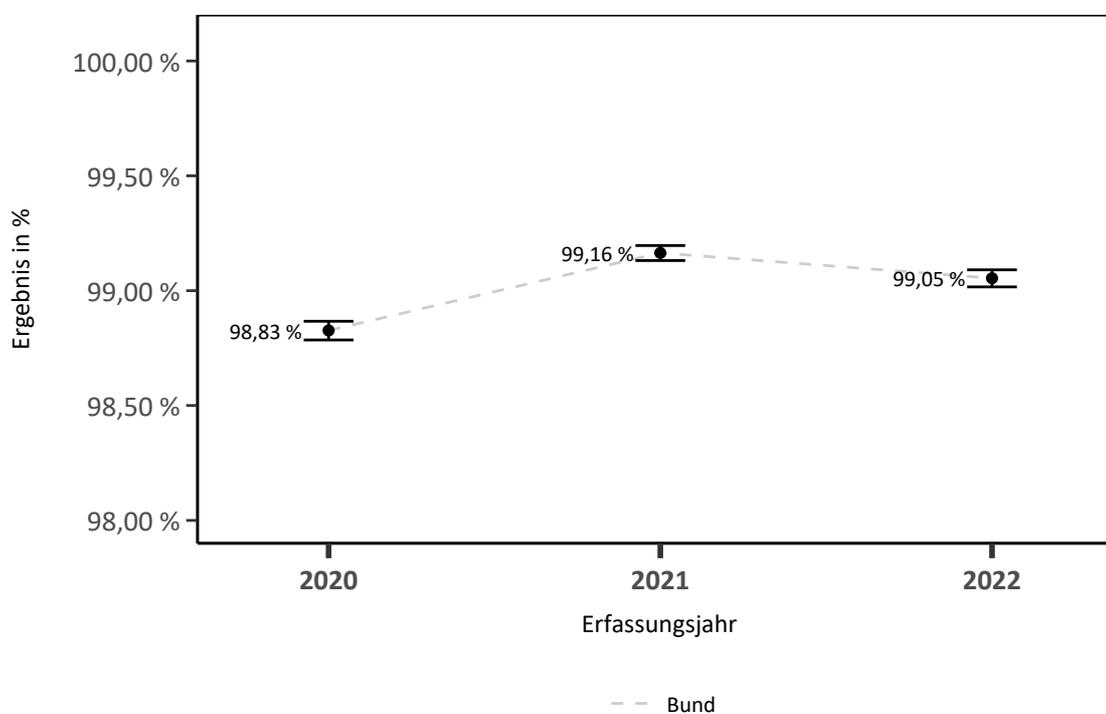
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	276.662 / 280.100	98,77 %	98,73 % - 98,81 %
	2021	310.651 / 313.385	99,13 %	99,09 % - 99,16 %
	2022	268.624 / 271.285	99,02 %	98,98 % - 99,06 %

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

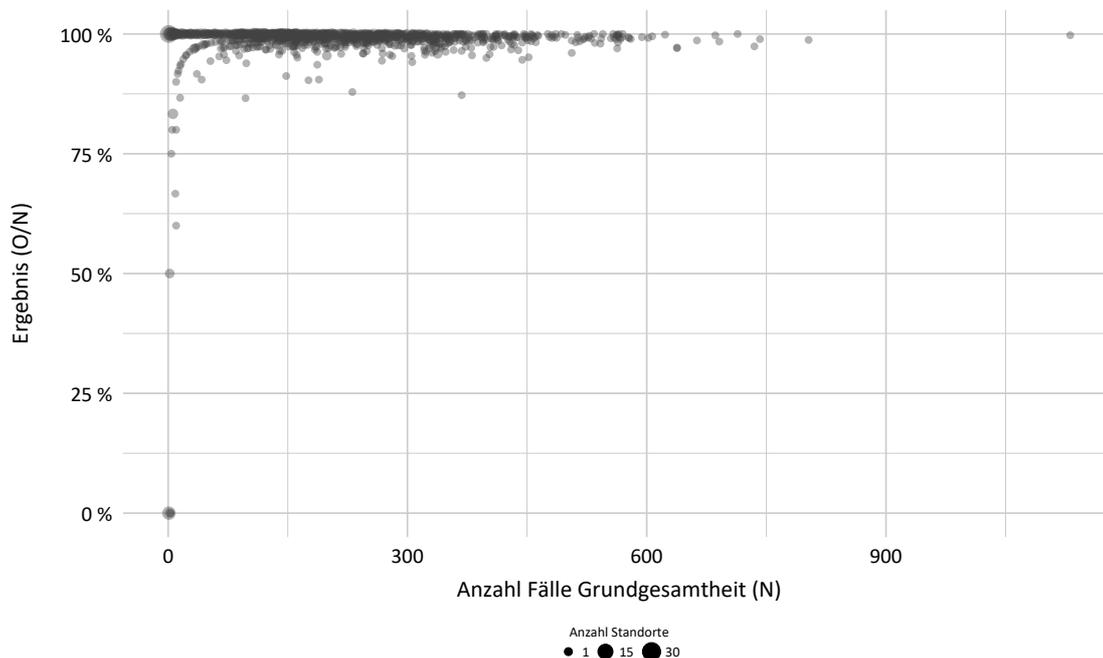
ID	2006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

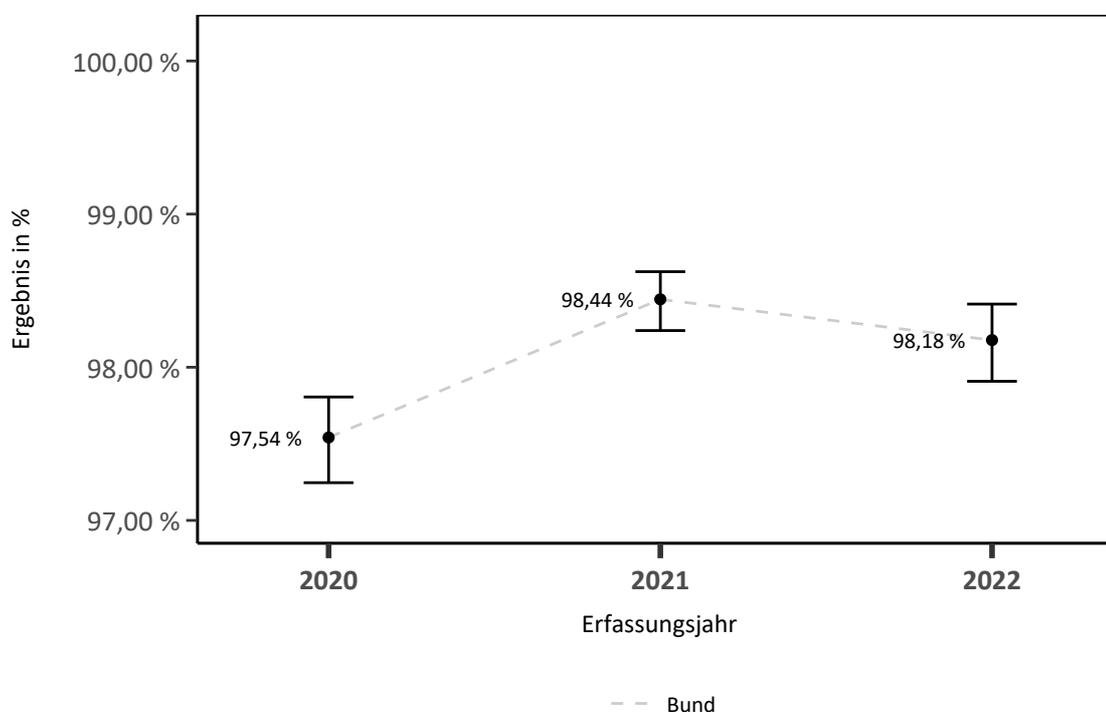
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	265.157 / 268.305	98,83 %	98,79 % - 98,87 %
	2021	294.903 / 297.388	99,16 %	99,13 % - 99,20 %
	2022	257.959 / 260.422	99,05 %	99,02 % - 99,09 %

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

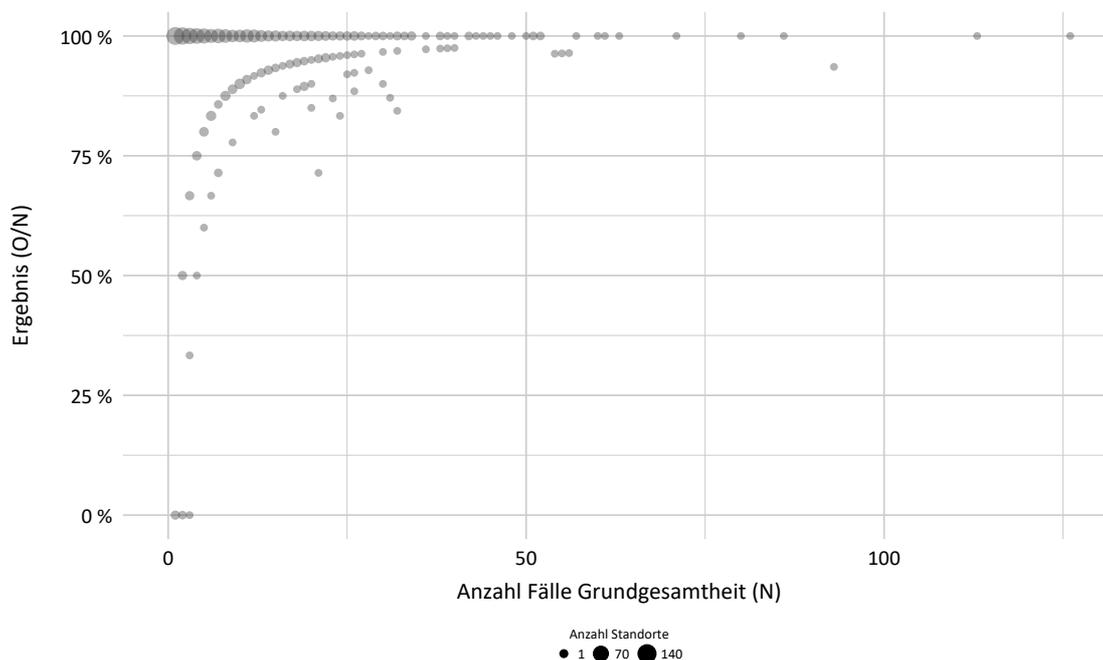
ID	2007
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	11.505 / 11.795	97,54 %	97,25 % - 97,81 %
	2021	15.748 / 15.997	98,44 %	98,24 % - 98,62 %
	2022	10.665 / 10.863	98,18 %	97,91 % - 98,41 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	<b>ID: 2005</b> Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	99,02 % 268.624/271.285
1.1.1	<b>ID: 2006</b> Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	99,05 % 257.959/260.422
1.1.2	<b>ID: 2007</b> Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	98,18 % 10.665/10.863

