

QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechperson	Anne-Kathrin Steinberg
Datum der Abgabe	15. August 2024
Datum aktualisierte Abgabe	11. Oktober 2024, 22. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse	9
2.1 Datengrundlage.....	9
2.2 Risikoadjustierung.....	11
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	11
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	16
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	21
3.1 Hintergrund	21
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	21
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	27
4 Evaluation	34
5 Fazit und Ausblick.....	36
Literatur	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – CAP.....	7
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – CAP	8
Tabelle 3: Änderungen der ICD-Kodes für 2023	10
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2024) – CAP	11
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – CAP	12
Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – CAP	13
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – CAP	16
Tabelle 8: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – CAP	17
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP	22
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CAP	24
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CAP	26
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – CAP	27
Tabelle 13: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – CAP	27
Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP	28
Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CAP	30
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CAP ...	32
Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – CAP	33

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie (<i>community-acquired pneumonia</i>)
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019 (<i>coronavirus disease 2019</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>)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
QS	Qualitätssicherung
QS CAP	QS-Verfahren <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

1 Hintergrund

Das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* dient der Beurteilung der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie. Neben der Sterblichkeit der Betroffenen betrachtet das QS-Verfahren insbesondere frühe diagnostische und therapeutische Prozesse des akutstationären Krankenhausaufenthalts sowie Prozesse kurz vor der Entlassung aus der Akutversorgung.

Bei einer Pneumonie handelt es sich um eine Entzündung des Lungengewebes (Lungenentzündung). 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.

In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie stationär behandelt. Vor der COVID-19-Pandemie (Coronavirus-Krankheit-2019, *coronavirus disease 2019*) verstarben etwa 13 % dieser stationär behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts. Während der Pandemie stieg die Sterblichkeit auf 18 % an und liegt im Erfassungsjahr (EJ) 2023 bei knapp 16 %. 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 für einen schweren Verlauf 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 Verfahren *QS CAP* durch die DeQS-RL 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.

Qualitätsindikatoren

Mit dem Verfahren *QS CAP* wird das Ziel einer rechtzeitigen diagnostischen und therapeutischen Versorgung sowie einer Verringerung der Sterblichkeit im Krankenhaus verfolgt. Hierfür messen fünf Prozessindikatoren und drei Kennzahlen die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung

der notwendigen diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen. 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 antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009), der das Verabreichen von Antibiotika innerhalb der ersten acht Stunden nach Krankenhausaufnahme misst, erfasst. Ein risikoadjustierter Qualitätsindikator sowie eine Kennzahl zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts (IDs 50778 und 231900) betrachten die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QS-Dokumentation	2023
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2023
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2023
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2023
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2023
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2023
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	QS-Dokumentation	2023
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QS-Dokumentation	2023

* Transparenzkennzahl

Wie bereits in den Vorjahren 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 des Qualitätsindikators „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) für das Erfassungsjahr 2023 nicht berücksichtigt.

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul CAP gibt es drei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und drei zur Vollzähligkeit (Tabelle 2).

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	QS-Dokumentation
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	QS-Dokumentation
851900	Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	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

Für das QS-Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung entsprechend dem aufnehmenden Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 1.335 entlassenden Standorten 334.062 QS-Datensätze inklusive 413 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene ist etwas höher als die Anzahl der erwarteten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul CAP zum Erfassungsjahr 2023 mehr Datensätze übermittelt, bei nahezu gleichbleibender Vollständigkeit. 21 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) haben für das Erfassungsjahr 2023 Datensätze geliefert, aber keine Sollstatistik. Insgesamt wurden von 333.649 Patientinnen und Patienten Basisdatensätze erfasst. Dies ist ein Anstieg von ca. 23 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 271.285). Dieser Anstieg lässt sich durch eine Änderung im QS-Filter des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2023 erklären. Bis zum Erfassungsjahr 2022 wurden Patientinnen und Patienten mit dokumentierten ICD-Kodes U69.02¹ und U69.03¹ aus dem Verfahren QS CAP ausgeschlossen. Hintergrund war, dass eine Besiedelung von entsprechenden Keimen noch bis zu drei Monaten zu einem Krankheitsausbruch führen kann. Bei ansonsten gesunden Betroffenen, welche innerhalb der letzten drei Monate einen Krankenhausaufenthalt hatten, entlassen wurden und danach an einer Pneumonie erkranken, ist allerdings die Wahrscheinlichkeit gering, dass es sich um eine nosokomiale Pneumonie und nicht um eine ambulant erworbene Pneumonie handelt. Somit bestand keine Dokumentationspflicht, obwohl für die meisten Betroffenen die Qualitätsanforderungen des QS-Verfahrens gegolten hätten. Auf Grundlage eines Auszuges der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik, *Diagnosis Related Groups*) für das Jahr 2021, welche vom Statistischen Bundesamt angefordert wurde, zeigt sich, dass durch die Codes U69.02¹ und U69.03¹ rund 48.000 Behandlungsfälle in der externen stationären Qualitätssicherung nicht erfasst wurden (Destatis 2022).

