



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

# Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 21. Oktober 2022

---

## Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340

Telefax: (030) 58 58 26-341

[verfahrensupport@iqtig.org](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org/>

## Inhaltsverzeichnis

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

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

## Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt. Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten.
- Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden zudem die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

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

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

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

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

## Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

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

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

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



## Einleitung

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

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

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

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

## Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren ausschließlich auf einer Datenquelle. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquelle:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
  - Datengrundlage nach Standort
  - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennezeichen-Nummer

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

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

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

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

## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

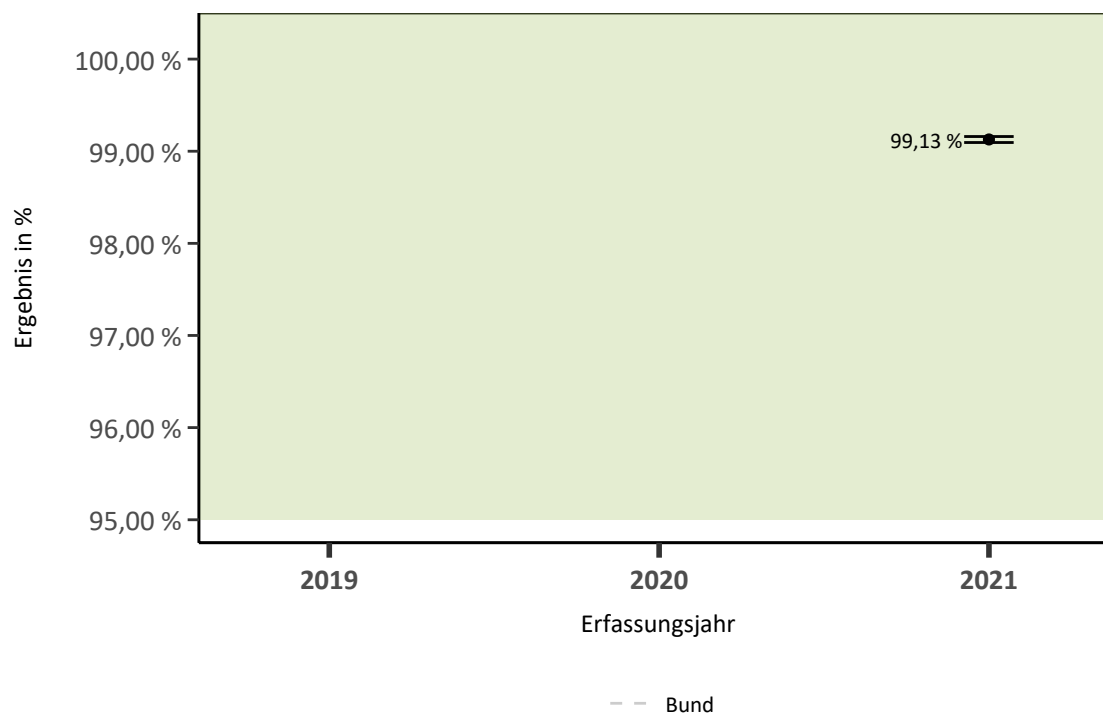
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
---------------	--

### 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

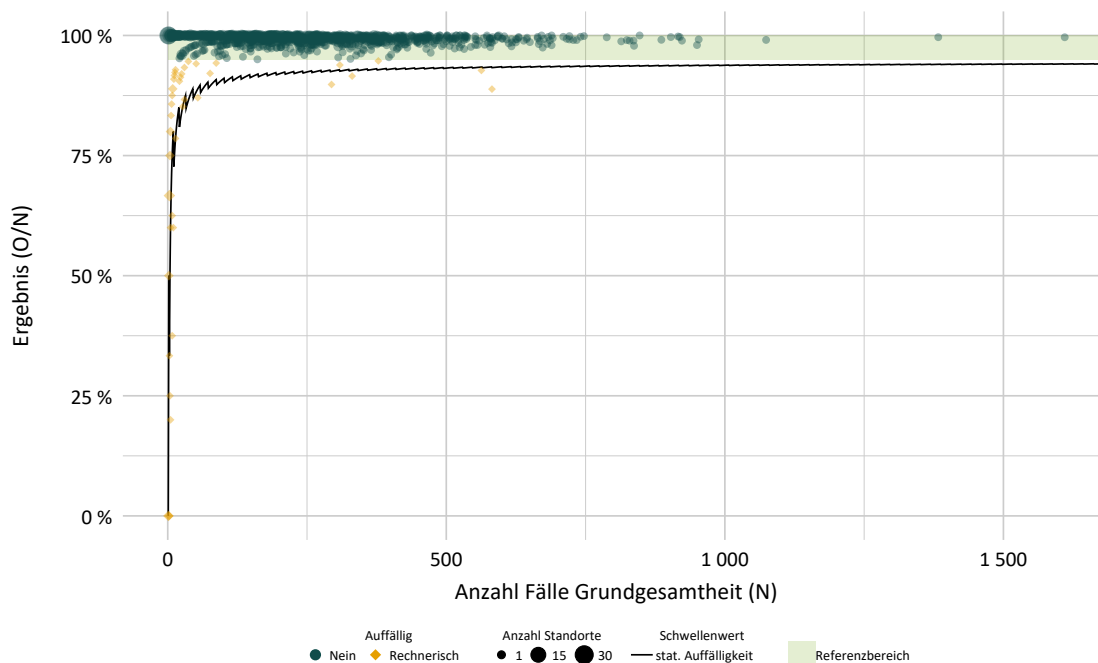
ID	2005
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

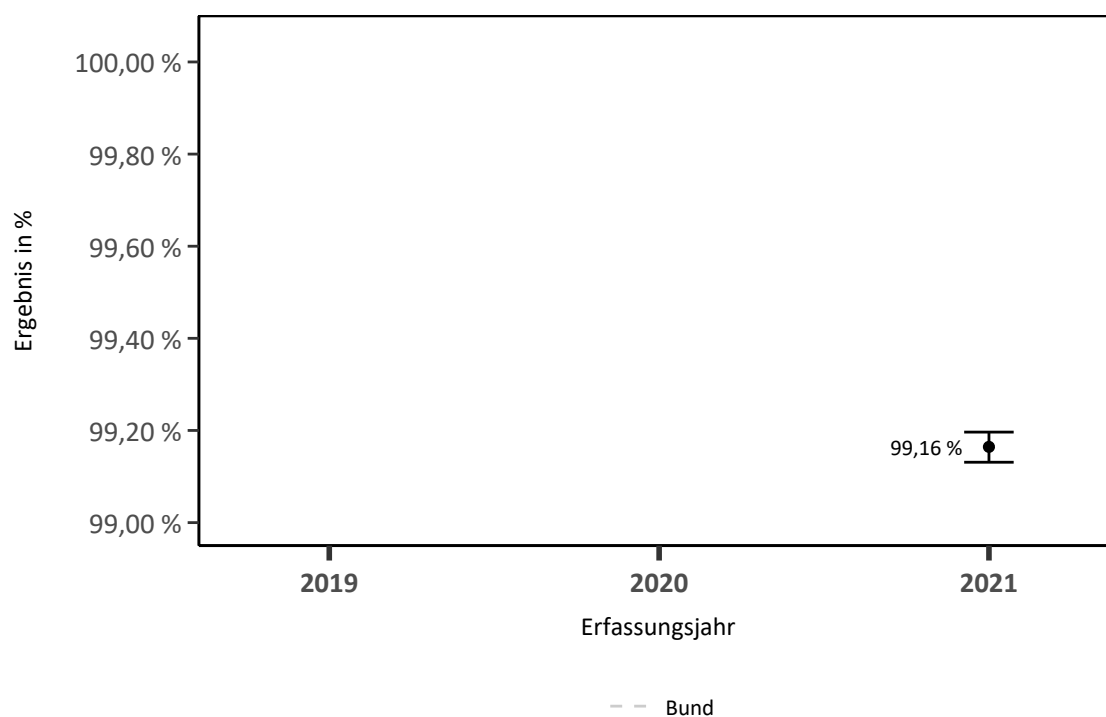
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: - / - 2021: 310.651 / 313.385	2019: - 2020: - 2021: 99,13 %	2019: - 2020: - 2021: 99,09 % - 99,16 %