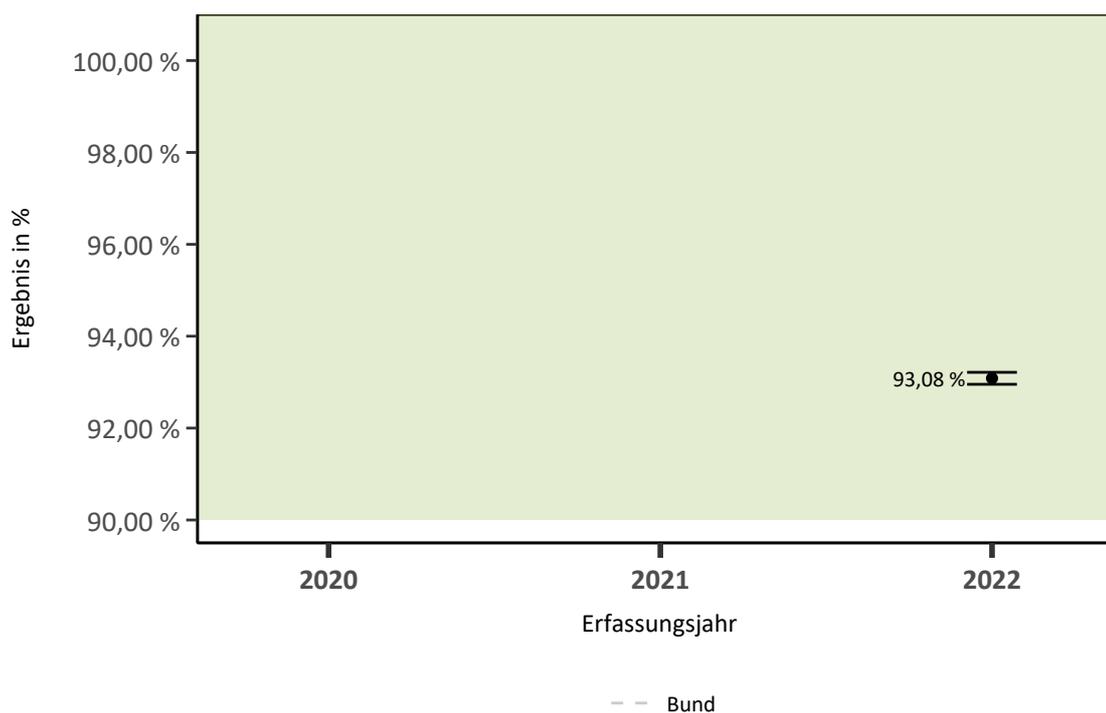
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 232000_2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	98,89 % 180.029/182.043
1.2.1	ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	98,93 % 173.730/175.610
1.2.2	ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,92 % 6.299/6.433

## 2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

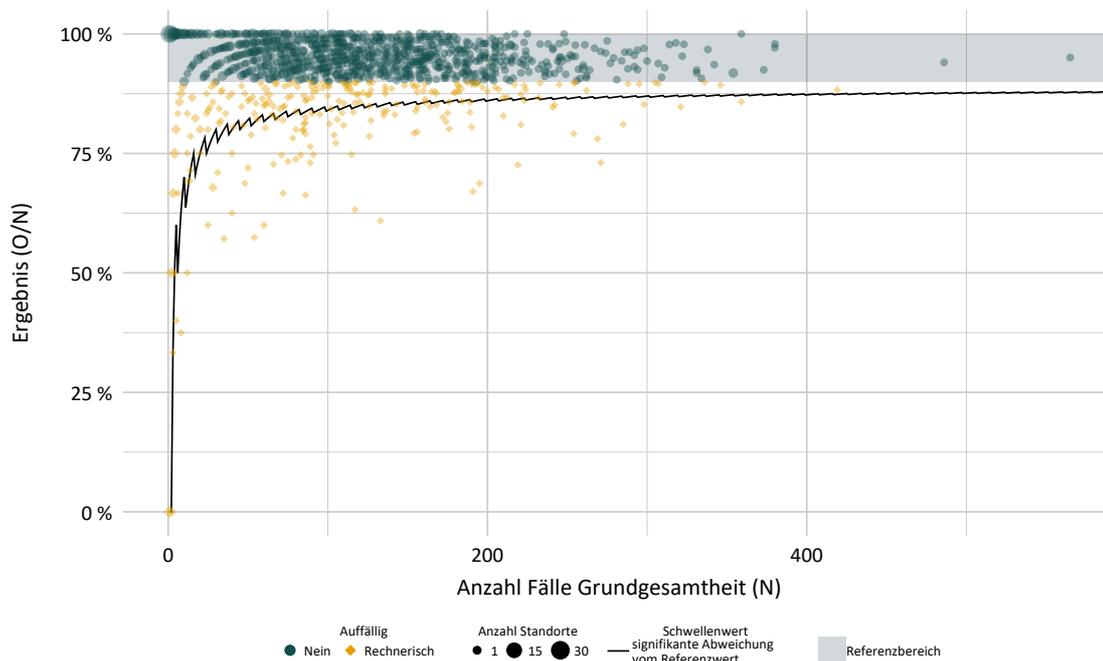
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen
ID	2009
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	138.399 / 147.318	93,95 %	93,82 % - 94,07 %
	2021	103.707 / 112.067	92,54 %	92,38 % - 92,69 %
	2022	135.629 / 145.705	93,08 %	92,95 % - 93,21 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 155.062/155.062
2.1.1	ID: 23_22001 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	92,53 % 143.475/155.062
2.1.1.1	ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	91,41 % 26.503/28.995
2.1.1.2	ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	92,63 % 109.482/118.196
2.1.1.3	ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,16 % 7.490/7.871
2.1.2	ID: 23_22005 Ohne antimikrobielle Therapie	2,44 % 3.789/155.062

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose)	100,00 % 145.705/145.705
2.2.1	<b>ID: 2009</b> <b>Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie</b>	93,08 % 135.629/145.705
2.2.1.1	ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	92,21 % 25.196/27.325
2.2.1.2	ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,16 % 103.894/111.523
2.2.1.3	ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,36 % 6.539/6.857
2.2.2	ID: 232003_2009 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	92,65 % 144.717/156.197
2.2.3	ID: 23_22010 Ohne antimikrobielle Therapie	1,90 % 2.763/145.705

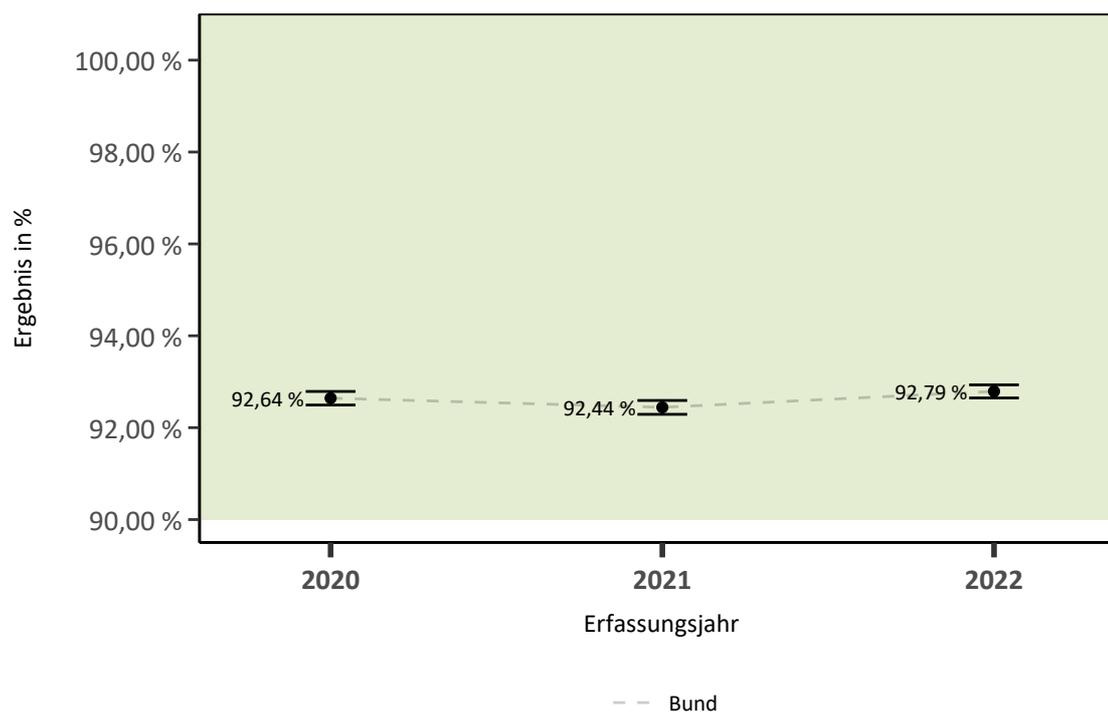
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 5.300/5.300
2.3.1	ID: 23_22012 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	91,85 % 4.868/5.300
2.3.2	ID: 23_22013 Ohne antimikrobielle Therapie	4,00 % 212/5.300