Auf Antrag des IQTIG und in Anlehnung an das Update der S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (Ewig et al. 2021) wurden die beiden ICD-Kodes für das Jahr 2023 im ICD-10-GM-Katalog durch das Bundesinstitut

¹ U69.02! „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung“

U69.03! „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung“

für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestrichen (siehe Tabelle 3). Folglich tauchen diese Codes nicht mehr bei den Ausschlussdiagnosen des QS-Filters auf, sodass die Dokumentationspflicht für Betroffene mit einer zurückliegenden Hospitalisierung ab dem Erfassungsjahr 2023 gilt. Gleichzeitig wurde durch das BfArM jedoch zum einen der ICD-Kodes U69.01! umbenannt und der Zusatz „im Krankenhaus erworbene“ zur Definition der nosokomialen Pneumonie gestrichen. Zum anderen wurde der ICD-Kode U69.04! „Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt“ neu eingeführt (Tabelle 3). Diese beiden Änderungen waren gemäß Antrag des IQTIG nicht vorgesehen.

Tabelle 3: Änderungen der ICD-Kodes für 2023

ICD-10-GM Version 2023	
U69.01!	Anderenorts klassifizierte im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme Aufnahme auftritt
U69.02!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung
U69.03!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung
U69.04!	Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt

Vor dieser Änderung wurde der ICD-Kode U69.01! bei Patientinnen und Patienten, die an einer nosokomialen Pneumonie erkrankten, sowohl in der erstaufnehmenden Einrichtung als auch bei Weiterverlegung in der zweiten Einrichtung kodiert. Nach der Umbenennung des Codes sowie der Neueinführung des Codes U69.04! erhielt das IQTIG von Leistungserbringern die Rückmeldungen, dass diese beiden ICD-Kodes nicht mehr zum Ausschluss von Betroffenen verwendet werden können, welche mit einer nosokomialen Pneumonie aus einer anderen Einrichtung „zuverlegt“ werden. Somit findet kein Ausschluss dieser Betroffenen über den QS-Filter statt und die Dokumentationspflicht wird folglich für viele Patientinnen und Patienten ausgelöst, welche mit einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie verlegt werden, obwohl diese Patientengruppe nicht Teil des QS-Verfahrens sein soll.

Tabelle 4 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2024) - CAP

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

2.2 Risikoadjustierung

Im Verfahren QS CAP wird der Sterblichkeitsindikator (ID 50778) mittels multipler logistischer Regression risikoadjustiert. Als Risikofaktoren werden Falleigenschaften gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell signifikante Effekte auf das betrachtete Outcome nachgewiesen werden können. Eine vollständige Liste der Risikofaktoren und deren Gewichte ist den endgültigen Rechenregeln (AJ 2024) zu entnehmen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 5 werden die im Verfahren QS 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. Sowohl die Bundesergebnisse der Prozessindikatoren als auch das Bundesergebnis des Ergebnisindikators unterscheiden sich kaum von den Bundesergebnissen des Vorjahres und sind weiterhin auf einem stabilen und hohen Niveau.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - CAP

ID	Indikator/ Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	99,02 % O = 268.624 N = 271.285	98,94 % O = 330.129 N = 333.649 (≥ 95,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	99,05 % O = 257.959 N = 260.422	98,99 % O = 314.675 N = 317.891	eingeschränkt vergleichbar
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	98,18 % O = 10.665 N = 10.863	98,07 % O = 15.454 N = 15.758	eingeschränkt vergleichbar
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	93,08 % O = 135.629 N = 145.705	93,83 % O = 207.243 N = 220.872 (≥ 90,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	92,79 % O = 117.888 N = 127.047	92,88 % O = 151.953 N = 163.602 (≥ 90,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	95,93 % O = 182.621 N = 190.369	96,00 % O = 231.557 N = 241.210 (≥ 95,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	98,69 % O = 180.042 N = 182.424	98,51 % O = 227.855 N = 231.292	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 O/E = 20.927 / 20.645,15 N = 230.113	0,90 O/E = 21.461 / 23.913,08 N = 285.505 (≤ 1,69; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	18,28 % O = 49.593 N = 271.285	15,88 % O = 52.984 N = 333.649	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/ Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,71 % O = 256.324 N = 265.056	96,49 % O = 315.019 N = 326.472 (≥ 95,00 %)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