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

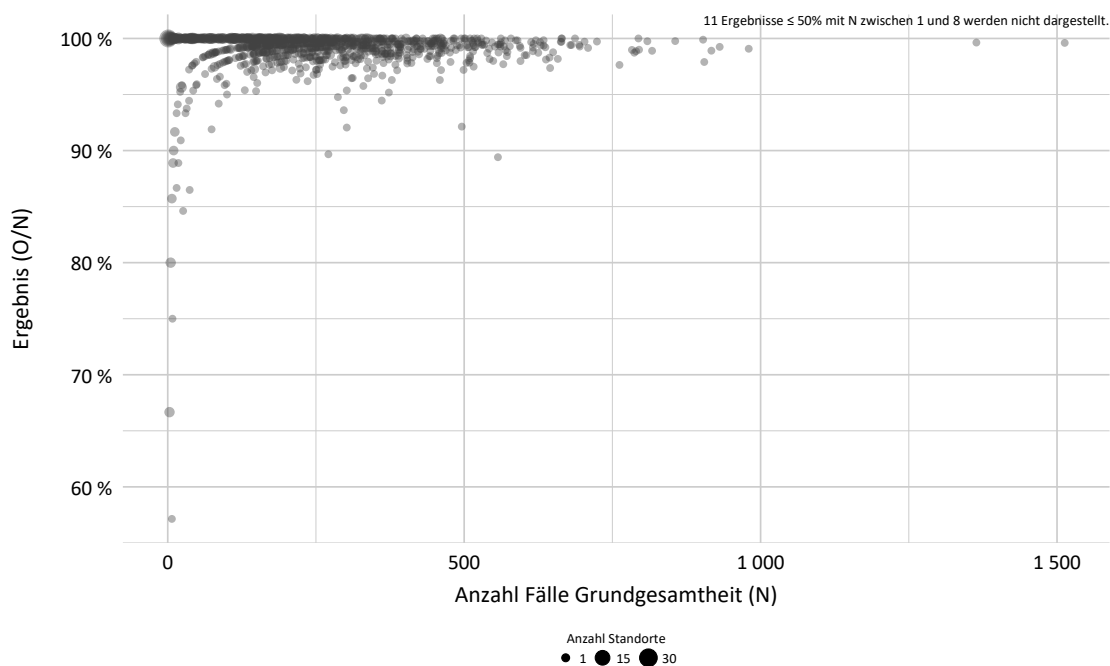
ID	2006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

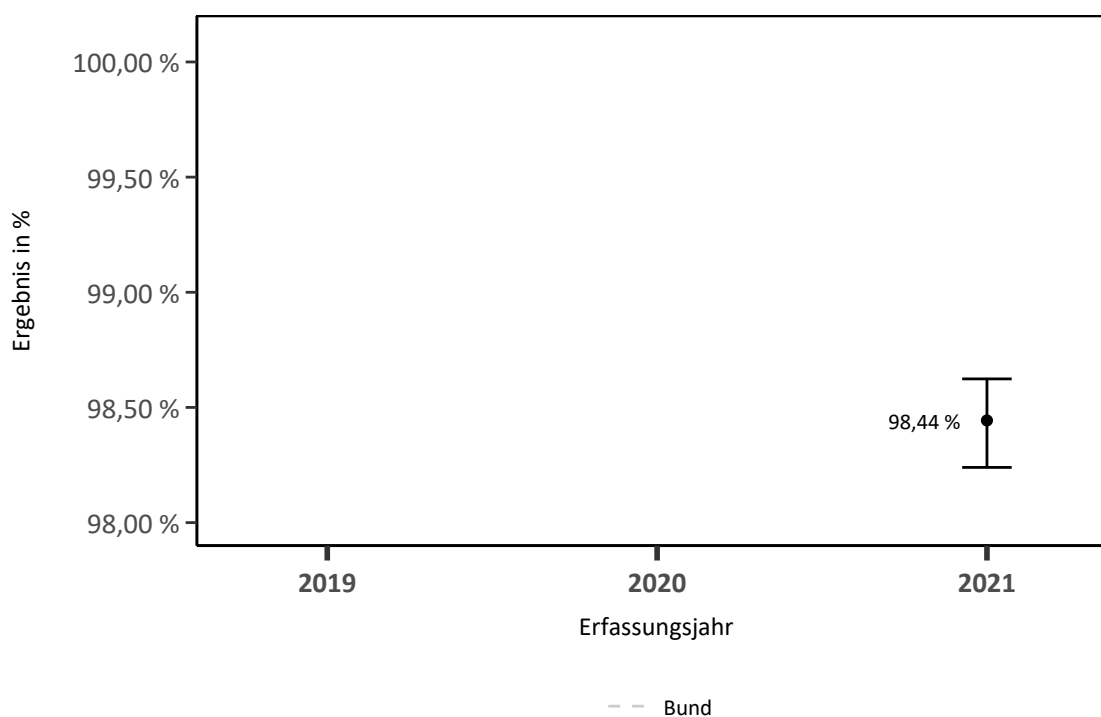
## 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

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

---

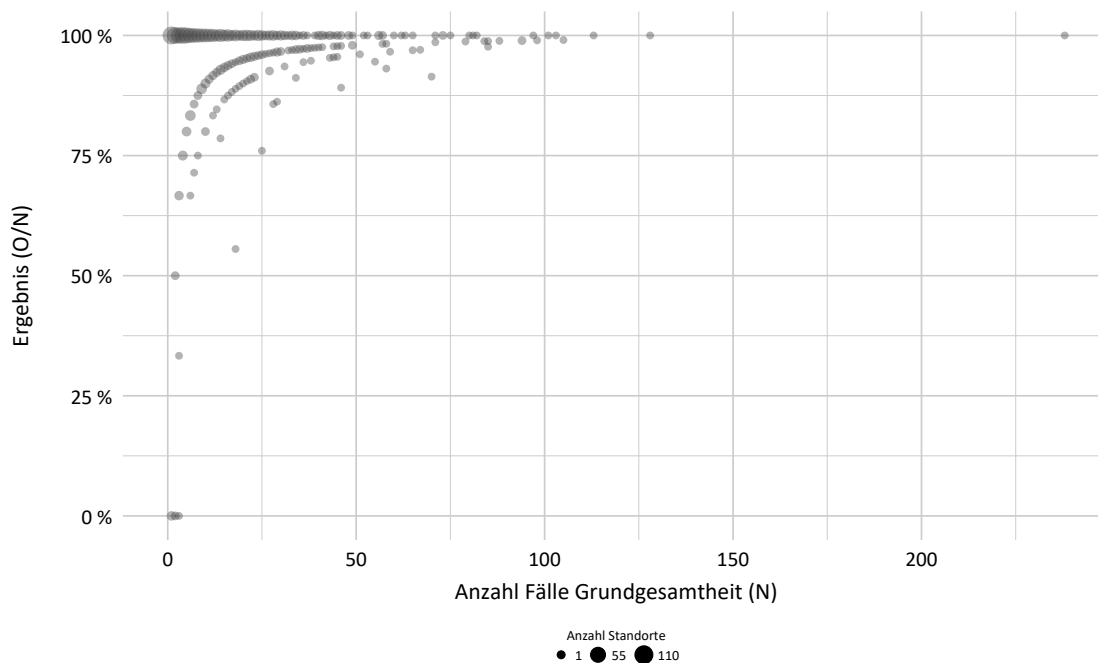
### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre





**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

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

## Details zu den Ergebnissen

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

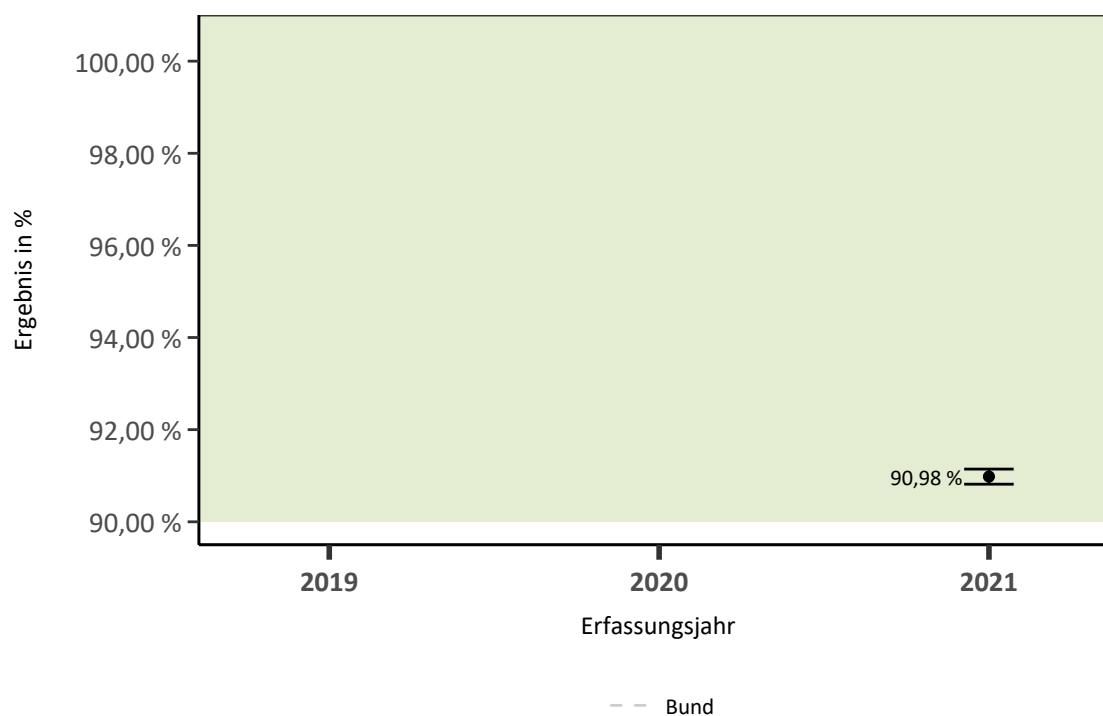
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	98,90 % 143.383/144.975
1.2.1	Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)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

## 2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

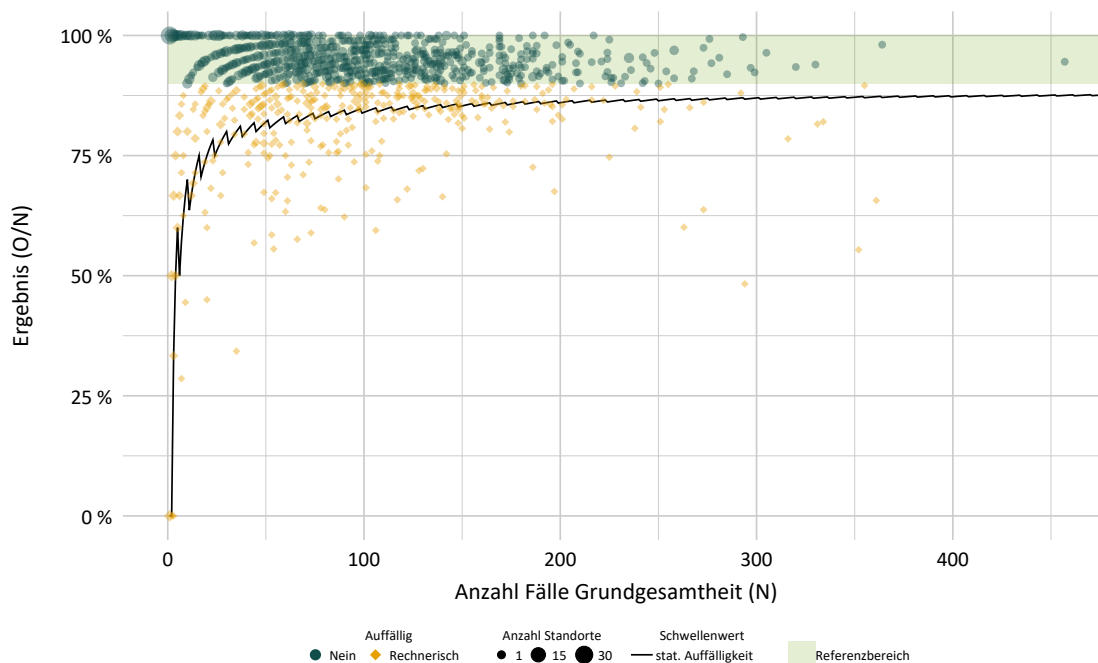
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen
ID	2009
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Details zu den Ergebnissen

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

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

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

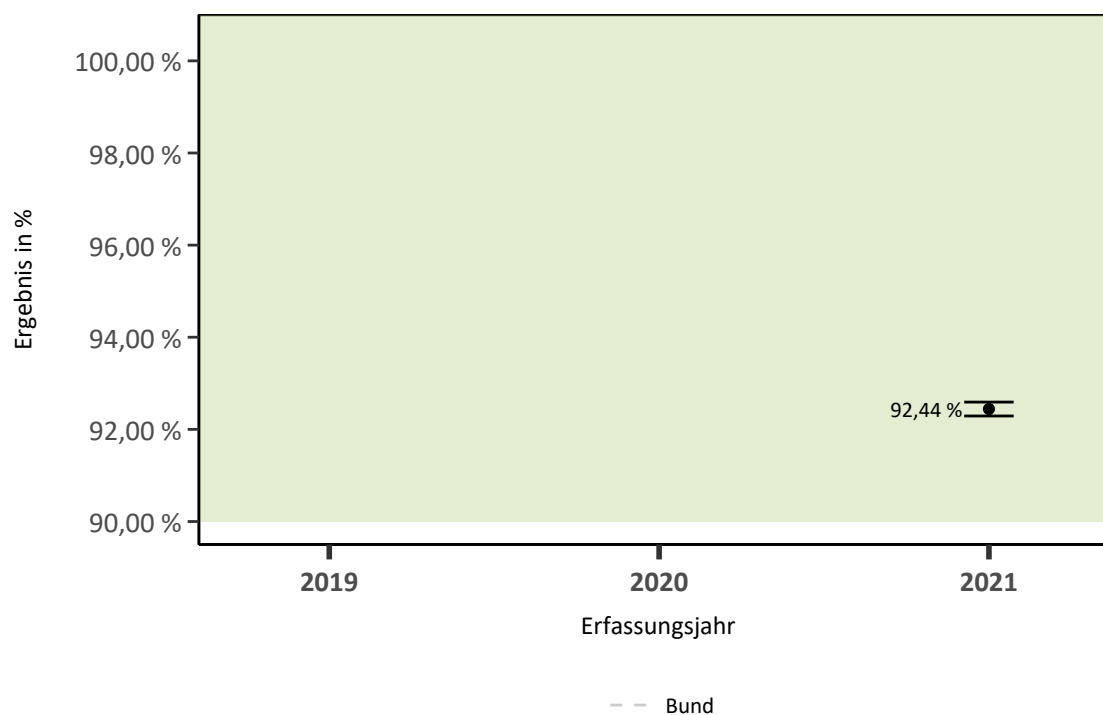
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3.1	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	89,83 % 4.409/4.908
2.3.2	Ohne antimikrobielle Therapie	5,93 % 291/4.908

## 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

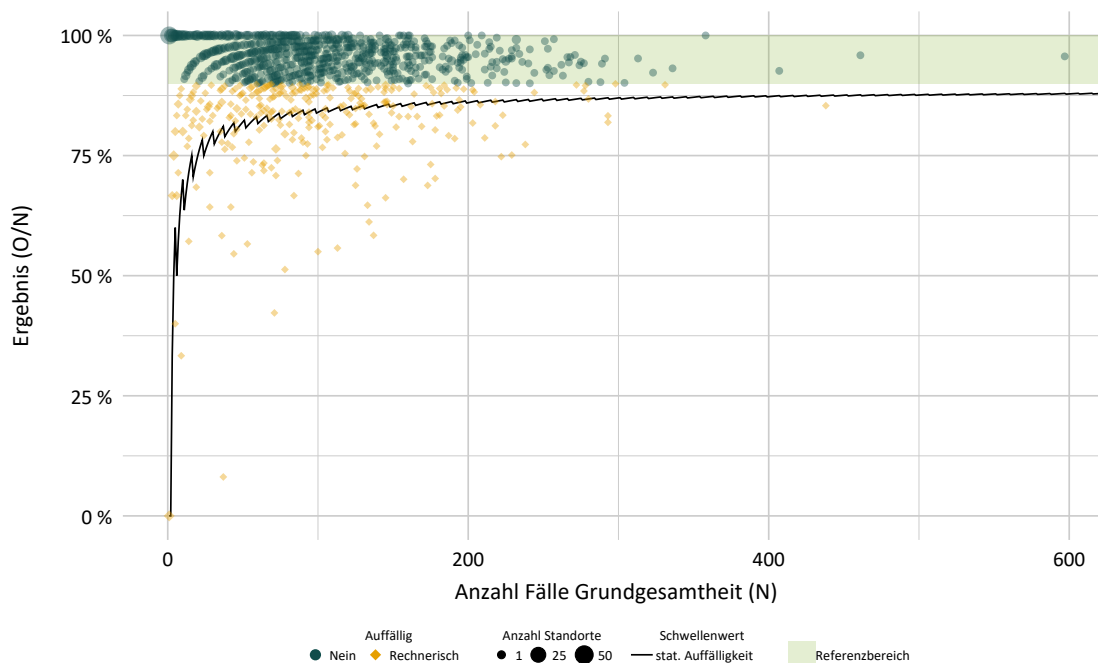
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
ID	2013
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detaillierergebnisse