## 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

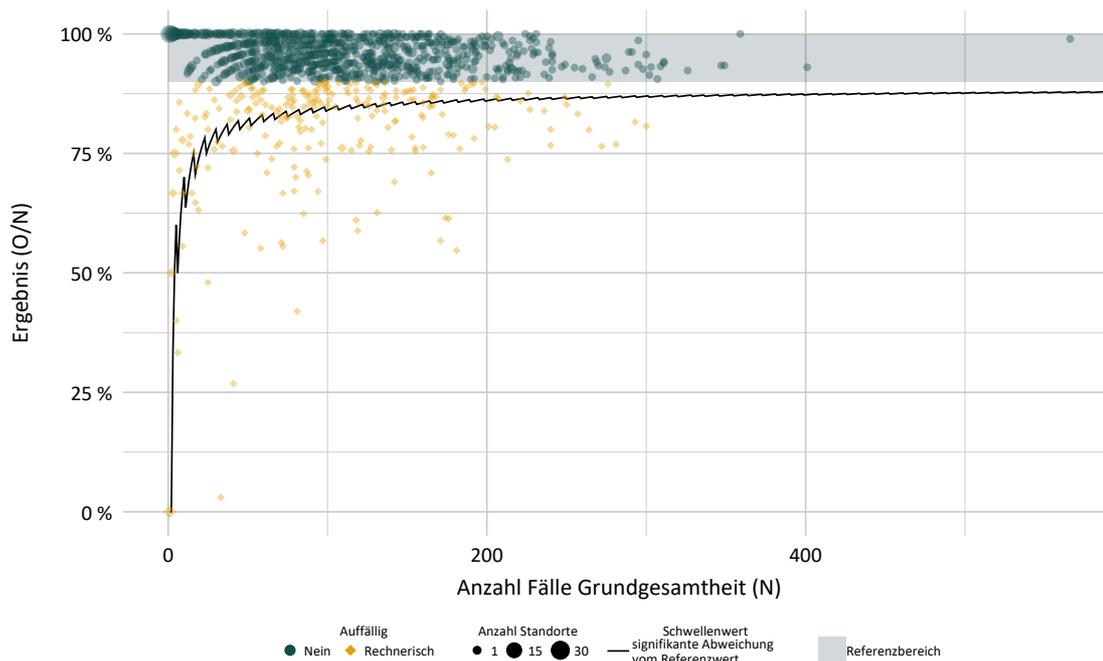
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
ID	2013
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	111.396 / 120.243	92,64 %	92,49 % - 92,79 %
	2021	108.645 / 117.527	92,44 %	92,29 % - 92,59 %
	2022	117.888 / 127.047	92,79 %	92,65 % - 92,93 %

## 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 <sup>1</sup>	93,00 % 150.934/162.295
3.1.1	ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	95,17 % 30.667/32.222
3.1.2	<b>ID: 2013</b> <b>Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)</b>	92,79 % 117.888/127.047
3.1.3	ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	93,14 % 79.885/85.770
3.1.4	ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	78,62 % 2.379/3.026

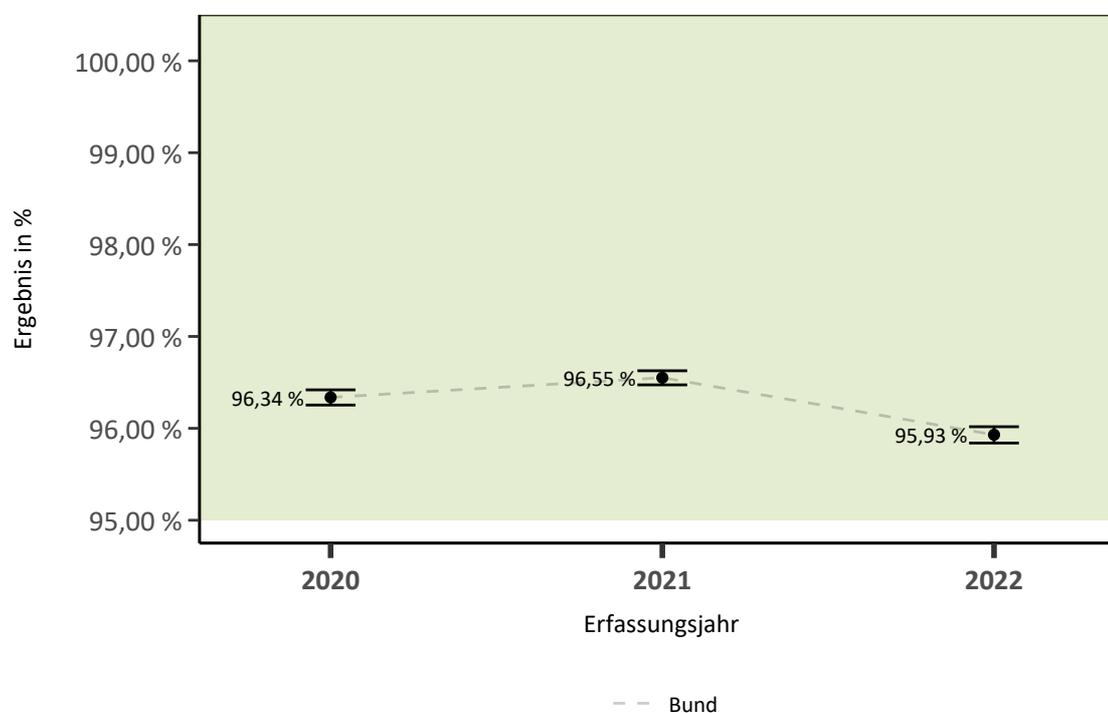
<sup>1</sup> Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

## 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

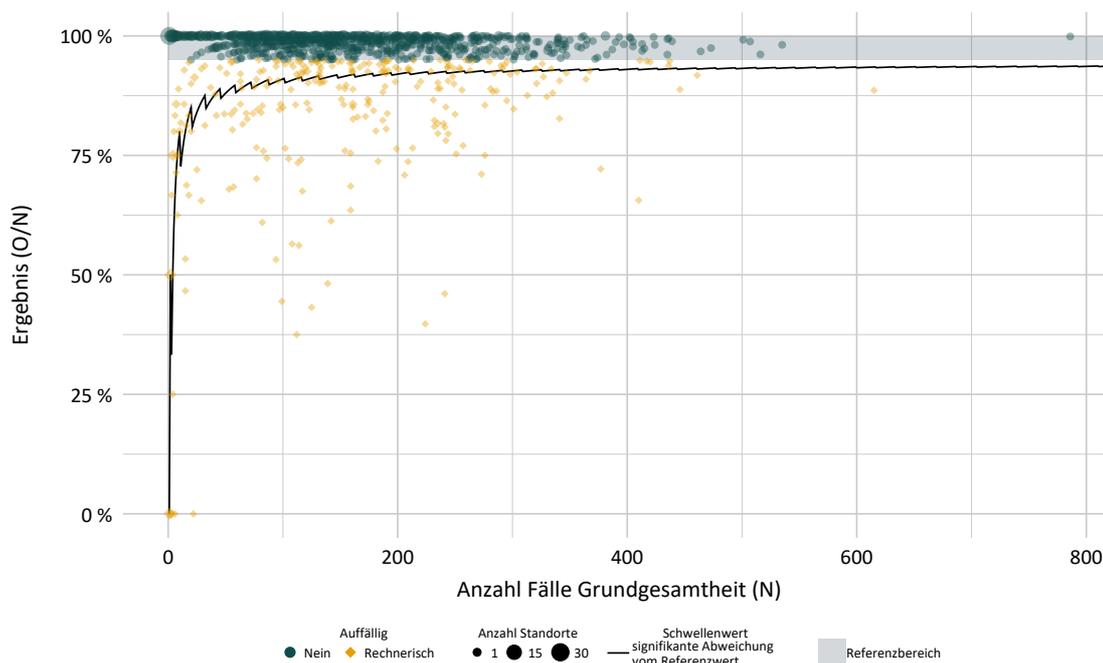
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
ID	2028
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	191.662 / 198.949	96,34 %	96,25 % - 96,42 %
	2021	208.935 / 216.399	96,55 %	96,47 % - 96,63 %
	2022	182.621 / 190.369	95,93 %	95,84 % - 96,02 %

## Details zu den Ergebnissen

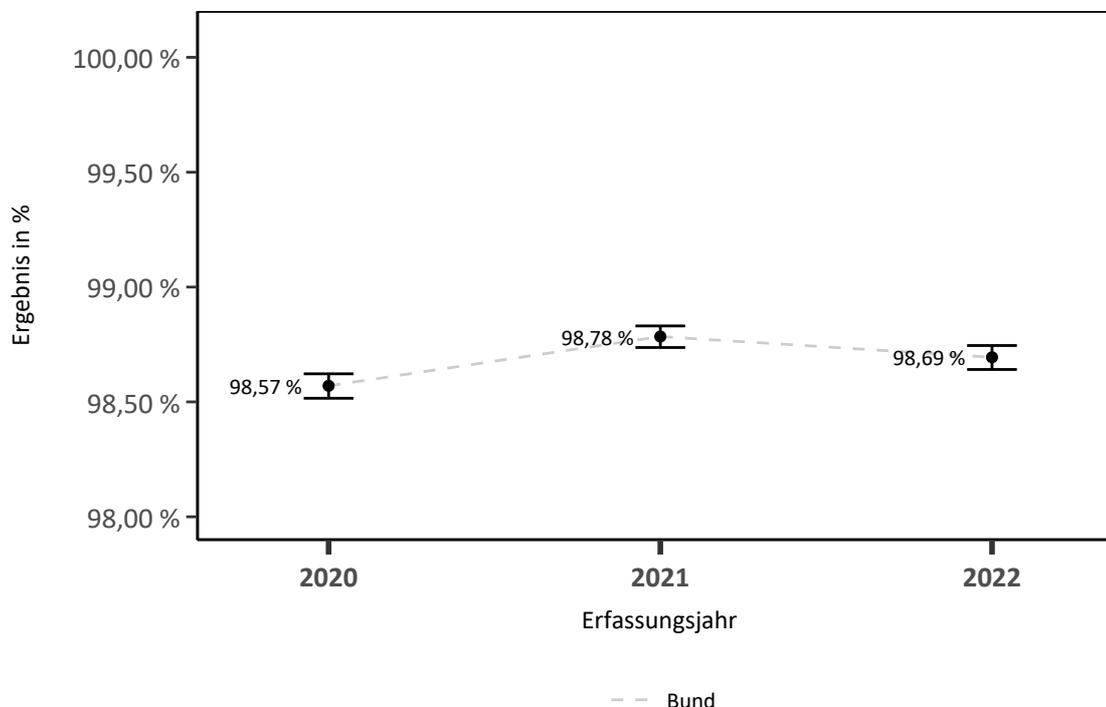
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	<b>ID: 2028</b> <b>Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt</b>	95,93 % 182.621/190.369
4.1.2	ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	95,40 % 124.062/130.044
4.1.3	ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 190.369/190.369
4.1.4	ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 190.369/190.369
4.1.5	ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	96,35 % 183.426/190.369
4.1.6	ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen	99,80 % 189.995/190.369
4.1.7	ID: 23_22023 Temperatur gemessen	99,80 % 189.981/190.369
4.1.8	ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen	99,22 % 188.886/190.369
4.1.9	ID: 23_22025 Blutdruck gemessen	99,80 % 189.981/190.369

