

QS-Verfahren

Ambulant erworbene Pneumonie

Bundesqualitätsbericht 2025

Impressum

Titel	QS-Verfahren <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i> . Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Vorbemerkung	6
1 Hintergrund	7
2 Einordnung der Ergebnisse	11
2.1 Datengrundlage.....	11
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	12
2.2.1 Überblick	12
2.2.2 Detailergebnisse	15
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	22
2.3.1 Überblick	22
2.3.2 Detailergebnisse	26
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	31
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	31
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	34
4 Evaluation	36
5 Ausblick.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – CAP	8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CAP	9
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – CAP	11
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – CAP	13
Tabelle 5: QI 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	15
Tabelle 6: QI 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	16
Tabelle 7: QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme	16
Tabelle 8: QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung .	17
Tabelle 9: QI 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	18
Tabelle 10: QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	19
Tabelle 11: TKez 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	20
Tabelle 12: TKez 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	20
Tabelle 13: TKez 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	21
Tabelle 14: TKez 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	21
Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CAP	22
Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CAP	24
Tabelle 17: AK 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	26
Tabelle 18: AK 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	27
Tabelle 19: AK 851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben.....	27
Tabelle 20: AK 850101: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	28
Tabelle 21: AK 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	28
Tabelle 22: AK 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	30
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP	31
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP	33
Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP	34
Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP	35

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)
n. a.	nicht anwendbar
QS	Qualitätssicherung
QS CAP	QS-Verfahren <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

Vorbemerkung

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* werden zum Auswertungsjahr 2027 alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ausgesetzt. Für den Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) sollen ab dem Auswertungsjahr 2028 Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden. Hintergrund dieser Entwicklung ist das Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, bei welcher das gesamte Indikatorenset hinsichtlich seiner Eignung für die Qualitätssicherung anhand definierter Kriterien (Eignungskriterien) geprüft wurde. Da Eignungskriterien zum Teil nicht erfüllt sind, wurde vom IQTIG empfohlen, die Qualitätsindikatoren/Transparenzkennzahlen zur Prozessqualität abzuschaffen; vor diesem Hintergrund wurden mit den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 bereits die Referenzbereiche der betroffenen Indikatoren ausgesetzt.

1 Hintergrund

Bei einer Pneumonie handelt es sich um eine Entzündung des Lungengewebes (Lungenentzündung), welche meist durch eine Infektion mit bakteriellen Erregern, wie z. B. *Streptococcus pneumoniae* („Pneumokokken“), entsteht. Seltener sind auch Viren oder Pilze die Verursacher einer Pneumonie. 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 infektionsbedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit im Krankenhaus kann unter anderem durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein. Jährlich werden mehr als 350.000 Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie in Deutschland stationär behandelt. 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 Krebs-, Lungen-, Herz- oder Stoffwechselerkrankung. Vorbestehende Grunderkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der Pneumonie verbunden und erschweren zudem den Behandlungserfolg.

Seit dem Jahr 2005 zählen ambulant erworbene Pneumonien zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. Das Verfahren 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 während des akutstationären Krankenhausaufenthalts sowie Prozesse kurz vor der Entlassung aus der Akutversorgung.

Nosokomiale Pneumonien sowie Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit geschwächtem Immunsystem aufgrund von Bestrahlung, Chemotherapie oder anderen immunsuppressiven Maßnahmen werden nicht mit dem QS-Verfahren adressiert.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Mit dem Verfahren QS CAP werden die Ziele einer rechtzeitigen diagnostischen und therapeutischen Versorgung sowie einer Verringerung der Sterblichkeit im Krankenhaus verfolgt. Hierfür wird mittels 5 Prozessindikatoren und 3 Kennzahlen die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung der notwendigen diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen gemessen. In Bezug auf die diagnostischen Prozesse werden folgende Qualitätsindikatoren verwendet:

- Der Indikator „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (ID 2005) misst, wie häufig eine Blutgasanalyse oder eine Messung der Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie) innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde. Beide Diagnoseverfahren liefern Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen.

- Der Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) misst die Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen die Atemfrequenz bei Aufnahme ins Krankenhaus gemessen wurde (das heißt möglichst noch in der Notaufnahme). Ausgeschlossen sind maschinell beatmete Patientinnen und Patienten. Eine frühzeitige Messung der Atemfrequenz ist für die Bestimmung des Schweregrades der Pneumonie sowie für die Behandlungsstrategie und die Risikoabschätzung von hoher Bedeutung.
- Der Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) misst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten festgelegte klinische Stabilitätskriterien bis zum Zeitpunkt der Entlassung (darunter fallen auch Verlegungen) bestimmt wurden. Dazu gehören u. a. Herzfrequenz und Körpertemperatur. Auf diese Weise kann der Therapieerfolg beurteilt und sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten stabil genug für die Entlassung sind, um das Letalitätsrisiko zu senken und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Therapeutische Maßnahmen werden über zwei Prozessindikatoren erfasst:

- Der Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) erfasst alle Patientinnen und Patienten, bei denen u. a. zur Verbesserung der Lungenfunktion und zur Vermeidung von Komplikationen eine Mobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde.
- Der Indikator „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) misst das Verabreichen von Antibiotika innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme. Eine frühzeitige Behandlung mit Antibiotika ist entscheidend für einen schnellen Behandlungserfolg bei einer Pneumonie.

Mithilfe eines risikoadjustierten Qualitätsindikators sowie einer nicht risikoadjustierten Kennzahl zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts (IDs 50778 und 231900) wird die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung gemessen.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QS-Dokumentation	2024
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2024
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2024
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2024
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2024
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	QS-Dokumentation	2024
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS CAP sind 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit definiert.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – 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	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 811822 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten eine chronische Bettlägerigkeit angegeben wurde. Fälle von Patientinnen und Patienten mit chronischer Bettlägerigkeit sollen nicht in den Indikator zur Frühmobilisation (ID 2013) eingehen. Eine Überdokumentation der chronischen Bettlägerigkeit würde entsprechend zu einer geringeren Validität in diesem Indikator zur Frühmobilisation führen.