In Tabelle 6 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2023 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – CAP

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2005	Frühe erste Blutgas- analyse oder Pulsoxymetrie	2022	51 von 1.338	3,81	6
		2023	44 von 1.322	3,33	11
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	2022	276 von 1.287	21,45	164
		2023	221 von 1.281	17,25	132
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	2022	260 von 1.291	20,14	136
		2023	252 von 1.275	19,76	123
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitäts- kriterien bis zur Entlassung	2022	285 von 1.308	21,79	136
		2023	267 von 1.283	20,81	138
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	80 von 1.312	6,10	13
		2023	95 von 1.319	7,20	21
50722	Bestimmung der Atem- frequenz bei Aufnahme	2022	264 von 1.331	19,83	122
		2023	255 von 1.318	19,35	127

Qualitätsindikatoren zu den diagnostischen Prozessen (IDs 2005, 2028 und 50772)

In Bezug auf die diagnostischen Prozesse werden drei Prozessindikatoren verwendet. Eine frühe Untersuchung der Sauerstoffsättigung des Blutes bei der stationären Aufnahme gibt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Aufschluss über den aktuellen Schweregrad der Erkrankung sowie die Therapieoptionen und wird daher für alle Pneumoniepatientinnen und -patienten gefordert (ID 2005). Weiterhin soll bei allen Patientinnen und Patienten, die nicht maschinell beatmet werden, die Atemfrequenz bei Aufnahme bestimmt werden (ID 50722), da auch diese einen wichtigen Hinweis auf die Schwere der Erkrankung liefert. Im weiteren Aufenthalt sollen die klinischen Stabilitätskriterien regelmäßig und vollständig bestimmt werden, um das Ansprechen der eingeleiteten Therapie zu überprüfen (ID 2028). Zu den klinischen Stabilitätskriterien im Verfahren QS CAP zählen:

- Atemfrequenz: ≤ 24 Atemzüge pro Minute
- systolischer Blutdruck: ≥ 90 mmHG
- Herzfrequenz: ≤ 100 Herzschläge pro Minute
- Sauerstoffsättigung: SaO₂ ≥ 90 % unter Raumluft
- Körpertemperatur: $\leq 37,8$ °C
- gesicherte Nahrungsaufnahme oral oder über sichere Zugänge
- keine pneumoniebedingte Desorientierung

Erst wenn diese als nahezu als erfüllt gelten, sollte die Entlassung der Patientin / des Patienten erwogen werden, da Patientinnen und Patienten, die mit einem stabilen klinischen Zustand entlassen werden, ein niedrigeres Letalitätsrisiko aufweisen und seltener erneut stationär aufgenommen werden müssen (Ewig et al. 2021).

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Bundesergebnisse der drei Qualitätsindikatoren nicht verändert und sind mit > 95 % weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Auch der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr für alle drei Qualitätsindikatoren nahezu gleich. Lediglich im Qualitätsindikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) hatten über die Hälfte der Leistungserbringer (138 von 267) bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Qualitätsindikatoren der therapeutischen Maßnahmen (IDs 2009 und 2013)

Der frühzeitige Beginn einer antibiotischen 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, wurden diese nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen (ID 2009). Da bei viralen Pneumonien die frühzeitige Gabe von Antibiotika in der Regel 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 (ICD J12.-) ausgeschlossen. Des Weiteren wurde zum Erfassungsjahr 2023 der Begriff „antimikrobielle Therapie“

in der Indikatorbezeichnung geändert in „antibiotische Therapie“. Trotz des Ausschlusses der viralen Pneumonie hat sich das Bundesergebnis kaum verändert, wohingegen der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen deutlich gesunken ist (EJ 2022: 21,45 %; EJ 2023: 17,25 %).

Eine frühe Mobilisation der Patientinnen und Patienten mit Pneumonie kann ausschlaggebend für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus sein, ohne dass erhöhte Komplikationsraten auftreten. Frühmobilisation wird im Qualitätsindikator definiert als Mobilisation außerhalb des Bettes für mindestens 20 Minuten innerhalb der ersten 24 Stunden des Krankenhausaufenthalts (ID 2013). Für die Berechnung des Qualitätsindikators werden alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score²), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind, mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne palliative Therapiezielsetzung herangezogen. Das Bundesergebnis ist unverändert und liegt mit über 90 % auf einem relativ hohen Niveau. Auch der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zeigt keine Veränderung.