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



## Details zu den Ergebnissen

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

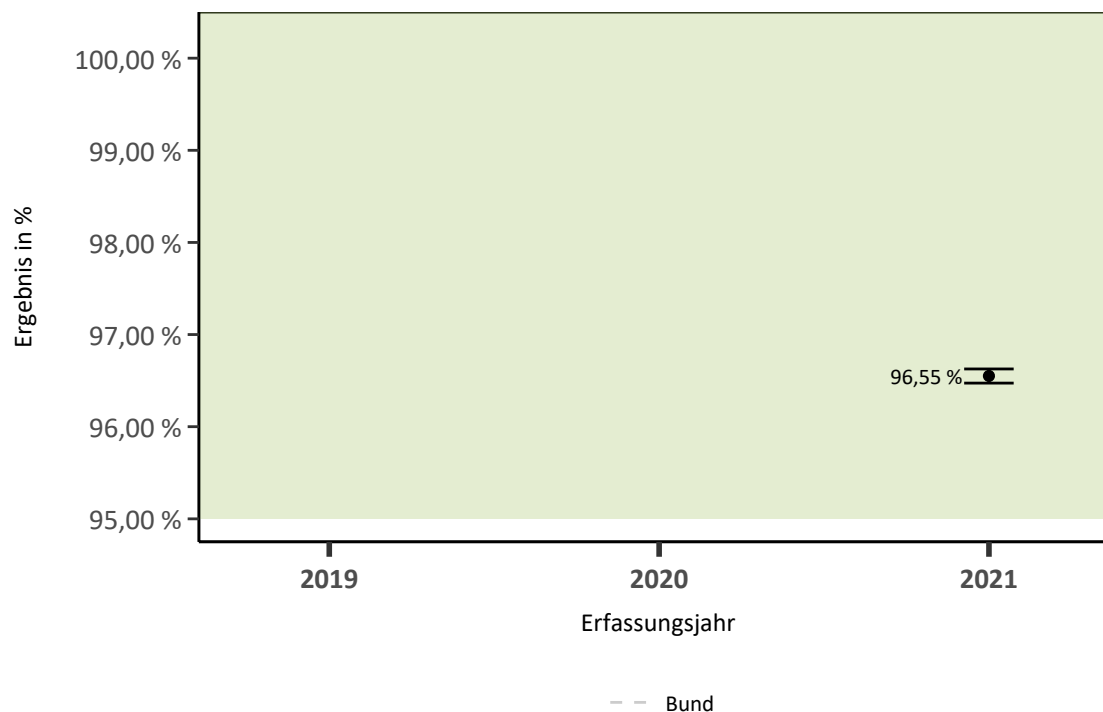
<sup>1</sup> Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

## 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

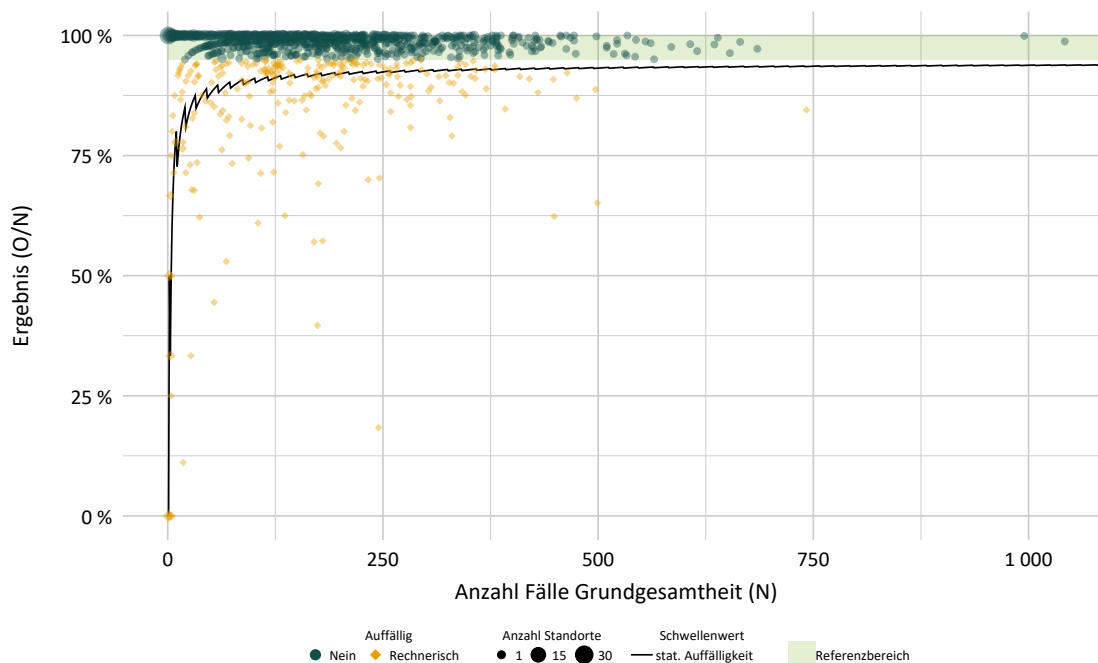
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
ID	2028
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Details zu den Ergebnissen

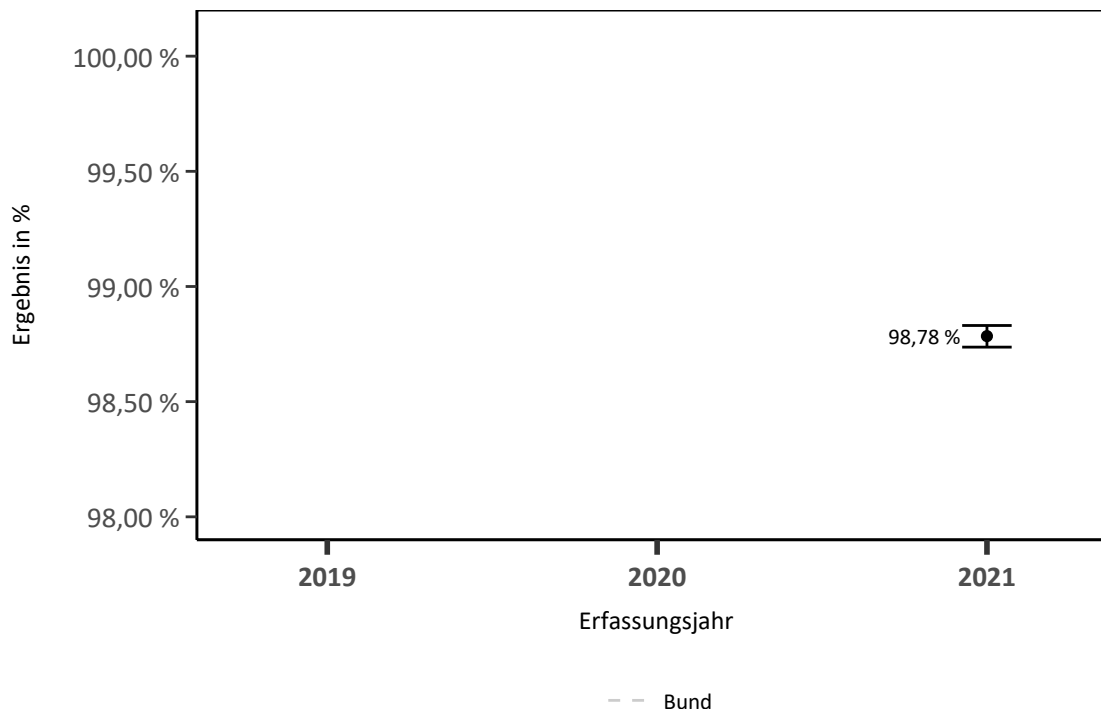
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	<b>Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt</b>	96,55 % 208.935/216.399
4.1.2	Klinische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