Mithilfe des Auffälligkeitskriteriums 811826 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten eine Atemfrequenz von 30 oder mehr Atemzügen pro Minute dokumentiert wurde. Die Atemfrequenz wird u. a. für die Risikoadjustierung des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) erfasst. Wird in über 20 % der Fälle (= Referenzbereich) eine Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute dokumentiert, wird dies als unplausibel betrachtet.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 851900 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten kurz vor dem Versterben eine palliative Therapiezielsetzung dokumentiert wurde. Diese Fälle werden aus den drei Prozessindikatoren zur frühen antibiotischen Therapie, zur Frühmobilisation und zur vollständigen Bestimmung der Stabilitätskriterien (IDs 2009, 2013 und 2028) sowie aus dem risikoadjustierten Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringerergebnisse haben.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der gelieferten Datensätze liegt etwas über der Anzahl der erwarteten Datensätze. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden zum Auswertungsjahr 2025 mehr Datensätze übermittelt, bei vergleichbarer Vollständigkeit.

Der Anstieg der Datensätze von ca. 17 % im Vergleich zum Vorjahr ist zum einen zu erklären mit einer Versiebenfachung der Fälle von Pneumonien, die durch Mykoplasmen verursacht werden, und zum anderen mit einer Verdoppelung der Fallzahlen der mit Grippe assoziierten Pneumonien (mit Nachweis eines saisonalen Influenzavirus). Weiterhin kam es 2024 möglicherweise auch zu einem Anstieg von Pneumonien, die bei einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt innerhalb von 28 Tagen erworben wurden. Diese Pneumonien können seit einer Anpassung von ICD-Kodes im Katalog des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Jahr 2023 nicht mehr aus dem Verfahren QS CAP ausgeschlossen werden.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - CAP

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

Für das Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung nach dem Auswertungsstandort. Dabei ist der Auswertungsstandort der aufnehmende Standort.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Prozessindikatoren unterscheiden sich trotz der stark gestiegenen Fallzahlen nur geringfügig von den Bundesergebnissen des Vorjahres und sind weiterhin auf einem stabilen und hohen Niveau. Die Stabilität der Indikatoren- und Kennzahlergebnisse deutet auf eine insgesamt gute Versorgungsqualität hin – auch unter Einbezug der nosokomialen Pneumonien aus einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt.

Die Bundesergebnisse des Ergebnisindikators zur Sterblichkeit (ID 50778) und der Transparenz-kennzahl zur Gesamtsterblichkeit (ID 231900) im Krankenhaus sind auffallend geringer als im Auswertungsjahr 2024. In den vorangegangenen Jahren sind Schwankungen in der Mortalitätsrate sichtbar. Vor der COVID-19-Pandemie verstarben etwa 13 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie während des Krankenhausaufenthalts, wobei in dieser Rate Fälle mit palliativer Therapiezielsetzung inkludiert sind. Während der COVID-19-Pandemie stieg die Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus auf ca. 18 % an und liegt im Auswertungsjahr 2025 wieder bei ca. 13 %. Die im Vergleich zum Vorjahr niedrigere Sterblichkeit ist vor dem Hintergrund einer niedrigeren Sterblichkeitsrate bei durch Mykoplasmen ausgelösten Pneumonien im Jahr 2024 plausibel und auch durch die Anpassung des ICD-Katalogs erklärbar. Außerdem haben sich die Fallzahlen der unter 30-jährigen Patientinnen und Patienten verdreifacht, welche aufgrund des jungen Alters und weniger Komorbiditäten eine geringere Sterblichkeit aufweisen. Ein Teil der Schwankung bei der Sterblichkeit lässt sich jedoch, auch nach Konsultation des Expertengremiums auf Bundesebene, nicht hinreichend erklären.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	98,94 % O = 330.129 N = 333.649	98,92 % O = 386.268 N = 390.484 (Nicht definiert)	vergleichbar
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	98,99 % O = 314.675 N = 317.891	98,98 % O = 369.852 N = 373.675	vergleichbar
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	98,07 % O = 15.454 N = 15.758	97,66 % O = 16.416 N = 16.809	vergleichbar
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	93,83 % O = 207.243 N = 220.872	94,05 % O = 275.223 N = 292.636 (Nicht definiert)	vergleichbar
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	92,88 % O = 151.953 N = 163.602	93,18 % O = 170.721 N = 183.209 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	96,00 % O = 231.557 N = 241.210	96,90 % O = 285.683 N = 294.808 (Nicht definiert)	vergleichbar
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	98,51 % O = 227.855 N = 231.292	98,43 % O = 280.971 N = 285.464	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,02 O/E = 21.461 / 21.123,67 7,52 % O/N = 21.461 / 285.505	0,88 O/E = 19.496 / 22.186,79 5,72 % O/N = 19.496 / 340.975 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	15,88 % O = 52.984 N = 333.649	13,16 % O = 51.407 N = 390.484	vergleichbar
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,49 % O = 315.019 N = 326.472	97,01 % O = 371.511 N = 382.969 (Nicht definiert)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 5: QI 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,02 % O = 268.624 N = 271.285	98,94 % O = 330.129 N = 333.649	98,92 % O = 386.268 N = 390.484
rechnerische Auffälligkeiten	51 von 1.338 3,81 %	44 von 1.322 3,33 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 51 (9,80 %)	5 / 44 (11,36 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.338 (0,37 %)	5 / 1.322 (0,38 %)	n. a.

Die frühzeitige Messung der Sauerstoffsättigung des Blutes liefert Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen frühzeitig eine erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie durchgeführt wird, soll hoch sein.

Das Bundesergebnis ist auf einem ähnlich hohen Niveau wie in den beiden Vorjahren. Die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse ist bei gleicher Anzahl qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse leicht zurückgegangen (Tabelle 5). Es wurden 22 Stellungnahmeverfahren geführt, bei denen 5 Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft wurden. Als Begründungen hierzu wurden verschiedene Dokumentations- sowie Struktur- und Prozessmängel genannt, wie z. B. die mangelnde Erfassung auf den QS-Dokumentationsbögen oder die bisher fehlende Etablierung der Blutgasanalyse/Pulsoxymetrie. Bei 8 (36 %) der geführten Stellungnahmen wurde angegeben, dass eine Bewertung aufgrund unzureichender oder falscher Dokumentation nicht möglich war. Die Nichteinleitung des Stellungnahmeverfahrens wurde vor allem damit begründet, dass es sich nur um eine geringe Abweichung vom Referenzwert oder um Einzelfälle handelte.