## 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

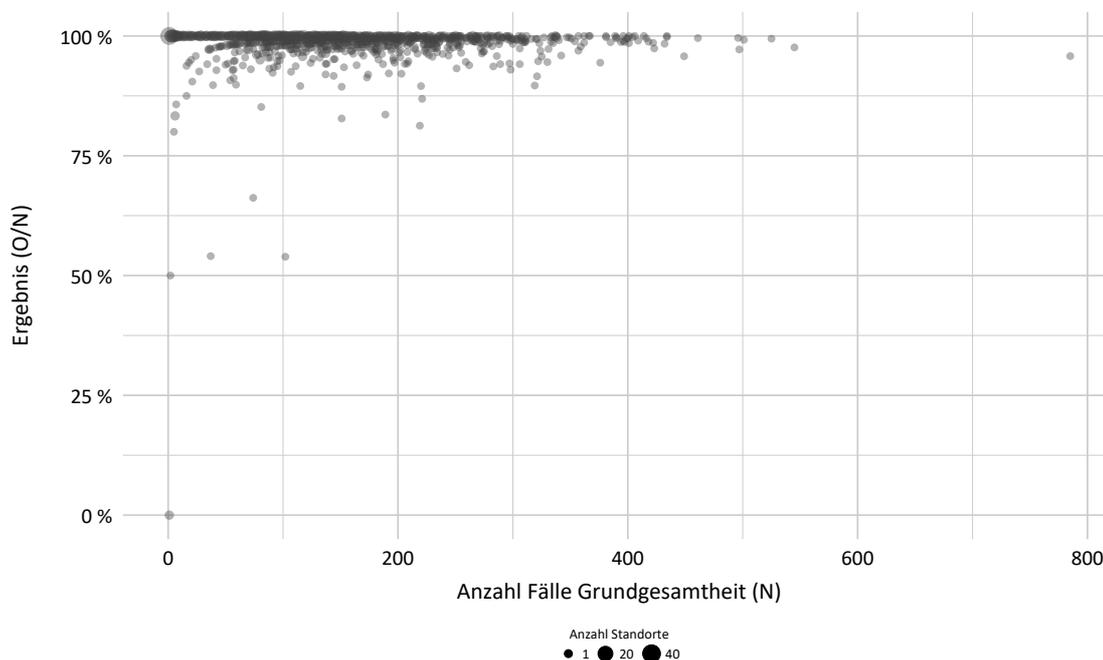
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
ID	2036
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	188.750 / 191.488	98,57 %	98,52 % - 98,62 %
	2021	206.190 / 208.727	98,78 %	98,74 % - 98,83 %
	2022	180.042 / 182.424	98,69 %	98,64 % - 98,75 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	<b>ID: 2036</b> Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung	98,69 % 180.042/182.424
5.1.1	ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,15 % 180.877/182.424
5.1.2	ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	96,82 % 176.614/182.424
5.1.3	ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz $\leq 24$ Atemzüge pro Minute	98,19 % 179.123/182.424
5.1.4	ID: 23_22029 Herzfrequenz $\leq 100$ Herzschläge pro Minute	98,32 % 179.357/182.424
5.1.5	ID: 23_22030 Temperatur $\leq 37,8$ °C	98,79 % 180.216/182.424
5.1.6	ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung $\geq 90$ %	98,37 % 179.446/182.424
5.1.7	ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck $\geq 90$ mmHg	99,15 % 180.876/182.424

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)	98,66 % 122.254/123.916

## Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

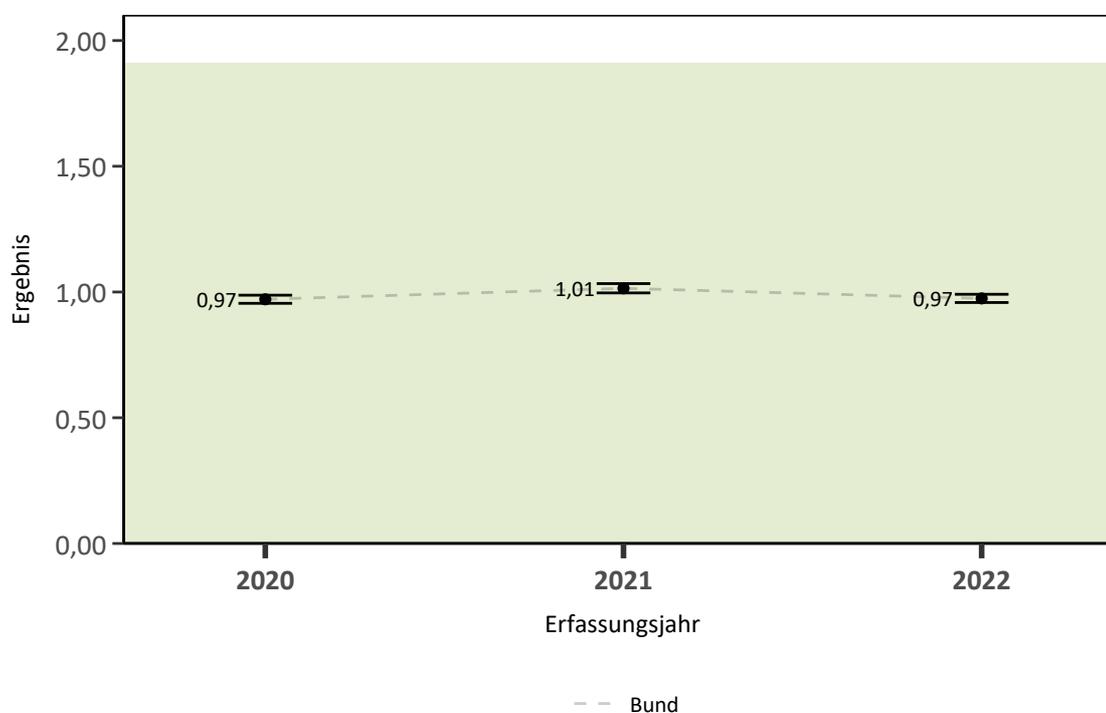
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
---------------	---------------------------------------

### 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

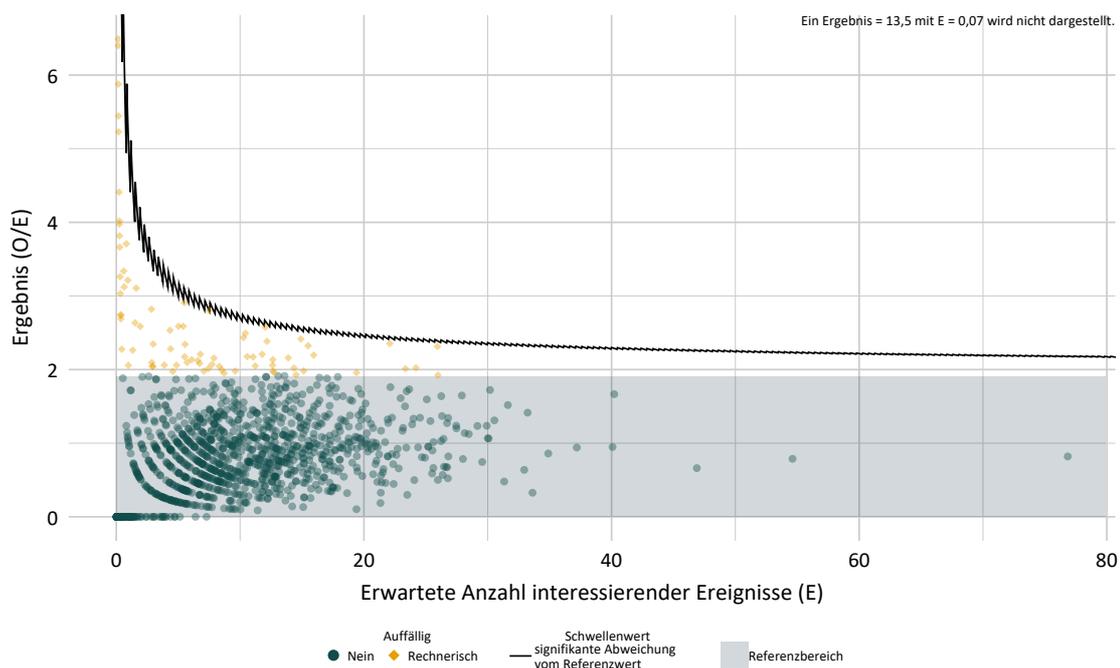
ID	50778
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

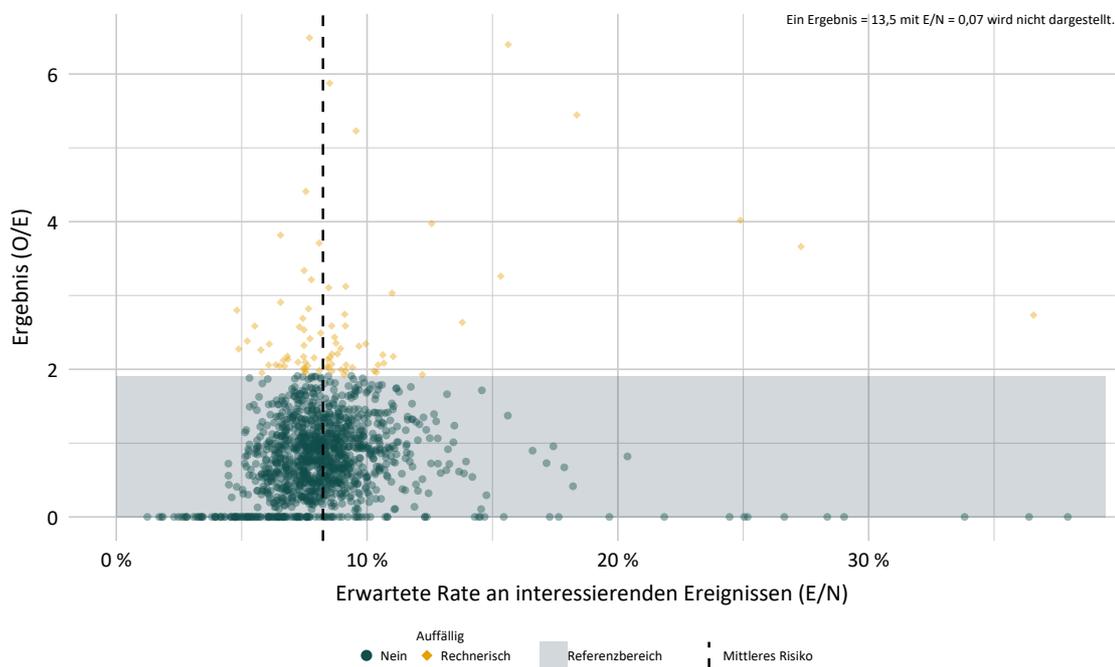
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



### Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	158.255	12.695 / 13.074,36	0,97	0,95 - 0,99
	2021	122.181	10.539 / 10.387,19	1,01	1,00 - 1,03
	<b>2022</b>	<b>155.062</b>	<b>12.454 / 12.780,70</b>	<b>0,97</b>	<b>0,96 - 0,99</b>

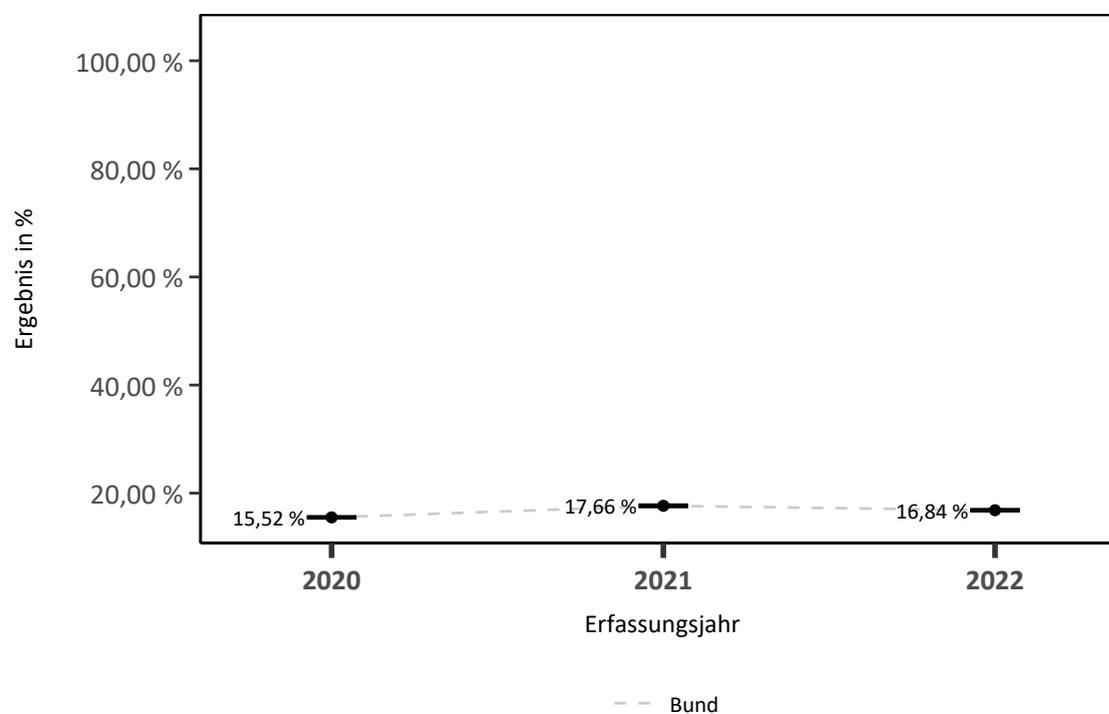
\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:  
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.  
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

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

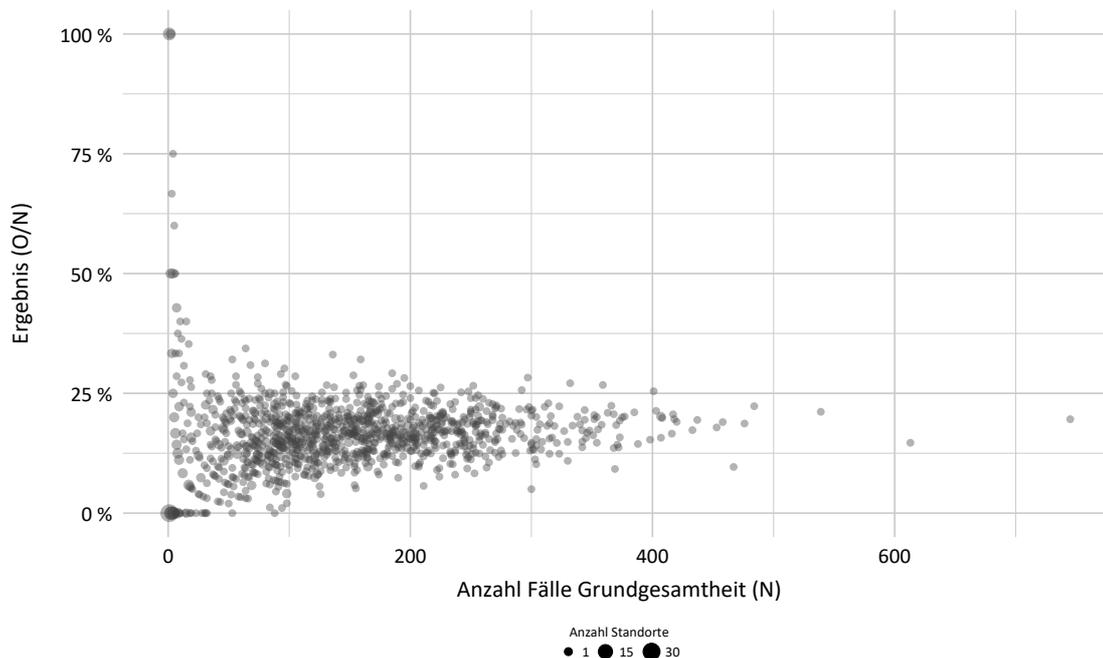
ID	231900
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	28.241 / 181.987	15,52 %	15,35 % - 15,69 %
	2021	25.597 / 144.975	17,66 %	17,46 % - 17,85 %
	2022	30.656 / 182.043	16,84 %	16,67 % - 17,01 %

## 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 dokumentierter Therapieeinstellung (ohne COVID-19-Fälle)	8,03 % 12.454/155.062
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression <sup>2</sup>	
6.1.1.1	ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet)	8,03 % 12.454/155.062
6.1.1.2	ID: E_50778 E/N (expected, erwartet)	8,24 % 12.780,70/155.062
6.1.1.3	<b>ID: 50778</b> <b>O/E</b>	0,97

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (inkl. COVID-19-Fälle)	9,09 % 20.927/230.113
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression <sup>3</sup>	
6.2.1.1	ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet)	9,09 % 20.927/230.113
6.2.1.2	ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet)	11,14 % 25.644,64/230.113
6.2.1.3	ID: 232007_50778 O/E (inkl. COVID-19-Fälle)	0,82

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	11,29 % 8.473/75.051
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression <sup>4</sup>	
6.3.1.1	ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet)	11,29 % 8.473/75.051
6.3.1.2	ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet)	17,14 % 12.863,94/75.051

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.3	ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle)	0,66

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	3,92 % 1.179/30.066
6.4.1	ID: 23_22038 ohne Therapieeinstellung	1,93 % 559/28.995
6.4.2	ID: 23_22039 mit Therapieeinstellung	57,89 % 620/1.071

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) (ohne COVID-19-Fälle)	17,10 % 23.919/139.915
6.5.1	ID: 23_22041 ohne Therapieeinstellung	8,30 % 9.810/118.196
6.5.2	ID: 23_22042 mit Therapieeinstellung	64,96 % 14.109/21.719

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) (ohne COVID-19-Fälle)	46,08 % 5.558/12.062
6.6.1	ID: 23_22044 ohne Therapieeinstellung	26,49 % 2.085/7.871
6.6.2	ID: 23_22045 mit Therapieeinstellung	82,87 % 3.473/4.191

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (ohne COVID-19-Fälle)	16,84 % 30.656/182.043
6.7.1	ID: 23_22047 18 - 19 Jahre	3,53 % 15/425

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.2	ID: 23_22048 20 - 29 Jahre	3,48 % 81/2.329
6.7.3	ID: 23_22049 30 - 39 Jahre	2,88 % 121/4.201
6.7.4	ID: 23_22050 40 - 49 Jahre	4,40 % 260/5.911
6.7.5	ID: 23_22051 50 - 59 Jahre	7,42 % 1.082/14.585
6.7.6	ID: 23_22052 60 - 69 Jahre	11,06 % 3.256/29.444
6.7.7	ID: 23_22053 70 - 79 Jahre	15,59 % 6.533/41.914
6.7.8	ID: 23_22054 80 - 89 Jahre	21,77 % 13.936/64.012
6.7.9	ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre	27,95 % 5.372/19.222

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 30.656/30.656
6.8.1	ID: 23_22057 18 - 19 Jahre	0,05 % 15/30.656
6.8.2	ID: 23_22058 20 - 29 Jahre	0,26 % 81/30.656
6.8.3	ID: 23_22059 30 - 39 Jahre	0,39 % 121/30.656
6.8.4	ID: 23_22060 40 - 49 Jahre	0,85 % 260/30.656
6.8.5	ID: 23_22061 50 - 59 Jahre	3,53 % 1.082/30.656
6.8.6	ID: 23_22062 60 - 69 Jahre	10,62 % 3.256/30.656
6.8.7	ID: 23_22063 70 - 79 Jahre	21,31 % 6.533/30.656
6.8.8	ID: 23_22064 80 - 89 Jahre	45,46 % 13.936/30.656
6.8.9	ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre	17,52 % 5.372/30.656

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) (ohne COVID-19-Fälle)	8,03 % 12.454/155.062
6.9.1	ID: 23_22067 18 - 19 Jahre	2,43 % 10/412
6.9.2	ID: 23_22068 20 - 29 Jahre	1,81 % 41/2.263
6.9.3	ID: 23_22069 30 - 39 Jahre	1,49 % 61/4.105
6.9.4	ID: 23_22070 40 - 49 Jahre	2,62 % 150/5.733
6.9.5	ID: 23_22071 50 - 59 Jahre	3,70 % 508/13.714
6.9.6	ID: 23_22072 60 - 69 Jahre	5,57 % 1.501/26.927
6.9.7	ID: 23_22073 70 - 79 Jahre	7,51 % 2.741/36.483
6.9.8	ID: 23_22074 80 - 89 Jahre	10,66 % 5.495/51.555
6.9.9	ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre	14,04 % 1.947/13.870