## 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

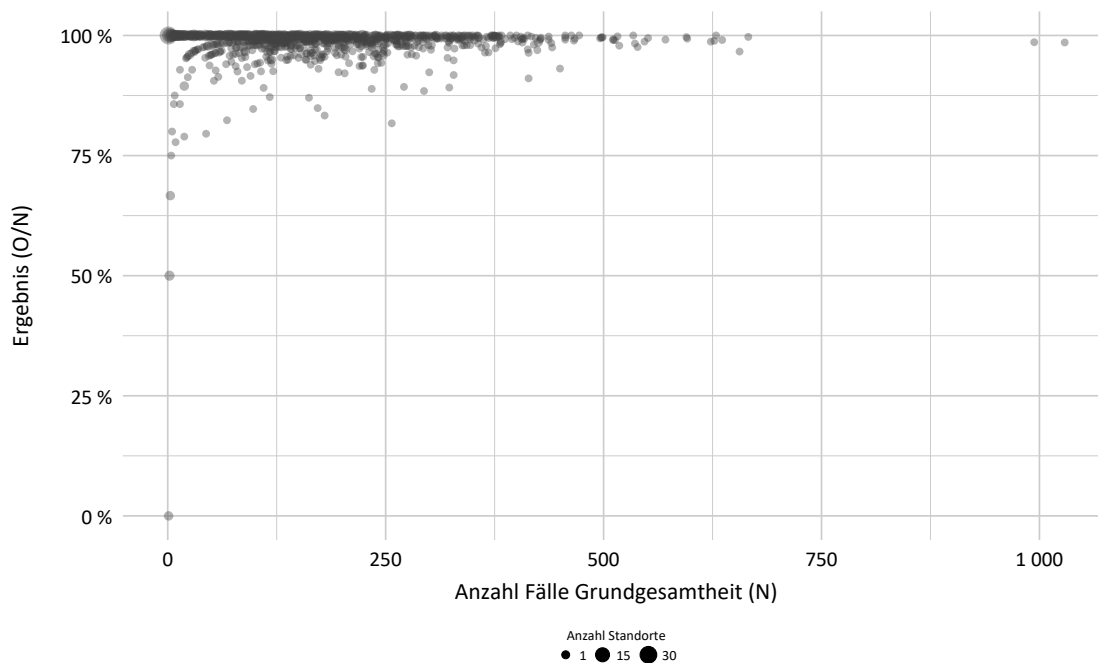
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
ID	2036
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen UND vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Details zu den Ergebnissen

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	98,66 % 94.920/96.213

## Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

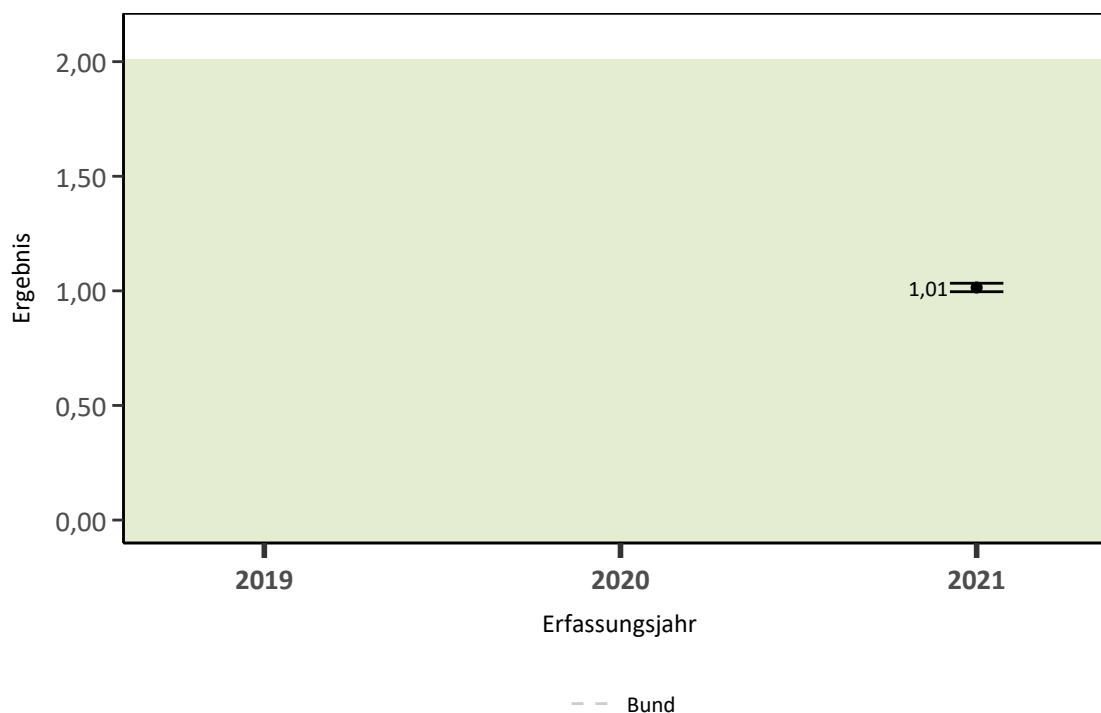
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
---------------	---------------------------------------

### 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

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

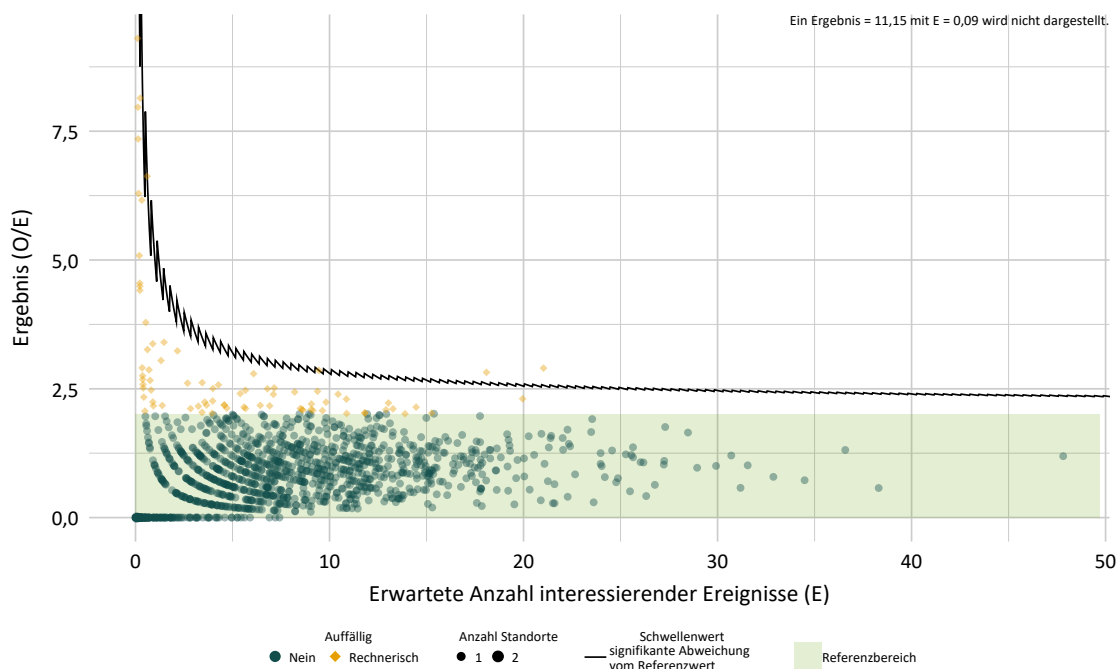
### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