Tabelle 6: QI 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	93,08 % O = 135.629 N = 145.705	93,83 % O = 207.243 N = 220.872	94,05 % O = 275.223 N = 292.636
rechnerische Auffälligkeiten	276 von 1.287 21,45 %	221 von 1.281 17,25 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	59 / 276 (21,38 %)	56 / 221 (25,34 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	59 / 1.287 (4,58 %)	56 / 1.281 (4,37 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator bildet die Gabe einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten acht Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus ab. Mit der frühzeitigen Gabe eines Antibiotikums kann ein schnellerer Behandlungserfolg erzielt werden. Das Ergebnis des Indikators sollte daher möglichst hoch sein.

Das Bundesergebnis dieses Indikators ist das dritte Jahr in Folge gestiegen. Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich geringer. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnisse ist ebenfalls zurückgegangen, wenn auch weniger deutlich (Tabelle 6). Es wurden 134 Stellungnahmeverfahren mit Leistungserbringern geführt und abgeschlossen. 56 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig eingestuft. Als Begründungen wurden vor allem eine verzögerte Diagnosestellung, eine nicht rechtzeitige Antibiose sowie Kodier- und Dokumentationsprobleme genannt. Die Nichteinleitung eines Stellungnahmeverfahrens wurde mit einer geringen Abweichung vom Referenzwert sowie mit Einzelfällen begründet (siehe auch Indikator 2005). Die Einstufung als qualitativ unauffällig wurde zumeist mit Einzelfällen, Virus-pneumonien oder „besonderem Patientenkontext“ begründet.

Tabelle 7: QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	92,79 % O = 117.888 N = 127.047	92,88 % O = 151.953 N = 163.602	93,18 % O = 170.721 N = 183.209
rechnerische Auffälligkeiten	260 von 1.291 20,14 %	252 von 1.275 19,76 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	44 / 260 (16,92 %)	47 / 252 (18,65 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	44 / 1.291 (3,41 %)	47 / 1.275 (3,69 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert eine frühzeitige Mobilisation von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt länger als einem Tag. Als klinisch stabil gelten Betroffene, die gemäß dem CRB-65-Score in die Risikoklasse 1 und 2 fallen. Folgende Kriterien sind Bestandteil des CRB-65 Score:

- pneumoniebedingte Desorientierung (*mental confusion*)
- spontane Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (*respiratory rate*)
- Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (*blood pressure*)
- Alter ≥ 65 Jahre

Die Eingruppierung der Betroffenen erfolgt in drei Risikoklassen:

- Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65
- Risikoklasse 2 = 1 bis 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65
- Risikoklasse 3 = 3 bis 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65

Eine Mobilisation gilt als ausreichend intensiv und rechtzeitig, wenn sie insgesamt (auch kumulativ) mindestens 20 Minuten dauert und innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme erfolgt. Der Anteil an frühzeitig mobilisierten klinisch stabilen Patientinnen und Patienten soll möglichst hoch sein.

Bei diesem Indikator hat sich das Bundesergebnis im Vergleich zu den Vorjahren weiter verbessert. Der Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse ist leicht zurückgegangen und der Anteil an Ergebnissen, die als qualitativ auffällig bewertet wurden, ist etwas gestiegen (Tabelle 7). Nach den 155 abgeschlossenen Stellungnahmeverfahren wurden 47 Ergebnisse als qualitativ auffällig und 71 als qualitativ unauffällig eingestuft. Weiterhin war bei 30 Ergebnissen eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich (D80). Das entspricht ca. 19 % der geführten Stellungnahmeverfahren. Als Begründung für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vor allem nicht vorgelegte Stellungnahmen, Dokumentationsprobleme, fehlende SOPs, nicht zielführende Maßnahmen sowie keine leitliniengerechte Durchführung der Frühmobilisation von den LAG genannt.

Tabelle 8: QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	95,93 % O = 182.621 N = 190.369	96,00 % O = 231.557 N = 241.210	96,90 % O = 285.683 N = 294.808
rechnerische Auffälligkeiten	285 von 1.308 21,79 %	267 von 1.283 20,81 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	110 / 285 (38,60 %)	97 / 267 (36,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	110 / 1.308 (8,41 %)	97 / 1.283 (7,56 %)	n. a.

Zu den klinischen Stabilitätskriterien bei einer Pneumonie gehören systolischer Blutdruck, Herzfrequenz, spontane Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur und stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme sowie Orientierung bzw. pneumoniebedingte Desorientierung. Der Qualitätsindikator bildet die vollständige Bestimmung dieser Kriterien für alle Patientinnen und Patienten bis zur Entlassung ab. Da es sich um wichtige diagnostische Informationen zur Erfassung des Therapieerfolgs handelt, soll das Ergebnis des Indikators möglichst hoch sein.

Der Bundeswert liegt im Auswertungsjahr 2025 bei knapp 97 % und damit erneut über dem des Vorjahres. Von den eingeleiteten Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern konnten 72 % abgeschlossen werden. Von den rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 46,4 % mit dem Verweis auf Struktur- und Prozessmängel (A71) als qualitativ auffällig eingestuft. Hierbei wurden vor allem Dokumentationsprobleme sowie die fehlende Messung der Atemfrequenz in den Begründungen der LAG genannt.

Tabelle 9: QI 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,71 % O = 256.324 N = 265.056	96,49 % O = 315.019 N = 326.472	97,01 % O = 371.511 N = 382.969
rechnerische Auffälligkeiten	264 von 1.331 19,83 %	255 von 1.318 19,35 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	77 / 264 (29,17 %)	82 / 255 (32,16 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	77 / 1.331 (5,79 %)	82 / 1.318 (6,22 %)	n. a.