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 50778 und 231900)

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 Erfassungsjahr 2023 ist die beobachtete Sterblichkeit um 10 % kleiner als die erwartete Sterblichkeit (O/E = 0,90). Dieser überraschend große Unterschied ist mutmaßlich auf systematische Änderungen in der Grundgesamtheit zum Erfassungsjahr 2023 zurückzuführen. Insbesondere kann sich die in Abschnitt 2.1 besprochene Änderung im QS-Filter hier ausgewirkt haben.

Während der COVID-19-Pandemie verstarben etwa 18 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie während des Krankenhausaufenthalts. Im Erfassungsjahr 2023 ist eine Abnahme der Gesamtsterblichkeit zu verzeichnen. Dennoch ist der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie während des Krankenhausaufenthalts immer noch höher als vor Beginn der COVID-19-Pandemie (EJ 2019: 12,89 %; EJ 2023: 15,88 %). Auch das Expertengremium auf Bundesebene hat für die immer noch recht hohe Sterblichkeit keine Erklärung.

² Die Stratifizierung bestimmter Indikatoren erfolgt mithilfe des sogenannten CRB-65-Scores, der die Kriterien pneumoniebedingte Desorientiertheit (C = *confusion*), spontane Atemfrequenz (R = *respiratory rate*) ≥ 30 Atemzüge pro Minute, Blutdruck (B = *blood pressure*) ≤ 60 mm Hg diastolisch oder < 90 mm Hg systolisch und Alter ≥ 65 Jahre berücksichtigt. Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS CAP werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.342 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 80 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In Tabelle 7 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	5,21 % 12.210/234.355 (≤ 20,00 %)
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	7,45 % 19.414/260.729 (≤ 18,88 %; 97. Perzentil)
851900	Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	14,33 % 2.803/19.561 (≤ 50,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,11 % 334.062/330.404 (≥ 95,00 %)
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,11 % 334.062/330.404 (≤ 110,00 %)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,12 % 413/330.404 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 8 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 8: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	9 von 1.311	0,69	3
811826	Angabe von ≥ 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)	2023	34 von 1.293	2,63	13
851900	Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	5 von 1.155	0,43	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	19 von 1.314	1,45	0
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	11 von 1.314	0,84	5
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	5 von 1.314	0,38	2

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Angabe von chronischer Bettlägerigkeit (ID 811822)

Dieses Auffälligkeitskriterium prüft, ob ein Leistungserbringer häufig eine chronische Bettlägerigkeit dokumentiert, unter der Voraussetzung, dass keine invasive maschinelle Beatmung vorliegt und die Betroffenen nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung kommen. Eine fehlerhafte Dokumentation hinsichtlich der Angabe 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 Qualitätsindikators „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) ausgeschlossen. Zum anderen wird im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) Patientinnen und Patienten mit dokumentierter chronischer Bettlägerigkeit ein höheres Sterberisiko zugeschrieben.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 5,21 %. Das bedeutet, dass von insgesamt 234.355 Fällen ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht für 12.210 Fälle angegeben wurde, dass eine Bettlägerigkeit vorlag. Bei einem festen Referenzbereich von $\leq 20,00$ % und einer Mindestanzahl im Nenner von 20 Fällen hatten 9 von 1.311 Leistungserbringern (0,69 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert (EJ 2022: 0,61 %).

Angabe von ≥ 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 und für die gleichzeitig angegeben wurde, dass eine spontane Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei Aufnahme gemessen wurde, werden im risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator (ID 50778) 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 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 7,45 %. Das bedeutet, dass bei 19.414 von 260.729 Fällen angegeben wurde, dass eine Atemfrequenz von genau oder mehr als 30 Atemzügen pro Minute gemessen wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich (97. Perzentil) von $\leq 18,88$ % 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 gleich geblieben (EJ 2022: 2,63 %).

Das Expertengremium auf Bundesebene wies in Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium auf die fortschreitende Digitalisierung in den Krankenhäusern hin. Da die Erfassung der Atemfrequenz sowie das Übertragen der Werte vermehrt elektronisch erfolgt, kann es kaum noch zu Fehldokumentationen kommen, es sei denn, es liegen Übertragungsfehler vor.

Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben (ID 851900)

Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren („Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“, ID 2009; „Frühmobilisation nach Aufnahme“, ID 2013; „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“, ID 2028) und dem Qualitätsindikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) ausgeschlossen. Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich dokumentiert wurde, dass eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) während des Krankenhausaufenthalts 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 Qualitätsindikatoren haben. Insbesondere wenn häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis bei 14,33 %. Das bedeutet, dass bei 2.803 von 19.561 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 5 von 1.155 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (0,43 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2022: 0,86 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Verfahren QS CAP im Auswertungsjahr 2024 keine Besonderheiten, daher wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

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 2023 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren *QS CAP* haben zum Erfassungsjahr 2022 alle Landesarbeitsgemeinschaften den QSEB fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Indikatorebene.

Für das Auswertungsjahr 2023 gab es im Verfahren *QS CAP* insgesamt 7.867 Indikatorenergebnisse, von denen 1.216 Ergebnisse rechnerisch auffällig waren (15,46 %). Somit gab es im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang an rechnerisch auffälligen Ergebnissen von etwa 2 Prozentpunkten, was einer absoluten Anzahl von ca. 200 entspricht. Diesen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde zum Auswertungsjahr 2023 auch häufiger im Stellungnahmeverfahren nachgegangen. Im Gegensatz zum letzten Jahr erfolgten bei 3 Leistungserbringern in Bezug auf 7 auffällige Ergebnisse in einem Bundesland auch Begehungen, um zu einer qualitativen Aussage zu gelangen. Diese 7 Indikatorenergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet (Tabelle 9).

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.931	-	7.867	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.931	100	7.867	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.401	17,66	1.216	15,46
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.401	100	1.216	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.401	100	1.216	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	394	28,12	303	24,92
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	1.007	71,88	913	75,08
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1.007	100	913	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	0,89	7	0,77
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	7	0,77
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	522	37,26	451	37,09
Bewertung als qualitativ auffällig	281	20,06	305	25,08
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	185	13,20	124	10,20
Sonstiges	19	1,36	33	2,71
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	109	n. a.	144	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

Für den Qualitätsindikator „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) ist der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten am größten (EJ 2021: 31,75 %; EJ 2022: 21,45 %), was unter anderem mit dem Ausschluss der viralen Pneumonien (ICD-Kode J12.-) für das Erfassungsjahr 2022 zusammenhängen könnte.

Die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden im Qualitätsindikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) ermittelt, wovon 110 als qualitativ auffällig bewertet wurden (38,60 %). Als Begründung für diese Einstufung sind in 34,39 % (98 von 285) der Bewertungen Prozess- und Strukturmängel angegeben worden, die vor allem auf eine nicht etablierte Durchführung der Messung der Atemfrequenz zurückzuführen sind (siehe Tabelle 10, siehe QSEB-Anhang CAP Tabellen A_4_QI_a und A_4_QI_b). Auch die Expertinnen und Experten auf Bundesebene teilen die Auffassung, 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 umfassen dann meist Schulungen, um eine richtige Angabe des Datenfeldes zu fördern. Darüber hinaus hatten ca. ein Drittel der Leistungserbringer auch im vergangenen Jahr ein qualitativ auffälliges Ergebnis in diesem Qualitätsindikator (Tabelle 11).

Werden die auffälligen Ergebnisse über alle Qualitätsindikatoren hinweg betrachtet, ist zu erkennen, dass wie bereits im vergangenen Jahr bei 4 von 6 Qualitätsindikatoren (IDs 2009, 2013, 2028 und 50722) ein Fünftel und mehr Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse erzielen. Dabei traten bei 66 Leistungserbringern mehrfache qualitative Auffälligkeiten auf, was bedeutet, dass bei diesen Leistungserbringern in zwei oder mehreren Qualitätsindikatoren ein Qualitätsproblem bestätigt wurde. Davon ist bei 19 Leistungserbringern sogar für die Hälfte der Qualitätsindikatoren ein Defizit zu verzeichnen (Tabelle 12).

In Tabelle 13 werden die Auffälligkeiten und die Häufigkeit durchgeführter Stellungnahmeverfahren in Abhängigkeit von der Fallzahl pro Qualitätsindikator dargestellt. Aus der Tabelle geht hervor, dass je höher die Fallzahl der Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators war, desto wahrscheinlicher wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies deckt sich auch mit den Freitextangaben der Landesarbeitsgemeinschaften, die an dieser Stelle mehrfach angaben, dass für Kliniken, die eine Grundgesamtheit von kleiner gleich 20 hatten, kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse. Auch hier wurde in den Freitexten mehrfach begründet, dass kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, wenn die Anzahl der auffälligen Vorgänge 5 oder weniger betrug (siehe QSEB-Anhang CAP Tabelle A_2_QI_b).