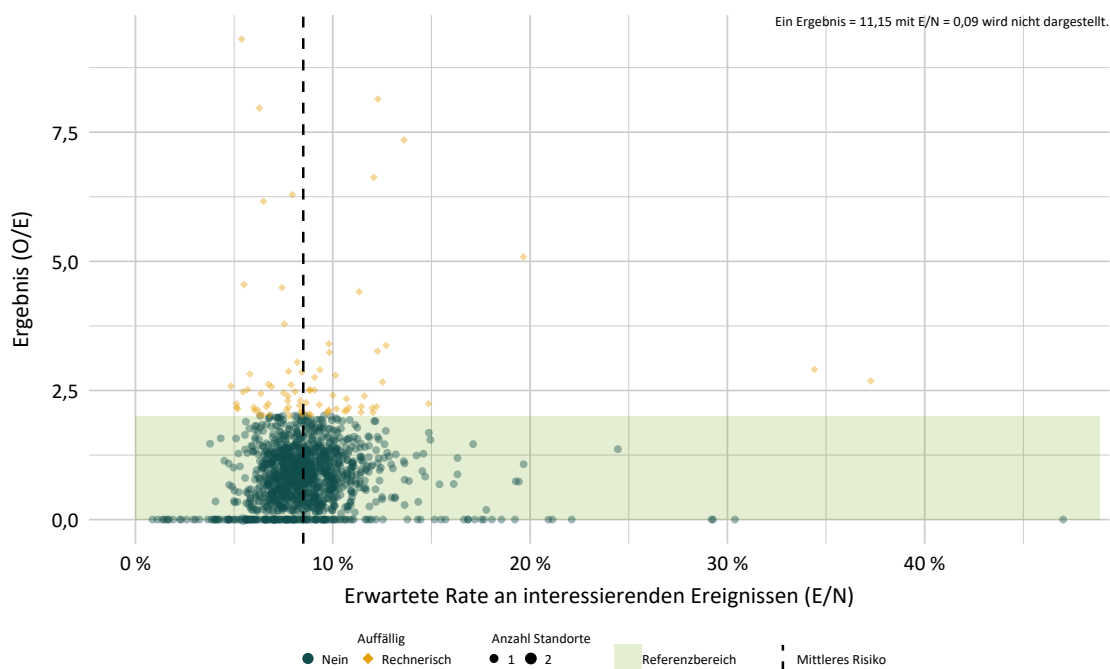




Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



## Detailergebnisse

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

\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

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

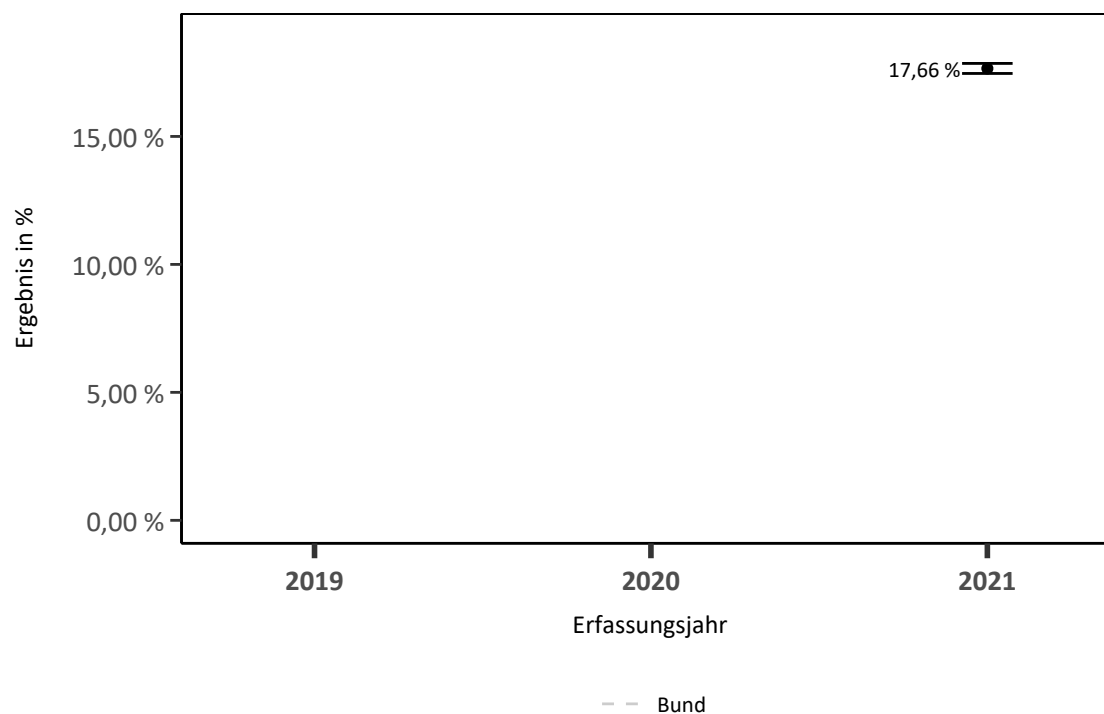
## 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)

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

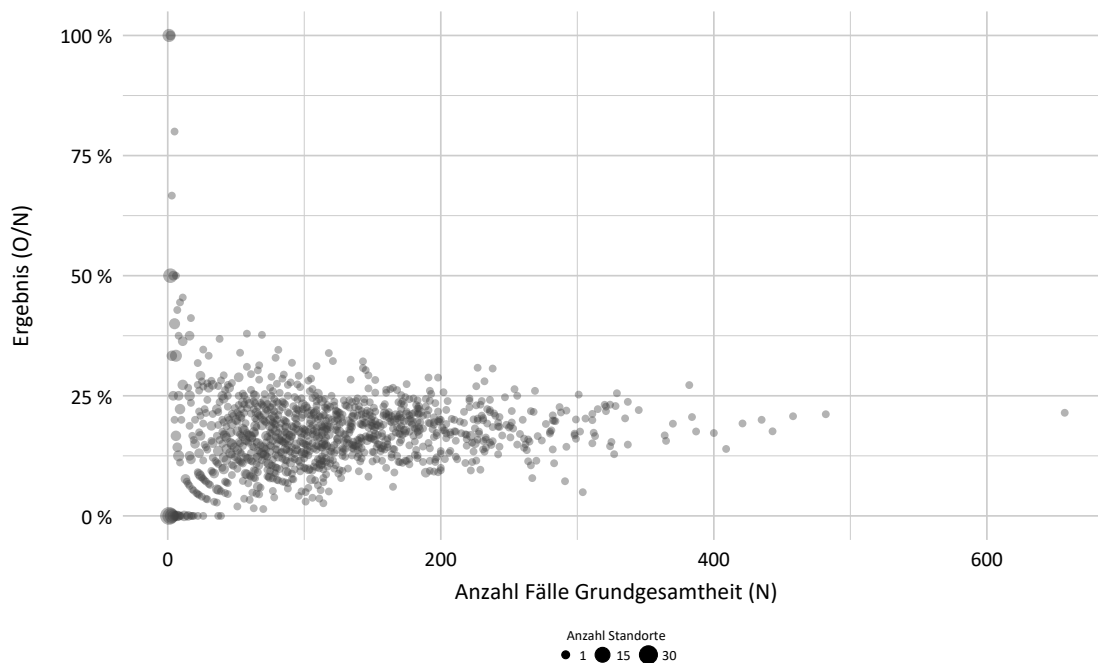
---

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Details zu den Ergebnissen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