Eine frühzeitige, das heißt möglichst noch in der Notaufnahme stattfindende, Messung der Atemfrequenz ist für die Bestimmung des Schweregrades der Pneumonie sowie für die Behandlungsstrategie und die Risikoabschätzung von hoher Bedeutung. Der Qualitätsindikator bildet die umgehende Bestimmung der Atemfrequenz für alle bei Aufnahme nicht maschinell beatmeten Patientinnen und Patienten bei der Erstaufnahmeuntersuchung im Krankenhaus ab. Das Ergebnis des Indikators sollte möglichst hoch sein.

Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2025 ist im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht angestiegen und liegt insgesamt weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer ist ähnlich zum Vorjahr, wohingegen die Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten um ca. 3 % gestiegen ist (Tabelle 9). Bei 79 der 82 als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnissen wurden Struktur- und Prozessmängel (A71) als Begründungen angegeben, vor allem Dokumentationsprobleme sowie nicht durchgeführte Atemfrequenzmessungen. Weitere 38-mal, das entspricht 20,5 % der geführten Stellungnahmeverfahren, war eine Bewertung wegen gravierender Dokumentationsfehler (D80) nicht möglich.

Tabelle 10: QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,17 O/E = 20.927 / 17.901,26 9,09 % O/N = 20.927 / 230.113	1,02 O/E = 21.461 / 21.123,67 7,52 % O/N = 21.461 / 285.505	0,88 O/E = 19.496 / 22.186,79 5,72 % O/N = 19.496 / 340.975
rechnerische Auffälligkeiten	80 von 1.312 6,10 %	95 von 1.319 7,20 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 80 (12,50 %)	10 / 95 (10,53 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.312 (0,76 %)	10 / 1.319 (0,76 %)	n. a.

In diesem Indikator werden die Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer ambulant erworbenen Pneumonie im Krankenhaus verstorben sind. Das Ergebnis des Indikators sollte möglichst gering sein. Der Indikator ist 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 den betrachteten Endpunkt nachgewiesen werden können. Eine vollständige Liste der Risikofaktoren und deren Gewichtung ist den endgültigen Rechenregeln (AJ 2025) zu entnehmen. Das Ergebnis wird als O/E-Wert (*observed/expected*) berechnet.

Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Ergebnis bei 0,88. Dies bedeutet, es ist um 12 % geringer, als anhand der Vorjahresdaten zu erwarten gewesen ist. Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigt, dass die durch Mykoplasmen verursachten Pneumonien, welche im Jahr 2024 stark gehäuft aufgetreten sind, mit einer geringeren Sterblichkeit in Verbindung stehen. Zudem ist der Anteil der unter 30-jährigen Patientinnen und Patienten im Auswertungsjahr 2025 deutlich höher. Aufgrund des jungen Alters und der meist geringeren Anzahl und Schwere der Komorbiditäten weist dieses Patientenkontingent eine geringere Sterblichkeit auf. Der höhere Anteil junger Menschen korreliert mit dem ebenfalls gestiegenen Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem CRB-65-Score = 0 und dem gleichzeitigen Rückgang des Anteils von Patientinnen und Patienten mit CRB-65-Score von 1-4. Jedoch habe es auch in der Vergangenheit große Schwankungen im Ergebnis dieses Indikators gegeben, welche nicht vollends erklärt werden konnten. Damit ist die Interpretierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

Die Anzahl der rechnerisch und qualitativ auffälligen Leistungserbringer hat sich zum Vorjahr nicht verändert. Etwas mehr als die Hälfte der Stellungnahmeverfahren wurde mit der Bewertung „qualitativ unauffällig“ abgeschlossen (37 von 63). Davon wurde 25-mal auf Einzelfälle (U62) verwiesen. Begründungen von den LAG liegen dazu nicht vor. Bei den qualitativ auffälligen Ergebnissen wurden von den LAG häufig Empfehlungen zur Schulung in den Ein- und Ausschlusskriterien

des Verfahrens ausgesprochen, mit dem Ziel der Verbesserung der Kodierung zur Vermeidung fälschlich eingeschlossener Fälle.

Tabelle 11: TKez 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,05 % O = 257.959 N = 260.422	98,99 % O = 314.675 N = 317.891	98,98 % O = 369.852 N = 373.675
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 12: TKez 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,18 % O = 10.665 N = 10.863	98,07 % O = 15.454 N = 15.758	97,66 % O = 16.416 N = 16.809
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Diese Transparenzkennzahlen stellen Strata des Qualitätsindikators „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (ID 2005) dar. Die Transparenzkennzahl „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (ID 2006) gibt dabei an, wie häufig eine erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme bei Patientinnen und Patienten durchgeführt wurde, die nicht aus einem anderen Krankenhaus verlegt wurden. Die Transparenzkennzahl „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)“ (ID 2007) inkludiert dagegen Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden.

Die Bundesergebnisse sind bei steigender Grundgesamtheit in beiden Transparenzkennzahlen weiterhin auf einem nahezu identisch hohen Niveau.

Tabelle 13: TKez 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,69 % O = 180.042 N = 182.424	98,51 % O = 227.855 N = 231.292	98,43 % O = 280.971 N = 285.464
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Diese Transparenzkennzahl ist ein Stratum des Qualitätsindikators „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028). Sie gibt die Anzahl der Fälle an, bei denen die Mindestanforderungen der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung erreicht waren. Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl liegt trotz der steigenden Fallzahl in der Grundgesamtheit weiterhin stabil auf einem sehr hohen Niveau.

Tabelle 14: TKez 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	18,28 % O = 49.593 N = 271.285	15,88 % O = 52.984 N = 333.649	13,16 % O = 51.407 N = 390.484
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Mit dieser Transparenzkennzahl wird die Anzahl aller im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten ohne patientenbezogene Risikoadjustierung gemessen. Das Ergebnis wird ratenbasiert berechnet und ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken. Eine Möglichkeit hierfür könnte in der deutlich gestiegenen Anzahl von Mykoplasmen-Pneumonien liegen, welche eine geringere Sterblichkeitsrate vorweisen. Ein Teil der Schwankung bei der Sterblichkeit lässt sich jedoch nicht hinreichend erklären. Diese Einschätzungen wurden auch durch das Expertengremium auf Bundesebene bestätigt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Bei den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ist das Bundesergebnis niedriger als im Vorjahr. Die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse ist dabei bei den Auffälligkeitskriterien „Angabe von chronischer Bettlägerigkeit“ (ID 811822) und „Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben“ (ID 851900) auffallend zurückgegangen (siehe Tabelle 17 und Tabelle 19). Das Auffälligkeitskriterium 811822 hat Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) und „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778).