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) (ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 12.454/12.454
6.10.1	ID: 23_22077 18 - 19 Jahre	0,08 % 10/12.454
6.10.2	ID: 23_22078 20 - 29 Jahre	0,33 % 41/12.454
6.10.3	ID: 23_22079 30 - 39 Jahre	0,49 % 61/12.454
6.10.4	ID: 23_22080 40 - 49 Jahre	1,20 % 150/12.454
6.10.5	ID: 23_22081 50 - 59 Jahre	4,08 % 508/12.454
6.10.6	ID: 23_22082 60 - 69 Jahre	12,05 % 1.501/12.454

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10.7	ID: 23_22083 70 - 79 Jahre	22,01 % 2.741/12.454
6.10.8	ID: 23_22084 80 - 89 Jahre	44,12 % 5.495/12.454
6.10.9	ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre	15,63 % 1.947/12.454

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	ID: 231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	16,84 % 30.656/182.043

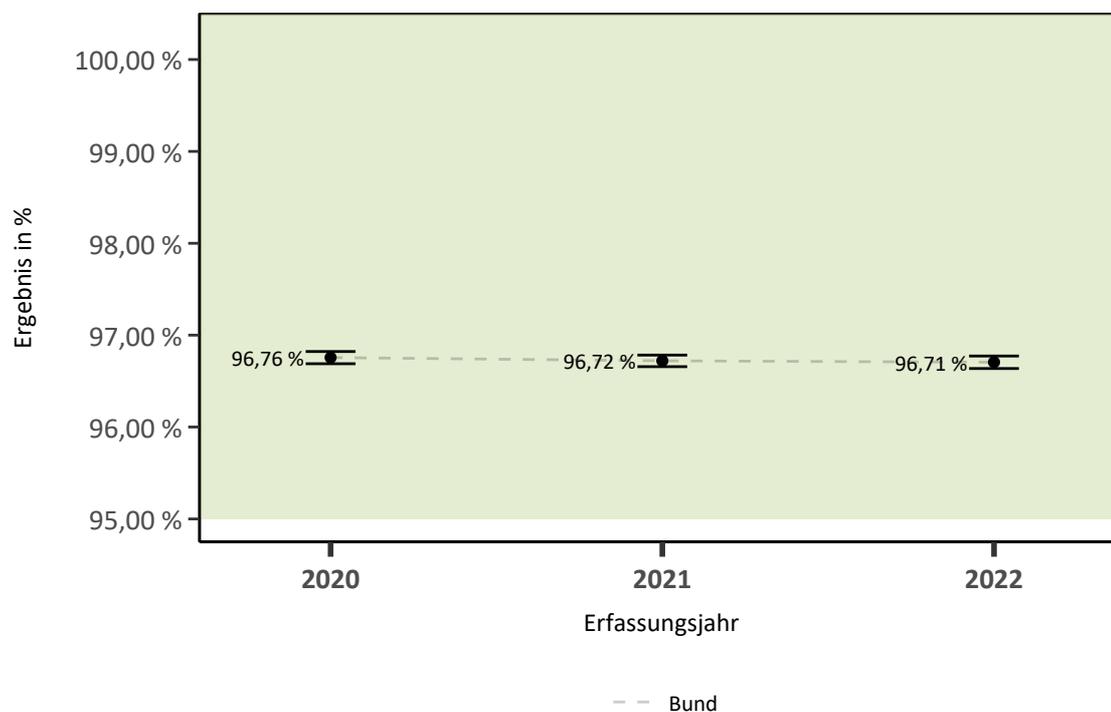
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	18,28 % 49.593/271.285

## 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

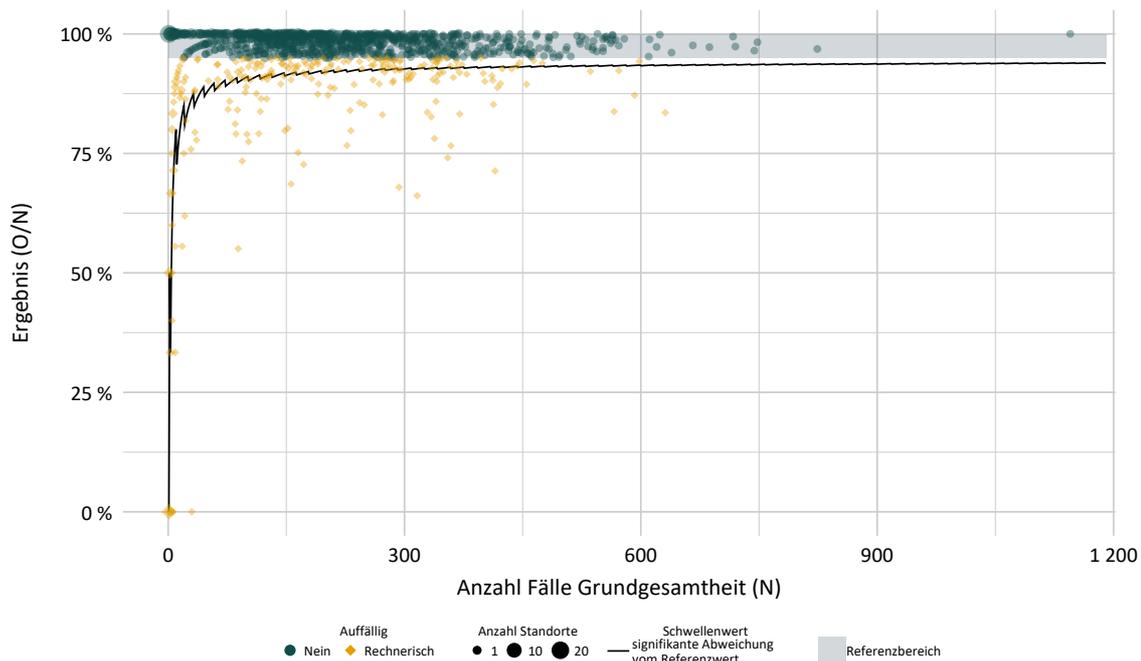
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
ID	50722
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	264.572 / 273.442	96,76 %	96,69 % - 96,82 %
	2021	295.836 / 305.866	96,72 %	96,66 % - 96,78 %
	2022	256.324 / 265.056	96,71 %	96,64 % - 96,77 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,71 % 256.324/265.056

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,57 % 171.489/177.577

## Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

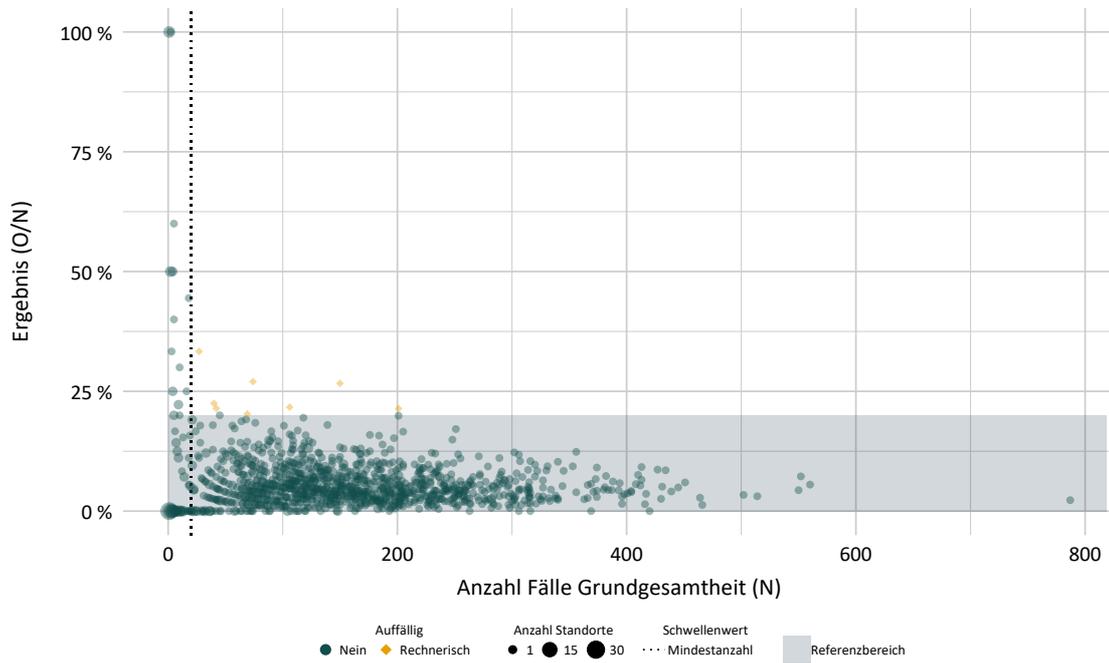
### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

#### 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

ID	811822
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> 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. <b>Hypothese</b> Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht
Zähler	Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

---

**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

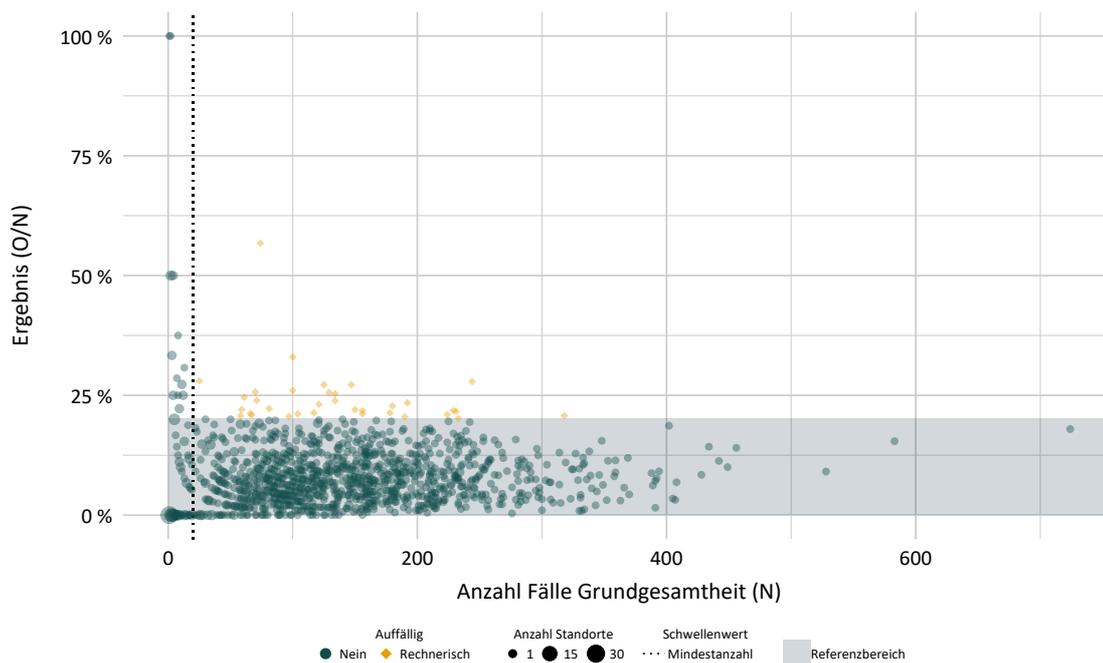
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	9.971 / 189.173	5,27 %	0,61 % 8 / 1.319