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – 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 Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	51 / 1.338 (3,81 %)	21	0 / 51 (0,00 %)	0 / 1.338 (0,00 %)	17 / 51 (33,33 %)	17 / 1.338 (1,27 %)	5 / 51 (9,80 %)	5 / 1.338 (0,37 %)	5 / 51 (9,80 %)	5 / 1.338 (0,37 %)	3 / 51 (5,88 %)	3 / 1.338 (0,22 %)
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	276 / 1.287 (21,45 %)	75	0 / 276 (0,00 %)	0 / 1.287 (0,00 %)	111 / 276 (40,22 %)	111 / 1.287 (8,62 %)	59 / 276 (21,38 %)	59 / 1.287 (4,58 %)	23 / 276 (8,33 %)	23 / 1.287 (1,79 %)	8 / 276 (2,90 %)	8 / 1.287 (0,62 %)
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	260 / 1.291 (20,14 %)	66	0 / 260 (0,00 %)	0 / 1.291 (0,00 %)	121 / 260 (46,54 %)	121 / 1.291 (9,37 %)	44 / 260 (16,92 %)	44 / 1.291 (3,41 %)	22 / 260 (8,46 %)	22 / 1.291 (1,70 %)	7 / 260 (2,69 %)	7 / 1.291 (0,54 %)

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	285 / 1.308 (21,79 %)	60	0 / 285 (0,00 %)	0 / 1.308 (0,00 %)	84 / 285 (29,47 %)	84 / 1.308 (6,42 %)	110 / 285 (38,60 %)	110 / 1.308 (8,41 %)	26 / 285 (9,12 %)	26 / 1.308 (1,99 %)	5 / 285 (1,75 %)	5 / 1.308 (0,38 %)
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80 / 1.312 (6,10 %)	9	0 / 80 (0,00 %)	0 / 1.312 (0,00 %)	44 / 80 (55,00 %)	44 / 1.312 (3,35 %)	10 / 80 (12,50 %)	10 / 1.312 (0,76 %)	15 / 80 (18,75 %)	15 / 1.312 (1,14 %)	2 / 80 (2,50 %)	2 / 1.312 (0,15 %)
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	264 / 1.331 (19,83 %)	72	0 / 264 (0,00 %)	0 / 1.331 (0,00 %)	74 / 264 (28,03 %)	74 / 1.331 (5,56 %)	77 / 264 (29,17 %)	77 / 1.331 (5,79 %)	33 / 264 (12,50 %)	33 / 1.331 (2,48 %)	8 / 264 (3,03 %)	8 / 1.331 (0,60 %)

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CAP

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	51	6	-	5	0	-
2009	Frühe antimikrobielle nach Aufnahme	276	164	-	59	17	-
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	260	136	-	44	11	-
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	285	136	-	110	30	-
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	80	13	-	10	0	-
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	264	122	-	77	26	-

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – 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
334	184	153	148	47	19

Tabelle 13: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – CAP

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-13)	227	106 (46,70 %)	9 (3,96 %)
2. Quintil (14-76)	242	180 (74,38 %)	48 (19,83 %)
3. Quintil (77-123)	240	198 (82,50 %)	73 (30,42 %)
4. Quintil (124-198)	248	212 (85,48 %)	75 (30,24 %)
5. Quintil (199-631)	259	217 (83,78 %)	100 (38,61 %)
Gesamt	1.216	913 (75,08 %)	305 (25,08 %)

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul QS CAP insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 7.824 Ergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 14 wiedergegeben, wurden 109 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Davon wurde zu 84 rechnerisch auffälligen Ergebnissen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 25-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Es wurden 44 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse ($n = 109$) einem Anteil von 40,37 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 52,38 % (44 von 84).

Bei 8 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 empfohlen; Maßnahmenstufe 2 wurde nicht initiiert.

Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.852	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	109	1,39
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	109	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	22,94
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	84	77,06
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	84	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	35	32,11
Bewertung als qualitativ auffällig	44	40,37
Sonstiges	5	4,59
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	8	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 811826) ermittelt. Im Stellungnahmeverfahren ergab sich, dass über die Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig einzustufen sind. In Bezug auf die Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit weist das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850102) die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf. Im Stellungnahmeverfahren wurden 75 % der Ergebnisse als qualitativ auffällig, aufgrund von fehlerhafter Dokumentation, begründet und eingestuft (Tabelle 15).

In Tabelle 16 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS CAP erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

In den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Von diesen hat ein Leistungserbringer im Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit“ wiederholt fehlerhaft dokumentiert und somit ein qualitativ auffälliges Ergebnis. Von den 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit waren im Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation“ Leistungserbringer wiederholt rechnerisch auffällig gewesen, wovon 2 wiederholt fehlerhaft dokumentierten und somit ein qualitativ auffälliges Ergebnis aufwiesen. Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Verfahrens QS CAP über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

Dennoch ist es im Verfahren QS CAP eher selten, dass ein Leistungserbringer mehrfache Auffälligkeiten vorweist (Tabelle 17).

Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	8 / 1.319 (0,61 %)	0	0 / 8 (0,00 %)	0 / 1.319 (0,00 %)	5 / 8 (62,50 %)	5 / 1.319 (0,38 %)	2 / 8 (25,00 %)	2 / 1.319 (0,15 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 1.319 (0,08 %)
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	34 / 1.293 (2,63 %)	7	0 / 34 (0,00 %)	0 / 1.293 (0,00 %)	22 / 34 (64,71 %)	22 / 1.293 (1,70 %)	5 / 34 (14,71 %)	5 / 1.293 (0,39 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 1.293 (0,00 %)
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	10 / 1.168 (0,86 %)	2	0 / 10 (0,00 %)	0 / 1.168 (0,00 %)	6 / 10 (60,00 %)	6 / 1.168 (0,51 %)	2 / 10 (20,00 %)	2 / 1.168 (0,17 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 1.168 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	16 / 1.362 (1,17 %)	6	0 / 16 (0,00 %)	0 / 1.362 (0,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	0 / 1.362 (0,00 %)	7 / 16 (43,75 %)	7 / 1.362 (0,51 %)	3 / 16 (18,75 %)	3 / 1.362 (0,22 %)
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	36 / 1.362 (2,64 %)	7	0 / 36 (0,00 %)	0 / 1.362 (0,00 %)	1 / 36 (2,78 %)	1 / 1.362 (0,07 %)	27 / 36 (75,00 %)	27 / 1.362 (1,98 %)	1 / 36 (2,78 %)	1 / 1.362 (0,07 %)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5 / 1.348 (0,37 %)	3	0 / 5 (0,00 %)	0 / 1.348 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 1.348 (0,07 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 1.348 (0,07 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 1.348 (0,00 %)

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit							
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	8	4	-	2	1	-
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	34	8	-	5	0	-
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	10	3	-	2	0	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit							
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	16	0	-	7	0	-
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	36	3	-	27	2	-

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	0	-	1	0	-

Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) - 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
103	3	0	42	1	0

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften) eingeholt werden.

Das Verfahren *QS CAP* soll insbesondere die qualitätsrelevanten Aspekte zu diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen und zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die sechs Qualitätsindikatoren verfolgen insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Verringerung der Sterblichkeit

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 7 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Dem IQTIG wurde mehrfach zurückgemeldet, dass im Verfahren *QS CAP* Dokumentationsprobleme vorlagen. Das Datenfeld „chronischen Bettlägerigkeit“ sei ungenau definiert und lässt Interpretationsspielraum zu. Um dies zu vermeiden, sollte ein Ausfüllhinweis aufgenommen werden. Des Weiteren sei in dem Auffälligkeitskriterium „Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben“ (ID 851900) nicht klar, dass das Datum zum ersten Eintrag der „palliativen Therapiezielsetzung“ anzugeben ist. Auch hier sollte eine Anpassung des Ausfüllhinweises erfolgen. Ein mangelndes Verständnis wurde ebenfalls im Zusammenhang mit der Änderungen bzw. der neuen Nutzung der ICD-Kodes U69.01! und U69.04! sowie für den Ausschluss von Antimykotika, antivirale Medikamente o. ä. bei der antibiotischen Therapie geäußert.

Zum Qualitätsindikator „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) und dem Ausschluss der J12.-Diagnosen (virale Pneumonien) wurde dem IQTIG zurückgemeldet, dass die AWMF-Leitlinie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (Update 2021), auf welche sich das IQTIG unter anderem bezieht, einen schwachen Empfehlungs- und Evidenzgrad (B und C) aufweist. Darüber hinaus werden zwar alle Viruspneumonien (ICD-Kodes J12.-) aus der Berechnung des Qualitätsindikators ausgeschlossen, nicht aber die ICD-Kodes J10.0 „Viruspneumonien bei Influenza“ und J11.0 „Viruspneumonien ohne Virusnachweis“. Gemäß der gültigen S3-Leitlinie gilt jedoch die Empfehlung, dass aufgrund des Risikos bakterieller Superinfektionen, die auch bei fehlendem mikrobiologischen Nachweis nicht ausgeschlossen werden können, Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie *und* positivem

Influenzanachweis immer auch antibakteriell behandelt werden sollten (Ewig et al. 2021). Der Widerspruch, dass einerseits bei einer bakteriellen Pneumonie möglichst früh ein Antibiotikum verabreicht werden sollte, andererseits aber die Gabe von Antibiotikum bei einer viralen Pneumonie ohne bakterielle Superinfektion nicht indiziert und aufgrund zunehmender Resistenzen sogar als hoch problematisch anzusehen ist, wurde mit dem Expertengremium auf Bundesebene besprochen. Gemeinsam mit den Expertinnen und Experten wurde entschieden, dass nur die ICD-Kodes J12.- als Ausschlussdiagnose des Qualitätsindikators gelten.