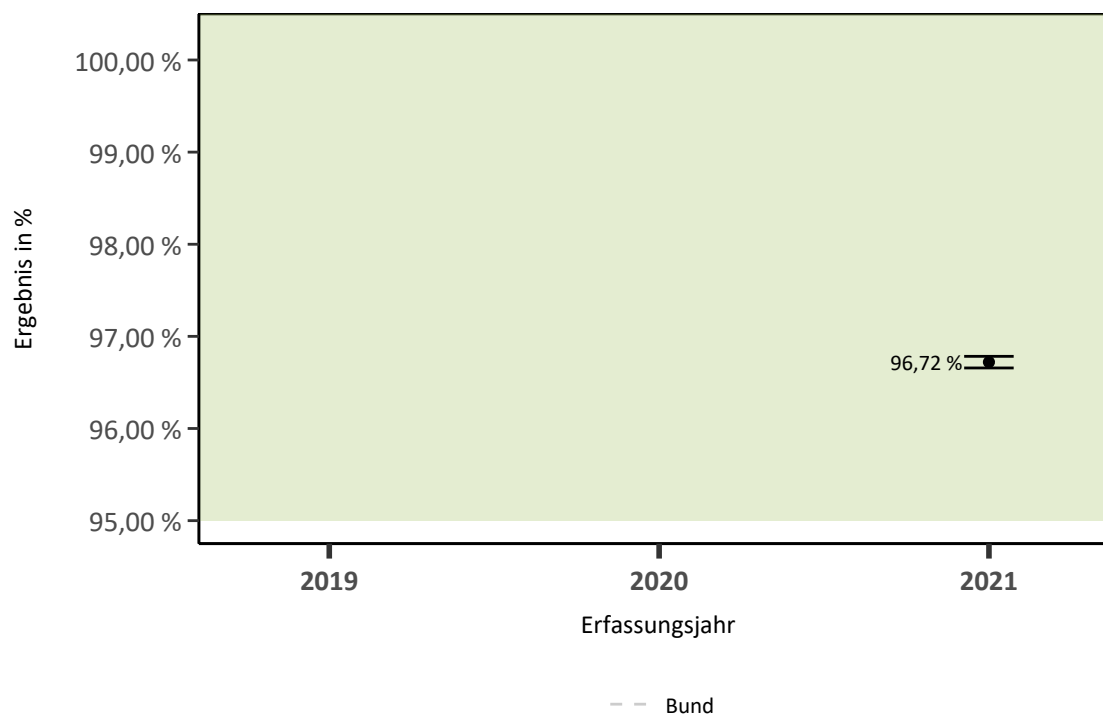
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	18,18 % 56.971/313.385

## 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

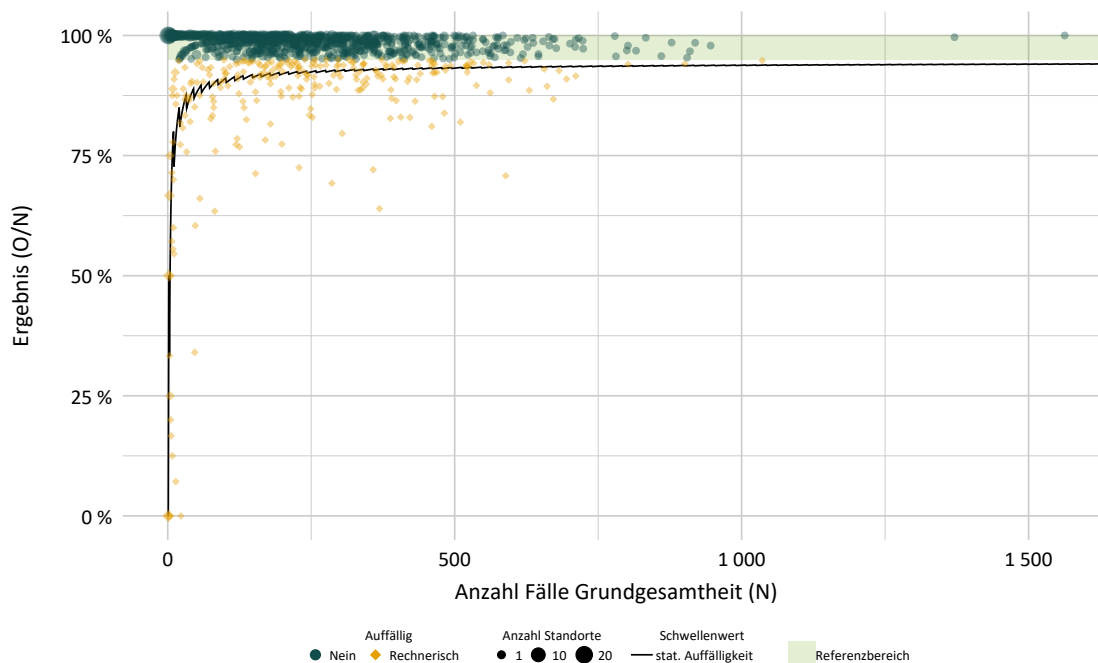
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
ID	50722
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Details zu den Ergebnissen

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

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

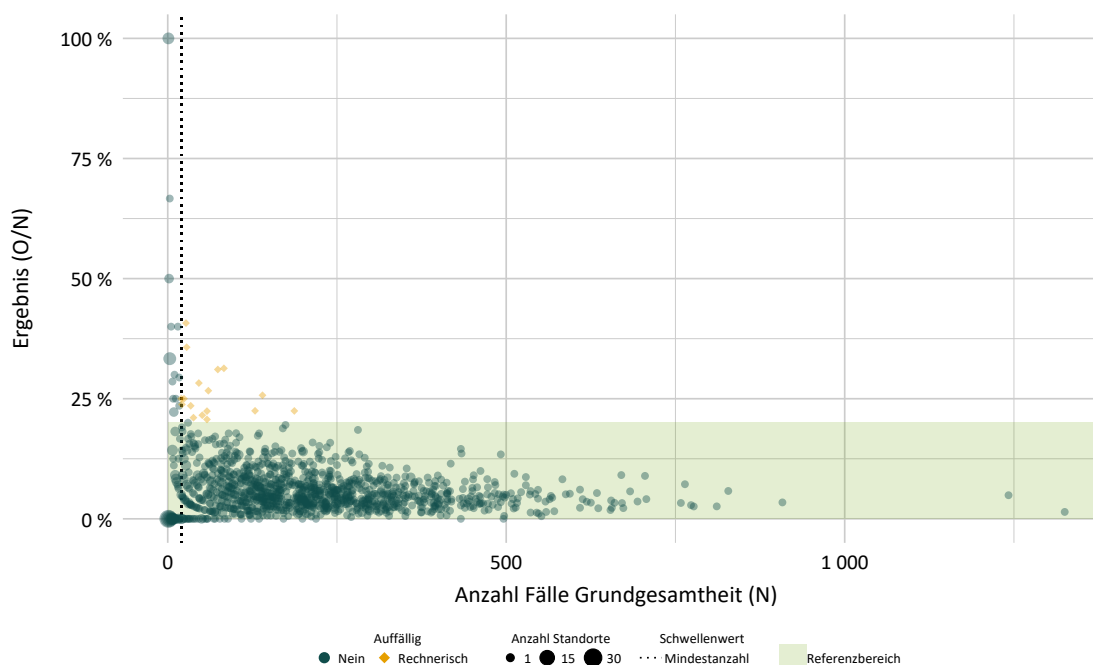
# Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

## Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

### 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



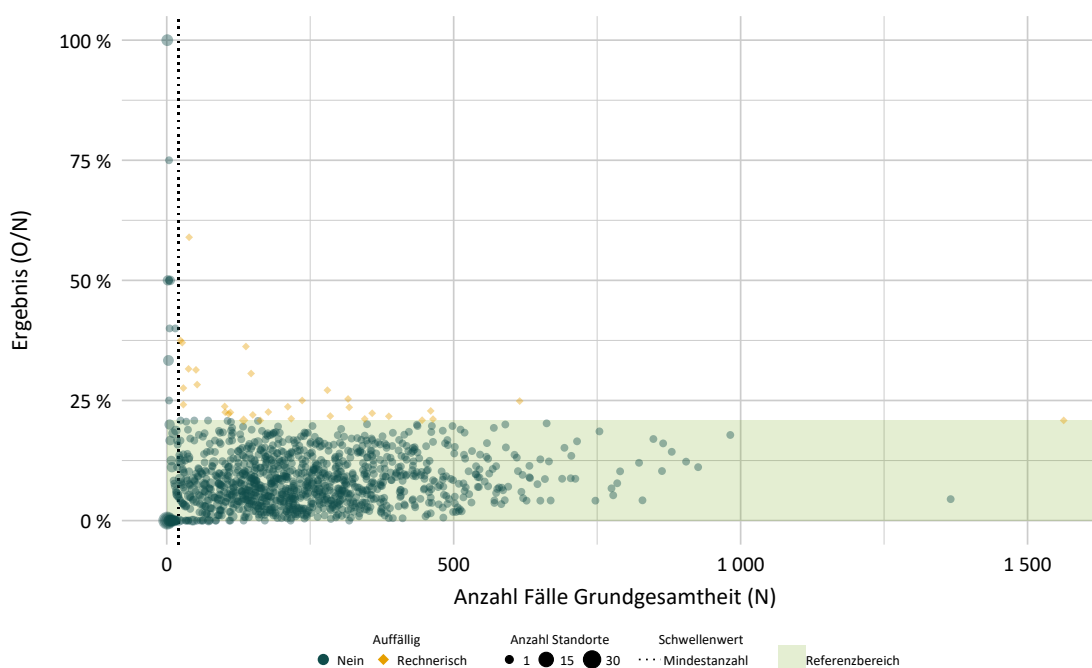
### Detailergebnisse

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

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

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

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

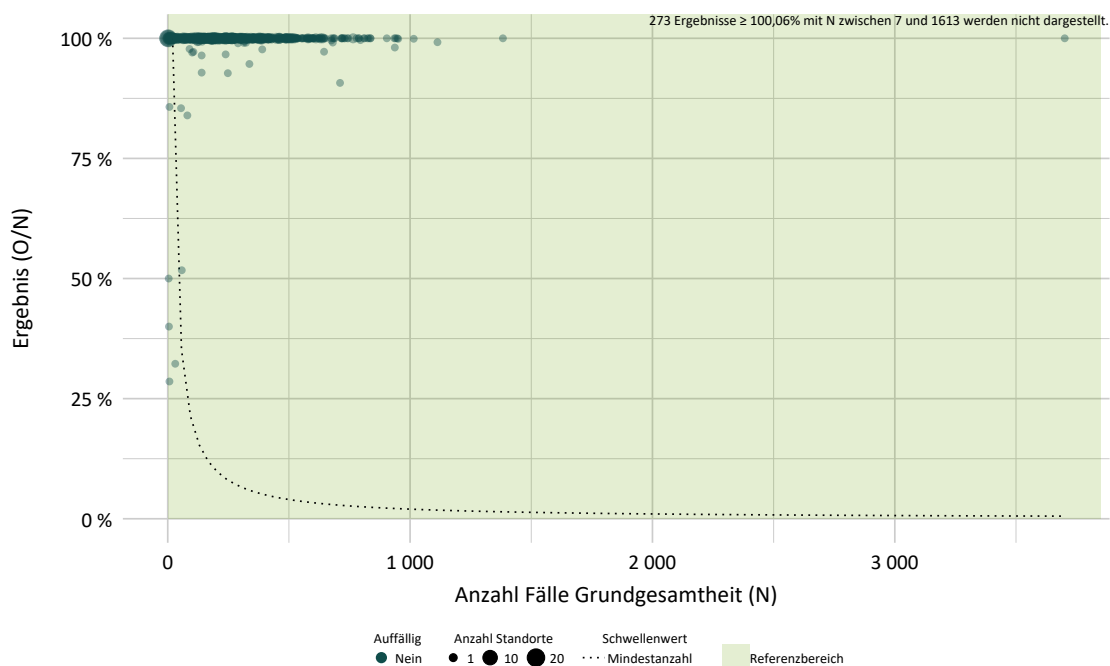


## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850102
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b>                  Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p><b>Hypothese</b>                  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



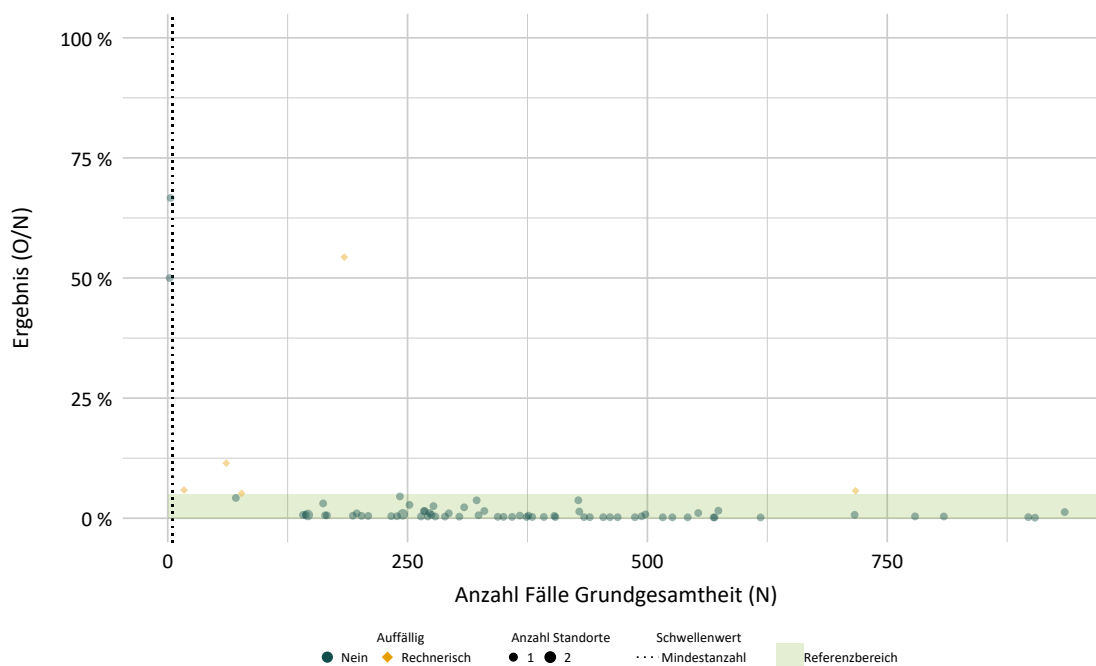
### Detailergebnisse

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

## 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Basisauswertung

### Basisdokumentation

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

### Patient

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

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

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

## Altersverteilung und Geschlecht

### Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

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

## Aufnahme

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

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



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

## CRB-65-Score

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

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

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

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

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

## Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 313.385</b>	
<b>Beginn der Mobilisation<sup>5</sup></b>		
(0) keine Mobilisation	51.142	16,32
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	240.803	76,84
(2) nach 24 Stunden und später	21.440	6,84
<b>Maschinelle Beatmung</b>		
(0) nein	254.332	81,16
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	29.227	9,33
(2) ja, ausschließlich invasiv	10.746	3,43
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	19.080	6,09
<b>Dokumentierter Therapieverzicht<sup>6</sup></b>		
(0) nein	271.554	86,65
(1) ja	41.831	13,35
<b>davon</b>		
Behandlung regulär beendet	6.017	14,38
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	3.890	9,30
im Krankenhaus verstorben	30.604	73,16
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.320	3,16

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

<sup>6</sup> Nähere Informationen: siehe Kapitel „Erläuterungen“

## **Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

Alle Stabilitätskriterien: mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Regulär entlassene Patienten</b>		
Regulär entlassene Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	226.569	72,30
<b>davon Patienten mit Desorientierung</b>		
(0) nein	190.854	84,24
(1) ja, pneumoniebedingt	1.913	0,84
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	33.802	14,92
<b>davon Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme</b>		
(0) nein	7.918	3,49
(1) ja	218.651	96,51
<b>davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz</b>		
(1) maximal 24/min	215.697	95,20
(2) über 24/min	3.357	1,48
(3) nicht bestimmt	7.275	3,21
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	240	0,11
<b>davon Patienten mit Herzfrequenz</b>		
(1) maximal 100/min	222.351	98,14
(2) über 100/min	3.740	1,65
(3) nicht bestimmt	478	0,21
<b>davon Patienten mit Temperatur</b>		
(1) maximal 37,8°C	223.079	98,46
(2) über 37,8°C	3.023	1,33
(3) nicht bestimmt	467	0,21
<b>davon Patienten mit Sauerstoffsättigung</b>		
(1) unter 90%	3.733	1,65
(2) mindestens 90%	221.348	97,70
(3) nicht bestimmt	1.488	0,66
<b>davon Patienten mit Blutdruck, systolisch</b>		
(1) unter 90 mmHg	2.526	1,11
(2) mindestens 90 mmHg	223.491	98,64
(3) nicht bestimmt	552	0,24

## Entlassung

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

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

<sup>7</sup> Mehrfachnennung möglich

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

<sup>8</sup> § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

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

<sup>10</sup> für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV



## Sterblichkeit

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

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