## 811826: Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

ID	811826
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> 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. <b>Hypothese</b> 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	$\leq 20,12$ % (97. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

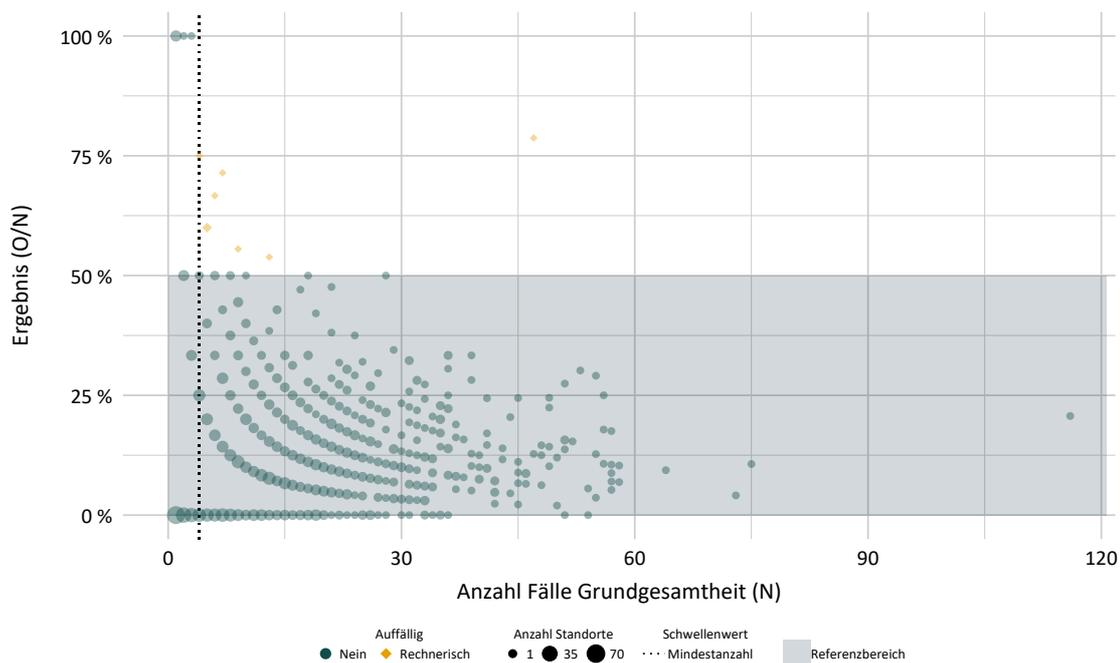
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	14.230 / 171.489	8,30 %	2,63 % 34 / 1.293

## 851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

ID	851900
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> 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. <b>Hypothese</b> Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit dokumentiertem Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war
Zähler	Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	4
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	2.335 / 18.079	12,92 %	0,86 % 10 / 1.168

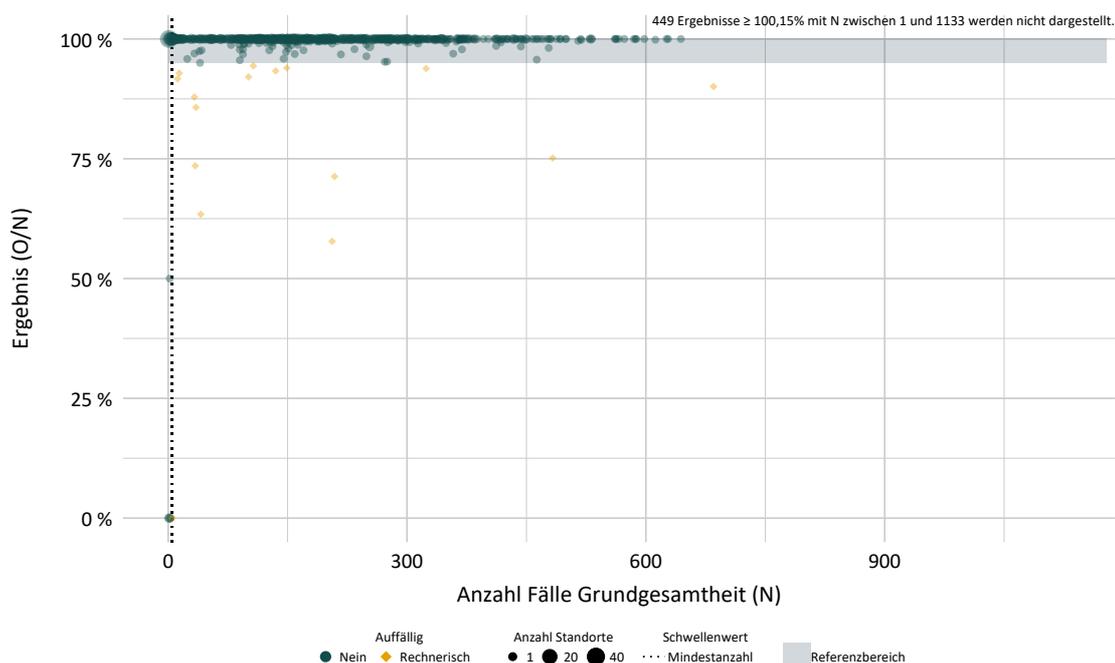
## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850101
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> 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. <b>Hypothese</b> 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.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

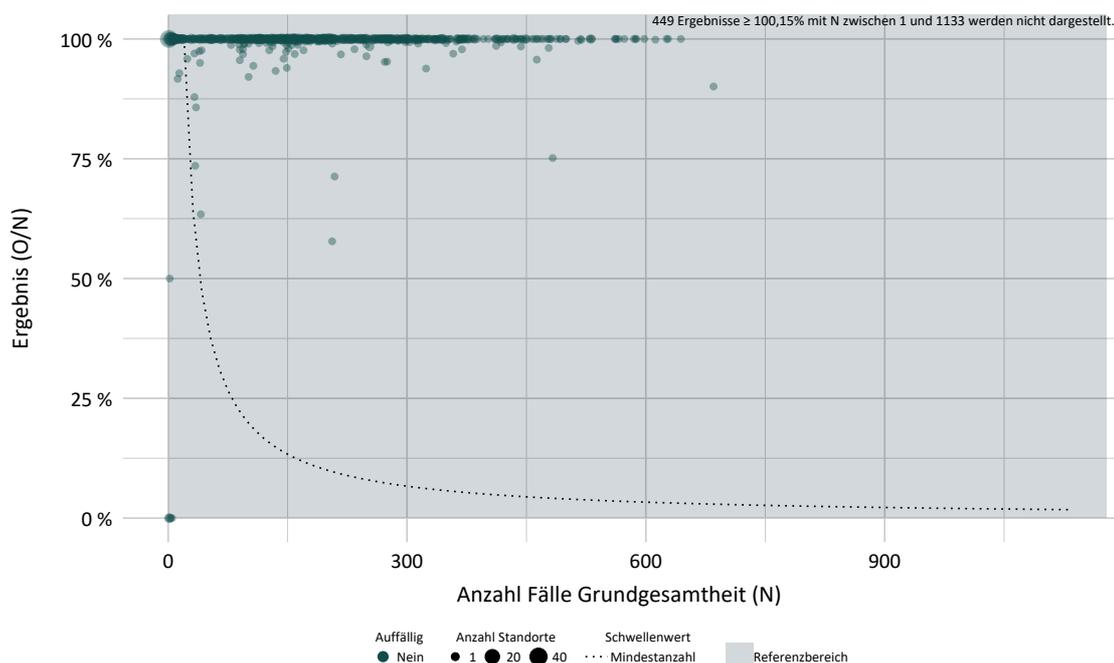
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	271.548 / 268.013	101,32 %	1,19 % 16 / 1.348

## 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



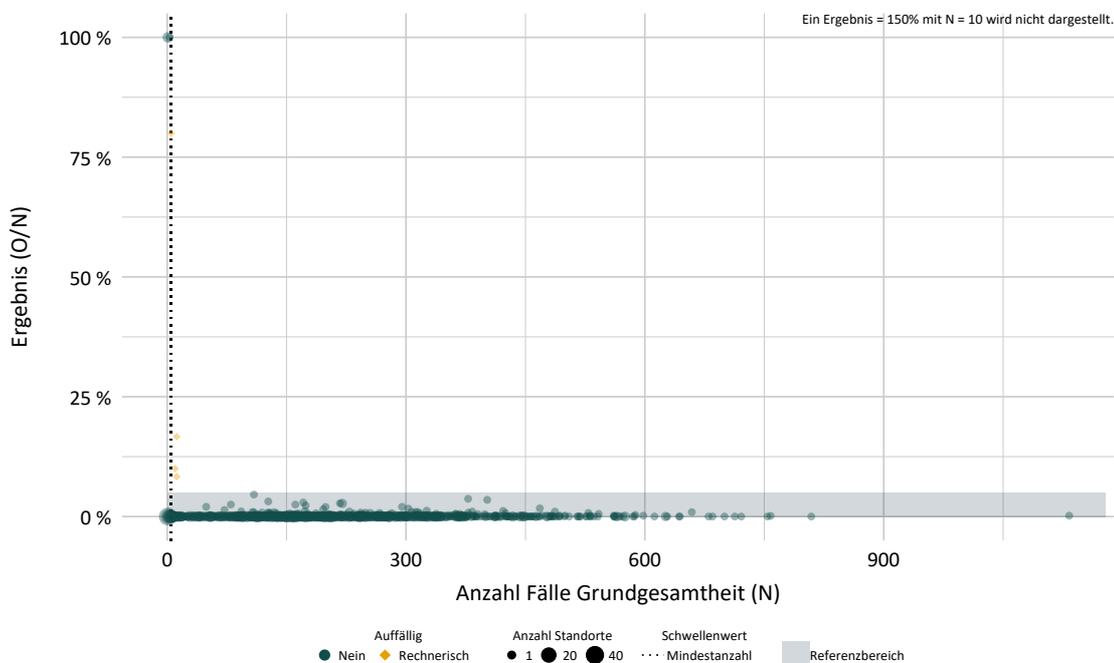
### Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	271.548 / 268.013	101,32 %	2,67 % 36 / 1.348