Im Auswertungsjahr 2025 gab es im Auffälligkeitskriterium 811822 bei 12.744 Zählerfällen 5 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Leistungserbringern, von denen 3 bereits im Auswertungsjahr 2024 rechnerische Auffälligkeiten aufwiesen. Wiederholte Auffälligkeiten in diesem Auffälligkeitskriterium können auch mit dem spezifischen Patientenkollektiv der betroffenen Kliniken zusammenhängen.

Das Auffälligkeitskriterium „Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben“ (ID 851900) hat einen Bezug zu den Indikatoren zur frühen antimikrobiellen Therapie nach Aufnahme (ID 2009), zur Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013), zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028) und zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778). Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse ist von 10 (AJ 2023) auf 5 (AJ 2024) zurückgegangen. Im Auswertungsjahr 2025 sind ebenfalls 5 rechnerisch auffällige Ergebnisse zu verzeichnen. Die Anzahl im Zähler und Nenner ist dabei über die letzten beiden Jahre stabil geblieben.

Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4,48 % 12.744/284.625 (≤ 20,00 %)
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	6,54 % 22.029/337.055 (≤ 16,39 %; 97. Perzentil)
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	14,06 % 2.755/19.590 (≤ 50,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,69 % 390.971/388.275 (≥ 95,00 %)
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,69 % 390.971/388.275 (≤ 110,00 %)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,13 % 487/388.275 (≤ 5,00 %)

Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs- jahr	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	2024	5 von 1.287	0,39	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)	2024	34 von 1.273	2,67	8
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung 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	2024	5 von 1.135	0,44	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	15 von 1.294	1,16	2
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 1.294	0,54	2
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 1.294	0,54	2

2.3.2 Detailergebnisse

Tabelle 17: AK 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	5,27 % O = 9.971 N = 189.173	5,21 % O = 12.210 N = 234.355	4,48 % O = 12.744 N = 284.625
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 1.319 0,61 %	9 von 1.311 0,69 %	5 von 1.287 0,39 % (Refbereich: ≤ 20,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 8 (25,00 %)	4 / 9 (44,44 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.319 (0,15 %)	4 / 1.311 (0,31 %)	n. a.

Fälle von Patienten und Patientinnen, die chronisch bettlägerig sind, werden aus dem Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) ausgeschlossen. Außerdem wird chronische Bettlägerigkeit als Risikofaktor für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) geführt. Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums wird geprüft, ob eine unplausibel hohe Anzahl solcher Fälle dokumentiert wurde. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 20 % und ein Leistungserbringer muss mindestens 20 Fälle im Nenner haben.

Zu 5 Leistungserbringern wurde im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ermittelt. Dies entspricht 0,39 % der Leistungserbringer. Trotz des erneut hohen Fallzahlenanstiegs im Zähler und Nenner des Auffälligkeitskriteriums ist dieses Ergebnis deutlich geringer als im Vorjahr (Tabelle 17). Dies harmoniert mit dem in der Basisauswertung der Bundesauswertung angegebenen Anteil der Patientinnen und Patienten mit chronischer Bettlägerigkeit. Dieser ist im Vergleich zum Vorjahr von 15,50 % auf 14,06 % gesunken. Im Rahmen der 8 geführten Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 4 Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Das sind bei etwa gleichgebliebener Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse doppelt so viele wie im Vorjahr. Davon wurde bei 3 Ergebnissen eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt und bei einem Ergebnis keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Tabelle 18: AK 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	8,30 % O = 14.230 N = 171.489	7,45 % O = 19.414 N = 260.729	6,54 % O = 22.029 N = 337.055
rechnerische Auffälligkeiten	34 von 1.293 2,63 %	34 von 1.293 2,63 %	34 von 1.273 2,67 % (Refbereich: $\leq 16,39$ %; 97. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 34 (14,71 %)	6 / 34 (17,65 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.293 (0,39 %)	6 / 1.293 (0,46 %)	n. a.

Die Atemfrequenz ist ein Parameter, der Aufschlüsse über die Schwere der Erkrankung gibt und folglich auch für den Verlauf der Erkrankung und für Behandlungsentscheidungen von Bedeutung ist. Dieser Wert wird daher auch für die Risikoadjustierung des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) herangezogen. Wird für mehr als 5 % der Fälle eine Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute dokumentiert, wird ein Leistungserbringer rechnerisch auffällig. Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums sollte möglichst gering sein.

Das Bundesergebnis ist im Auswertungsjahr 2025 erneut gesunken (Tabelle 18). Zu den 34 rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2024 wurden 24 Stellungnahmen mit Leistungserbringern geführt, wovon 17 mit der Bewertung als qualitativ unauffällig abgeschlossen wurden, da eine korrekte Dokumentation bestätigt werden konnte (U60). Bei 5 der 6 als qualitativ auffällig eingestuften rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A70).

Tabelle 19: AK 851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	12,92 % O = 2.335 N = 18.079	14,33 % O = 2.803 N = 19.561	14,06 % O = 2.755 N = 19.590
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 1.168 0,86 %	5 von 1.155 0,43 %	5 von 1.135 0,44 % (Refbereich: $\leq 50,00$ %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 (20,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.168 (0,17 %)	1 / 1.155 (0,09 %)	n. a.

Wird ein Therapieverzicht aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung in über 50 % der Fälle im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert, kann dies ein Hinweis auf Fehldokumentationen sein. Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus den Prozessindikatoren zur frühen antibiotischen Therapie nach Aufnahme (ID 2009), zur Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013) und zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028) sowie aus dem Sterblichkeitsindikator (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend relevanten Einfluss auf die Einrichtungsergebnisse haben. Die Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums sollten möglichst niedrig sein.