5 Fazit und Ausblick

Grundsätzlich zeigt sich in den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2023 für das Verfahren QS CAP ein recht stabiles und überwiegend gutes Bild in der Versorgungsqualität. Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren unterscheiden sich kaum vom Vorjahr und sind weiterhin auf einem hohen Niveau. Zudem hat sich der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr verringert (EJ 2023: 1.134; EJ 2022: 1.216).

Im vergangenen Erfassungsjahr hatte sich die Anzahl der dokumentierten Behandlungsfälle verringert. Dies kann für das Erfassungsjahr 2023 nicht verzeichnet werden, da ca. 62.500 Basisdatensätze mehr erfasst wurden (EJ 2023: 334.062; EJ 2022: 271.548). Dieser Fallzahlenanstieg kann unter anderem auf die Streichung der ICD-Kodes U69.02! und U69.03! aus den Ausschlussdiagnosen des QS-Filters zurückgeführt werden. Für die Patientengruppe mit einer zurückliegenden Hospitalisierung bestand bis zu diesem Erfassungsjahr keine Dokumentationspflicht, obwohl für die meisten Betroffenen die Qualitätsanforderungen des QS-Verfahrens ebenfalls gelten. Laut DeQS-RL sollen lediglich Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie Gegenstand des QS-Verfahrens sein. Für die Umsetzung diente der ICD-Kode U69.01!, der Betroffene mit einer „im Krankenhaus erworbenen Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“, ausschloss. Die Kodierung erfolgte unabhängig davon, ob die Pneumonie in der erstaufnehmenden Einrichtung oder bei Weiterverlegung in der zweiten Einrichtung erworben wurde. Nachdem der ICD-10-Kode U69.01! umbenannt wurde und dabei der Zusatz „im Krankenhaus erworbene“ zur Definition der Pneumonie gestrichen wurde, führt dieser Code nicht mehr zum Ausschluss von Betroffenen, welche mit einer nosokomialen Pneumonie aus einer anderen Einrichtung „zuverlegt“ werden. Auch die Kodierung des neueingeführten ICD-Kodes U69.04! kann den Ausschluss dieser Patientengruppe nicht gewährleisten. Daraus resultiert, dass kein Ausschluss über den QS-Filter mehr erfolgt und die Dokumentationspflicht für Patientinnen und Patienten ausgelöst wird, die nicht Bestandteil des QS-Verfahrens sein sollten. Da Patientinnen und Patienten mit einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie nicht adäquat über die aktuelle ICD-10-GM-Systematik erfasst werden können, prüft das IQTIG eine andere Lösung, um in Zukunft den Ausschluss der Betroffenen aus dem QS-Verfahren wieder gewährleisten zu können.

Wie schon in den Vorjahren wird eine Weiterentwicklung des Verfahrens als sinnvoll erachtet, um beispielsweise mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen die 7-Tage- bzw. 30-Tage-Sterblichkeit abbilden zu können.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 (G-BA 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)* und *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem ge-

samten QS-Verfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht wurde am 14. Juni 2024 dem G-BA übergeben. Am 17. Oktober 2024 beschloss der G-BA in seiner Plenumsitzung, das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* für das Erfassungsjahr 2026 auszusetzen.

Literatur

- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2022): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) 2021. Erschienen am 22.09.2022. [Wiesbaden]: Destatis. Artikelnummer: 5231401217014. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/operationen-prozeduren-5231401217014.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 01.02.2024).
- Ewig, S; Kolditz, M; Pletz, M; Altiner, A; Albrich, W; Droemann, D; et al. (2021): AWMF-Registernummer 020-020. S3-Leitlinie: Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie – Update 2021 [*Langfassung*]. Versionsnummer: 4.0, Version 30.04.2021. Überarbeitung von 04/2021, Erstveröffentlichung: 06/2005. Berlin: DGP [Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-020I_S3_Behandlung-von-erwachsenen-Patienten-mit-ambulant-erworbener-Pneumonie__2021-05.pdf (abgerufen am: 21.06.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 30.01.2023).