## 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850229
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b>                  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><b>Hypothese</b>                  Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		263 / 268.013	0,10 %	0,37 % 5 / 1.348

## Basisauswertung

### Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Aufnahmequartal</b>		
1. Quartal	69.682	25,69
2. Quartal	56.088	20,67
3. Quartal	57.635	21,25
4. Quartal	87.880	32,39
Gesamt	271.285	100,00

### Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Altersverteilung</b>		
< 20 Jahre	499	0,18
20 - 29 Jahre	2.968	1,09
30 - 39 Jahre	5.813	2,14
40 - 49 Jahre	8.743	3,22
50 - 59 Jahre	21.068	7,77
60 - 69 Jahre	41.943	15,46
70 - 79 Jahre	61.890	22,81
80 - 89 Jahre	98.670	36,37
≥ 90 Jahre	29.691	10,94

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	271.285
Minimum	18,00
5. Perzentil	45,00
25. Perzentil	67,00
Mittelwert	74,66
Median	79,00
75. Perzentil	85,00
95. Perzentil	93,00
Maximum	110,00

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Geschlecht</b>		
(1) männlich	159.675	58,86
(2) weiblich	111.601	41,14
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	8	0,00

## Altersverteilung und Geschlecht

### Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
<b>Alle Patienten</b>					
<b>Bund (gesamt)</b>					
< 30 Jahre	2.078 <b>0,77 %</b>	1.389 <b>0,51 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	3.467 <b>1,28 %</b>
30 - 39 Jahre	3.460 <b>1,28 %</b>	2.353 <b>0,87 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	5.813 <b>2,14 %</b>
40 - 49 Jahre	5.568 <b>2,05 %</b>	3.175 <b>1,17 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	8.743 <b>3,22 %</b>
50 - 59 Jahre	13.255 <b>4,89 %</b>	7.812 <b>2,88 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	≤3 <b>x %</b>	21.068 <b>7,77 %</b>
60 - 69 Jahre	26.089 <b>9,62 %</b>	15.852 <b>5,84 %</b>	≤3 <b>x %</b>	≤3 <b>x %</b>	41.943 <b>15,46 %</b>
70 - 79 Jahre	39.295 <b>14,48 %</b>	22.594 <b>8,33 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	≤3 <b>x %</b>	61.890 <b>22,81 %</b>
80 - 89 Jahre	56.603 <b>20,86 %</b>	42.062 <b>15,50 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	5 <b>0,00 %</b>	98.670 <b>36,37 %</b>
≥ 90 Jahre	13.327 <b>4,91 %</b>	16.364 <b>6,03 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	0 <b>0,00 %</b>	29.691 <b>10,94 %</b>
Gesamt	159.675 <b>58,86 %</b>	111.601 <b>41,14 %</b>	≤3 <b>x %</b>	8 <b>0,00 %</b>	271.285 <b>100,00 %</b>

## Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Aufnahmeanlass</b>		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	54.302	20,02
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	10.863	4,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Chronische Bettlägerigkeit</b>		
(0) nein	227.970	84,03
(1) ja	43.315	15,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme</b>		
(1) ja	6.229	2,30
(0) nein	265.056	97,70
<b>davon Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme</b>		
(0) nein	177.990	67,15
(1) ja, pneumoniebedingt	22.411	8,46
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	57.073	21,53
(9) nicht beurteilbar	7.582	2,86
<b>davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (<math>\geq 1</math> bis <math>\leq 60</math>)</b>		
1 - 10 / min.	301	0,11
10 - 19 / min.	138.345	52,19
20 - 29 / min.	96.079	36,25
30 - 60 / min.	21.534	8,12
nicht bestimmt	8.732	3,29
<b>davon Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme</b>		
systolisch < 90 und diastolisch $\leq 60$ mmHg	9.215	3,48
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	103.909	39,20
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	25.169	9,50
systolisch $\geq 180$ und diastolisch $\geq 110$ mmHg	2.054	0,77
nicht bestimmt	0	0,00

## CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden</b>	<b>N = 265.056</b>	
<b>CRB-65-Score ohne beatmete Patienten</b>		
CRB-65-Index = 0	42.759	16,13
CRB-65-Index = 1	151.254	57,06
CRB-65-Index = 2	59.705	22,53
CRB-65-Index = 3	10.294	3,88
CRB-65-Index = 4	1.044	0,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz</b>	<b>N = 8.732</b>	
<b>CRB-65-Risiko bei Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patienten)</b>		
CRB-65-Index = 0	1.586	18,16
CRB-65-Index = 1	5.041	57,73
CRB-65-Index = 2	1.887	21,61
CRB-65-Index = 3	218	2,50
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	1.547	0,57
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	266.805	98,35
(2) 4 bis unter 8 Stunden	1.819	0,67
(3) 8 Stunden und später	1.114	0,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>	<b>N = 269.738</b>	
<b>Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme</b>		
(0) unter 90%	34.075	12,63
(1) mindestens 90%	171.091	63,43
(2) unter 90% mit Sauerstoffgabe	14.209	5,27
(3) mindestens 90% mit Sauerstoffgabe	50.363	18,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Initiale antimikrobielle Therapie</b>		
(0) keine antimikrobielle Therapie	28.086	10,35
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	202.120	74,50
(2) 4 bis unter 8 Stunden	17.348	6,39
(3) 8 Stunden und später	17.694	6,52
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie	6.037	2,23

## Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Beginn der Mobilisation<sup>5</sup></b>		
(0) keine Mobilisation	48.220	17,77
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	203.856	75,14
(2) nach 24 Stunden und später	19.209	7,08
<b>Maschinelle Beatmung</b>		
(0) nein	231.894	85,48
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	21.147	7,80
(2) ja, ausschließlich invasiv	8.187	3,02
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	10.057	3,71
<b>Dokumentierter Therapieverzicht<sup>6</sup></b>		
(0) nein	230.113	84,82
(1) ja	41.172	15,18
<b>davon</b>		
Behandlung regulär beendet	6.760	16,42
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	4.518	10,97
im Krankenhaus verstorben	28.666	69,62
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.228	2,98

<sup>5</sup> mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)

<sup>6</sup> 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	%
<b>Regulär entlassene Patienten</b>		
Regulär entlassene Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	201.892	74,42
<b>davon Patienten mit Desorientierung</b>		
(0) nein	159.900	79,20
(1) ja, pneumoniebedingt	1.882	0,93
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	40.110	19,87
<b>davon Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme</b>		
(0) nein	7.819	3,87
(1) ja	194.073	96,13
<b>davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz</b>		
(1) maximal 24/min	190.349	94,28
(2) über 24/min	3.623	1,79
(3) nicht bestimmt	7.677	3,80
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	243	0,12
<b>davon Patienten mit Herzfrequenz</b>		
(1) maximal 100/min	197.768	97,96
(2) über 100/min	3.676	1,82
(3) nicht bestimmt	448	0,22
<b>davon Patienten mit Temperatur</b>		
(1) maximal 37,8°C	198.913	98,52
(2) über 37,8°C	2.526	1,25
(3) nicht bestimmt	453	0,22
<b>davon Patienten mit Sauerstoffsättigung</b>		
(1) unter 90%	3.703	1,83
(2) mindestens 90%	196.516	97,34
(3) nicht bestimmt	1.673	0,83
<b>davon Patienten mit Blutdruck, systolisch</b>		
(1) unter 90 mmHg	1.873	0,93
(2) mindestens 90 mmHg	199.557	98,84
(3) nicht bestimmt	462	0,23

## Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Stationärer Aufenthalt</b>		
< 1 Tag	4.386	1,62
1 - 7 Tage	132.141	48,71
8 - 14 Tage	90.674	33,42
15 - 21 Tage	25.496	9,40
> 21 Tage	18.588	6,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Entlassungsdiagnose (ICD 10)<sup>7</sup></b>		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	6.398	2,36
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	81.135	29,91
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	2.399	0,88
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	1.316	0,49
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	49.272	18,16
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	1.542	0,57
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	114.029	42,03
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	28.370	10,46
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	1.498	0,55

<sup>7</sup> Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19<sup>8</sup></b>		
(U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen	85.502	31,52
(U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	3.858	1,42

<sup>8</sup> Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 271.285</b>	
<b>Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)</b>		
(01) Behandlung regulär beendet	165.127	60,87
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.625	1,34
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	471	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	4.532	1,67
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	5	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	13.832	5,10
(07) Tod	49.593	18,28
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit <sup>9</sup>	490	0,18
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.093	0,77
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	30.404	11,21
(11) Entlassung in ein Hospiz	226	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	154	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	18	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	80	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen <sup>10</sup>	512	0,19
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	20	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr <sup>11</sup>	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	15	0,01
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	20	0,01
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	68	0,03

<sup>9</sup> § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

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

<sup>11</sup> für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

## Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Sterblichkeit bei allen Patienten</b>		
Alle Patienten	271.285	100,00
davon verstorben	49.593	18,28
Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	54.302	20,02
davon verstorben	16.458	30,31
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	10.863	4,00
davon verstorben	2.585	23,80
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	260.422	96,00
davon verstorben	47.008	18,05
Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	6.229	2,30
davon verstorben	2.806	45,05
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	1.480	0,55
davon verstorben	559	37,77
Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	39.391	14,52
davon verstorben	16.008	40,64
Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	21.147	7,80
davon verstorben	6.757	31,95
Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	8.187	3,02
davon verstorben	4.463	54,51
Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	10.057	3,71
davon verstorben	4.788	47,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Sterblichkeit bei Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung</b>		
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	230.113	100,00
davon verstorben	20.927	9,09
Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	37.399	16,25
davon verstorben	5.612	15,01
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	9.001	3,91
davon verstorben	1.180	13,11
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	221.112	96,09
davon verstorben	19.747	8,93
Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	4.527	1,97
davon verstorben	1.323	29,22
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	1.196	0,52
davon verstorben	302	25,25
Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	29.652	12,89
davon verstorben	7.580	25,56
Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	15.931	6,92
davon verstorben	2.456	15,42
Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	5.856	2,54
davon verstorben	2.349	40,11
Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	7.865	3,42
davon verstorben	2.775	35,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Sterblichkeit bei Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung</b>		
Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	41.172	100,00
davon verstorben	28.666	69,62