Nach einem Anstieg im Auswertungsjahr 2024 liegt das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2025 wieder etwas niedriger, jedoch noch deutlich höher als im Auswertungsjahr 2023 (Tabelle 19). Das Ergebnis eines Leistungserbringers ist rechnerisch auffällig, wenn über 4 Fälle im Nenner vorliegen und zu über der Hälfte der Fälle (Referenzbereich $\geq 50\%$) ein Therapieverzicht kurz vor Versterben dokumentiert wurde. Es gab im Auswertungsjahr 2025, genau wie im Auswertungsjahr 2024, 5 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis. 3 Stellungnahmeverfahren wurden geführt und bei einem Leistungserbringer wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt und das Ergebnis folglich als qualitativ auffällig eingestuft.

Tabelle 20: AK 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,32 % O = 271.548 N = 268.013	101,11 % O = 334.062 N = 330.404	100,69 % O = 390.971 N = 388.275
rechnerische Auffälligkeiten	16 von 1.348 1,19 %	19 von 1.314 1,45 %	15 von 1.294 1,16 % (Refbereich: $\geq 95,00\%$)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 16 (43,75 %)	13 / 19 (68,42 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 1.348 (0,52 %)	13 / 1.314 (0,99 %)	n. a.

Tabelle 21: AK 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,32 % O = 271.548 N = 268.013	101,11 % O = 334.062 N = 330.404	100,69 % O = 390.971 N = 388.275
rechnerische Auffälligkeiten	36 von 1.348 2,67 %	11 von 1.314 0,84 %	7 von 1.294 0,54 % (Refbereich: $\leq 110,00\%$)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	27 / 36 (75,00 %)	5 / 11 (45,45 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	27 / 1.348 (2,00 %)	5 / 1.314 (0,38 %)	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien 850101 und 850102 zielen darauf ab, eine mögliche Unter- bzw. Überdokumentation abzubilden. Die Dokumentationsrate wird ermittelt, indem die Anzahl der Fälle, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird.

Eine Unter- oder Überdokumentation kann Auswirkung auf Ebene der Indikatorenergebnisse haben, daher sollte das Ergebnis der Auffälligkeitskriterien möglichst über 95 % bzw. unter 110 % liegen. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens können mögliche Ursachen für eine Unterdokumentation identifiziert und Optimierungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Die Bundesergebnisse beider Auffälligkeitskriterien liegen bei 100,69 %. Dieses Ergebnis zeigt, dass bundesweit keine Über- oder Unterdokumentation von systemischer Relevanz vorhanden ist. Die rechnerischen Auffälligkeiten sind im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation vom Auswertungsjahr 2023 zum Auswertungsjahr 2024 deutlich zurückgegangen und haben sich im Auswertungsjahr 2025 noch einmal verringert. Die Anzahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse liegt nach 27 im Auswertungsjahr 2023 bei 5 im Auswertungsjahr 2024. Bei 9 geführten Stellungnahmeverfahren wurde insgesamt 3-mal die Bewertung „S99 – Sonstiges“ mit der Angabe von Softwareproblemen begründet.

Im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation zeigt sich eine gegenteilige Entwicklung: Die Zahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse hat sich im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 von 7 auf 13 erhöht. Auch in diesem Auffälligkeitskriterium wurden in den Begründungen der LAG zur Bewertung „S99- Sonstiges“ Softwareprobleme genannt.

Tabelle 22: AK 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,10 % 0 = 263 N = 268.013	0,12 % 0 = 413 N = 330.404	0,13 % 0 = 487 N = 388.275
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 1.348 0,37 %	5 von 1.314 0,38 %	7 von 1.294 0,54 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.348 (0,07 %)	1 / 1.314 (0,08 %)	n. a.

Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden. Gemeint sind Patientinnen und Patienten, die in eine Reha-Einrichtung verlegt wurden, in welcher dann die Diagnose (der zu dem Zeitpunkt bereits ausgeheilten) Pneumonie als Hauptdiagnose angegeben wurde.

Diese Fälle werden im Verfahren nicht betrachtet und mittels des Auffälligkeitskriteriums 850229 wird geprüft, ob eine unplausible Anzahl an Minimaldatensätzen angegeben wurde. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 5,00 % und die Ergebnisse zum AJ 2024 zeigen, dass genau wie im AJ 2023 5 Leistungserbringer über 5 % ihrer Datensätze als MDS angegeben haben. Es wurden bei 5 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern 4 Stellungnahmeverfahren geführt, wovon bei einem Leistungserbringer die fehlerhafte Dokumentation bestätigt und das Ergebnis als qualitativ auffällig gewertet wurde. Bei den als qualitativ unauffällig eingestuften Leistungserbringern wurden einmal Kodierfehler angegeben, und zu den anderen beiden Leistungserbringern liegen dem IQTIG keine weiteren Informationen vor. Im Auswertungsjahr 2025 gibt es 7 rechnerisch auffällige Leistungserbringer, dies entspricht 0,54 %. Das Bundesergebnis liegt damit leicht über dem der beiden Vorjahre (AJ 2023: 0,37 %, AJ 2024: 0,38 %). Aufgrund der stark gestiegenen Anzahl in der Grundgesamtheit (plus ca. 60.000 Fälle) geht das IQTIG nicht von einem qualitativen Defizit aus.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungs- jahr 2023		Auswertungs- jahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.867	-	7.798	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.867	100,00	7.798	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.216	15,46	1.134	14,54
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.216	100,00	1.134	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.216	100,00	1.134	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	303	24,92	380	33,51
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	913	75,08	754	66,49
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	913	100,00	754	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	0,77	13	1,72
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	0,77	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	451	37,09	298	26,28
Bewertung als qualitativ auffällig	305	25,08	297	26,19
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	124	10,20	132	11,64
Sonstiges	33	2,71	27	2,38

	Auswertungs- jahr 2023		Auswertungs- jahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	144	n. a.	127	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren QS CAP hat sich die Anzahl der Indikatorenergebnisse von 7.867 im Auswertungsjahr 2023 zu 7.798 im Auswertungsjahr 2024 nicht wesentlich verändert. Der Anteil rechnerisch auffälliger Indikatorenergebnisse ist im Vergleich leicht gesunken – von 15,46 % auf 14,54 %. Eine Bewertung als qualitativ unauffällig wurde deutlich weniger vergeben als im Vorjahr (– 9 %). Gleichzeitig hat sich der Anteil der Bewertung als qualitativ auffällig nicht erhöht, dafür aber die Anzahl der nicht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren (AJ 2023: rund 25 %, AJ 2024: rund 34 %). Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass sie bei Einzelfällen oder nur geringen Abweichungen vom Referenzbereich auf die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens verzichtet haben.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der wegen schwerwiegenden Dokumentationsfehlern nicht abschließend bewertbaren rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse erhöht. Auf das gesamte Verfahren bezogen stieg der Anteil von 10,20 % auf 11,64 %. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren hat diese Bewertung bis zu 25 % (Indikator 2005) zugenommen.

Die Einstufung „qualitativ auffällig“ wurde im Auswertungsjahr 2024 in etwa gleich häufig wie im Auswertungsjahr 2023 vergeben. Hierin wurden vor allem Struktur- und Prozessmängel (A71) als Begründungen angegeben. Am häufigsten (97-mal) wurde diese Bewertung bei Ergebnissen im Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) vorgenommen. Vor allem eine fehlende Atemfrequenzmessung sowie verschiedene Dokumentationsprobleme und Struktur- bzw. Prozessmängel wurden als Begründung für das Ergebnis von den LAG an das IQTIG übermittelt. Weiterhin wurden im Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) 82 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Dieses Ergebnis harmonisiert mit den Angaben zur fehlenden Atemfrequenzmessung bei Entlassung als Teil der Messung der klinischen Stabilitätskriterien.

Es wurde insgesamt 127-mal die Maßnahmenstufe 1 initiiert. Mit jeweils 26 Ergebnissen waren am häufigsten die Indikatoren „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) und „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) davon betroffen. Im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen in Bezug auf Dokumentationsprobleme werden über alle Indikatoren hinweg Schulungen zur Dokumentation, zu den Ein- und Ausschlusskriterien des Verfahrens oder zur Kodierung empfohlen. Die Anmerkungen der LAG im Qualitätssicherungsbericht (QSEB) zeigen hinsichtlich struktureller Probleme bei den betroffenen Leistungserbringern ein vielfältiges Bild. Zum Teil wurden Atemfrequenzmessungen nicht durchgeführt, Antibiosen verzögert verabreicht, keine leitliniengerechte Frühmobilisation durchgeführt oder es

erfolgte keine Messung bzw. Dokumentation der klinischen Stabilitätskriterien. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 2 wurden nicht eingeleitet.

Das Stellungnahmeverfahren wurde bei rechnerischer Auffälligkeit in ca. 1/3 der Fälle nicht eingeleitet. Begründet wurde dies über alle Qualitätsindikatoren hinweg mit Einzelfällen, einer nur geringen Abweichung vom Referenzwert, einer erstmaligen Abweichung oder mit statistischen, methodischen oder inhaltlichen Gründen. Der Anteil der Bewertung „qualitativ unauffällig“ ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen (-11 Prozentpunkte, Tabelle 23), wobei der Rückgang dieser Bewertung in jedem Qualitätsindikator zu verzeichnen ist (vgl. Bundesqualitätsbericht zum Auswertungsjahr 2024, Tabelle 10). Innerhalb dieser Kategorie wurden Auswertungsjahr 2024 vor allem Einzelfälle (U62) oder vereinzelte Dokumentationsprobleme ohne Hinweise auf Einschränkung der medizinischen Qualität (U63) genannt.

Innerhalb der geführten Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern lag der Anteil der Ergebnisse, bei denen eine Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich war (D80), bei 3 Indikatoren über 20 % (ID 2013: 21,2 %; ID 50772: 22,16 %; ID 50778: 22,22 %) und bei einem Indikator sogar über 30 % (ID 2005: 36 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist diese Bewertung vor allem im Indikator 2005 (+ 25 %) und dem Indikator 2013 (+ 10 %) deutlich häufiger vergeben wurden. Den Begründungen ist zu entnehmen, dass Unklarheiten sowohl bezüglich des zeitlichen Aspekts der Dokumentation (z. B. Erfassung der Stabilitätskriterien auch vor Entlassung) als auch im Prozess in Bezug auf die Übertragung der Informationen in den QS-Bogen bestehen. Aus den Rückmeldungen der LAG geht außerdem hervor, dass Indikatorenergebnisse bei wiederholter Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentation zukünftig als qualitativ auffällig eingestuft würden.

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
313	192	132	150	41	21

Der Anteil von Leistungserbringern mit mehr als 2 rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zu anderen QS-Verfahren relativ hoch. Gleichzeitig sind die rechnerischen Auffälligkeiten der Prozessindikatoren vor dem Hintergrund der in der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung festgestellten Einschränkungen der Eignungskriterien der Indikatoren eingeschränkt valide. Allerdings werden relativ viele Indikatorenergebnisse im Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet. Auch der Anteil an Leistungserbringern mit mehreren qualitativen Auffälligkeiten ist vergleichsweise hoch. Dies wertet das IQTIG als Hinweis darauf, dass weiterhin ein Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie besteht. Aufgrund der methodischen Einschränkungen der Prozessindikatoren kann dieses Defizit jedoch nicht ausreichend gut gemessen werden. Dieses Verbesserungspotenzial wird künftig über einen sozialdatenbasierten Indikator zur Sterblichkeit adressiert.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.852	100,00	7.753	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	109	1,39	83	1,07
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	109	100,00	83	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	22,94	17	20,48
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	84	77,06	66	79,52
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	84	100,00	66	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	35	32,11	30	36,14
Bewertung als qualitativ auffällig	44	40,37	30	36,14
Sonstiges	5	4,59	6	7,23
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	8	n. a.	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Insgesamt ist im Verfahren QS CAP die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien und auch der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren geringer als im Vorjahr. Die Bewertungen „qualitativ auffällig“ und „qualitativ unauffällig“ sind jeweils gleich häufig vergeben worden (36,14 %). Nicht eingeleitete Stellungnahmeverfahren wurden vor allem damit begründet,

dass die entsprechende Einrichtung geschlossen ist oder dass es sich um eine erstmalige geringfügige Abweichung handelt. Als Begründungen für Bewertungen als qualitativ auffällig wurden nicht vorgelegte Stellungnahmen trotz wiederholter Aufforderung genannt. Die meisten (n = 12) qualitativ auffälligen Ergebnisse gab es im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850101)

In 6 Fällen wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „Sonstiges“ abgeschlossen. Diese Bewertung wurde vorrangig mit Software- oder IT-Problemen begründet.

Qualitativ unauffällige Ergebnisse wurden vor allem mit einer bestätigten korrekten Dokumentation (U60) sowie in einem Fall mit einer Fehlkodierung von Minimaldatensätzen begründet.

In 3 Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 zur Verbesserung des festgestellten Defizits initiiert. 2 davon betrifft das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation und ein Ergebnis bezieht sich auf das Auffälligkeitskriterium „Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben“. Die Maßnahmen bestehen in Zielvereinbarungen zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials.

Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht eingeleitet.

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
77	3	0	28	1	0

Leistungserbringer mit einer rechnerischen oder qualitativen Auffälligkeit in Auffälligkeitskriterien haben in der Regel keine mehrfachen Auffälligkeiten. Die meisten Auffälligkeiten sowohl rechnerisch als auch qualitativ liegen im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme““ (ID 811826) vor.

4 Evaluation

Die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung festgestellten Einschränkungen der Eignungskriterien bei der Mehrheit der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen resultierte in der Entscheidung des G-BA, das Verfahren im Erfassungsjahr 2026 auszusetzen und ab dem Erfassungsjahr 2027 ausschließlich mit dem sozialdatenbasierten Qualitätsindikator zur Sterblichkeit fortzusetzen. In den Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 zeigten sich bei den prozessbezogenen Qualitätsindikatoren häufig schwerwiegende Dokumentationsprobleme, die eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten seitens der LAG nicht möglich machten. Bei einigen Qualitätsindikatoren lag der Anteil dieser Bewertung bei über 20 %. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den festgestellten Einschränkungen der Eignungskriterien. So wurde zum Beispiel im Rahmen der Evaluationsbefragung zurückgemeldet, dass die Definition der Bettlägerigkeit zu ungenau sei.

Die Anzahl der insgesamt übermittelten Fälle im Verfahren *QS CAP* ist erneut stark gestiegen. Diese Gesamtfallzahl bleibt auch zukünftig für den Indikator zur Sterblichkeit relevant. Daher wurden im Rahmen der Sitzung mit dem Expertengremium auf Bundesebene mögliche Hintergründe diskutiert. Ein Teil lässt sich mit dem deutlichen Anstieg von grippeassoziierten Pneumonien sowie von Mykoplasmen-Pneumonien erklären. Ein weiterer Aspekt, der zum Fallzahlenanstieg beigetragen hat, ist nach Einschätzung des Expertengremiums – wie im Vorjahr – durch die Änderungen an den Diagnosekodes (U-Kodes der ICD) bedingt. Infolge der Anpassung wird ein nicht bestimmbarer Anteil nosokomialer Pneumonien im Verfahren eingeschlossen. Dass die Indikatorergebnisse dennoch auf einem hohen Niveau liegen, ist ein Hinweis darauf, dass die abgefragten Prozesse unabhängig von der Art der Pneumonie gut in die Klinikprozesse implementiert sind.

Das Verfahren *QS CAP* soll qualitätsrelevante Aspekte zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die 6 Qualitätsindikatoren verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Verringerung der Sterblichkeit

Eine Herausforderung wird die Entwicklung der Risikoadjustierung auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen sein, da sich die bisher verwendeten Risikofaktoren, die mittels Datenfeldern im QS-Bogen abgefragt wurden, nicht eins zu eins in eindeutige ICD-Kodes übersetzen lassen und Codes, die nicht abrechnungsrelevant sind, aber für die Risikoadjustierung eine Rolle spielen, nicht zuverlässig kodiert werden. Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene wurden einzelne Ideen zur Umsetzung diskutiert. Darunter fiel zum Beispiel die Erfassung der Bettlägerigkeit mittels Abrechnungskodes zur palliativen Komplexbehandlung. Außerdem betonte das Expertengremium auf Bundesebene, dass vor allem ohne die Informationen aus den Prozessindikatoren die Hintergründe für die Ergebnisse oder auch mögliche Schwankungen in den Ergebnissen des Sterblichkeitsindikators schwierig zu verstehen seien.

5 Ausblick

Das Verfahren QS CAP wird nach Beschluss des G-BA zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt. Zum Erfassungsjahr 2027 wird das Verfahren mit einem Qualitätsindikator, der die Sterblichkeit erfassen soll, basierend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen wiedereingeführt. Hintergrund für diesen Beschluss war zum einen die Prüfung zur Reduktion des Aufwandes und zum anderen die Ergebnisse der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, bei welcher das gesamte Indikatorenset hinsichtlich seiner Eignung für die Qualitätssicherung anhand definierter Kriterien (Eignungskriterien) geprüft wurde. Die Prozessindikatoren erfüllten einige Eignungskriterien nicht, sodass die Datenqualität im Verfahren QS CAP maßgebliche Einschränkungen aufweist und das IQTIG folglich die Abschaffung dieser Indikatoren empfohlen hatte. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens soll es auch zukünftig möglich sein, die Gründe der auffälligen Ergebnisse im Indikator zur Sterblichkeit ermitteln zu können, sodass die Ziele des QS-Verfahrens zur Verbesserung der Prozessqualität und zur Verringerung der Sterblichkeit weiterhin adressiert werden können. Im Mai 2025 wurde das IQTIG mit der hierfür notwendigen Sozialdatenspezifikation beauftragt, die im Januar 2026 an den G-BA übermittelt werden wird.