

Hinweis: Aus Datenschutzgründen wird der Länderbericht nur auszugsweise veröffentlicht. Gekürzt wurde um:

- ausführliche Detailtabellen zu den Indikatorergebnissen
- Details zu Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung
- die Basisauswertung

Länderbericht

CAP: Ambulant erworbene Pneumonie

Baden-Württemberg

Auswertungsjahr 2024

Erfassungsjahr 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Ambulant erworbene Pneumonie. Länderbericht. Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 31.05.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
Datengrundlagen.....	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	6
Ergebnisübersicht.....	9
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023.....	10
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023.....	12
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	14
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie.....	14
2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie.....	14
2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus).....	16
2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus).....	18
Details zu den Ergebnissen.....	20
2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme.....	21
Details zu den Ergebnissen.....	23
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme.....	25
Details zu den Ergebnissen.....	27
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	28
Details zu den Ergebnissen.....	30
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	31
Details zu den Ergebnissen.....	33
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	34
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	34
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert).....	37
Details zu den Ergebnissen.....	39
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme.....	45

Details zu den Ergebnissen.....	47
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	48
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	48
811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	48
811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“.....	50
851900: Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben.....	52
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	54
850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	54
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	56
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	58
Basisauswertung.....	60
Basisdokumentation.....	60
Patient.....	60
Altersverteilung und Geschlecht.....	62
Aufnahme.....	64
CRB-65-Score.....	66
Verlauf.....	69
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	70
Entlassung.....	72
Sterblichkeit.....	75
Impressum.....	78

Einleitung

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) kann sowohl nach der Art des Krankheitserregers unterschieden werden als auch danach, ob sich die Patientin oder der Patient außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) infiziert hat. Die ambulant erworbene Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) ist eine der häufigsten durch eine Infektion 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 stationär behandelt. Bei knapp 17 % dieser stationären Fälle versterben die behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts.

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

Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) werden bei der Berechnung des Indikators „2009 - Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ 2023 nicht berücksichtigt.

Weiterführende Informationen

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

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

Datengrundlagen

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

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

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

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2023 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollständigkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2023 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

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

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Land	Datensätze gesamt	38.661	38.509	100,39
	Basisdatensatz	38.646		
	MDS	15		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	334.062	330.404	101,11
	Basisdatensatz	333.649		
	MDS	413		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land	134		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Land	135	134	100,75

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land	112	112	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.329		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.335	1.314	101,60
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.100	1.086	101,29

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der betroffenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Erfassungsjahre 2022 und 2023 mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2021 als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

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 des Indikators „2009 - Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ 2023 nicht berücksichtigt.

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis	Ergebnis
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,03 % O = 38.270 N = 38.646	98,94 % O = 330.129 N = 333.649
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,06 % O = 35.899 N = 36.240	98,99 % O = 314.675 N = 317.891
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,55 % O = 2.371 N = 2.406	98,07 % O = 15.454 N = 15.758
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,64 % O = 23.196 N = 24.772	93,83 % O = 207.243 N = 220.872
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,26 % O = 17.851 N = 19.142	92,88 % O = 151.953 N = 163.602

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis	Ergebnis
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	95,50 % O = 26.913 N = 28.182	96,00 % O = 231.557 N = 241.210
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,33 % O = 26.443 N = 26.893	98,51 % O = 227.855 N = 231.292
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 1,69 (95. Perzentil)	0,86 O/E = 2.450 / 2.861,67 N = 32.875	0,90 O/E = 21.461 / 23.913,08 N = 285.505
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	16,32 % O = 6.307 N = 38.646	15,88 % O = 52.984 N = 333.649
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,64 % O = 36.625 N = 37.897	96,49 % O = 315.019 N = 326.472

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzber.	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20,00 %	5,10 % 1.396 / 27.396	0,75 % 1 / 134	5,21 % 12.210 / 234.355	0,69 % 9 / 1.311
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 18,88 % (97. Perzentil)	8,95 % 2.684 / 29.973	3,01 % 4 / 133	7,45 % 19.414 / 260.729	2,63 % 34 / 1.293
851900	Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	≤ 50,00 %	14,53 % 340 / 2.340	0,83 % 1 / 121	14,33 % 2.803 / 19.561	0,43 % 5 / 1.155
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,39 % 38.661 / 38.509	0,75 % 1 / 134	101,11 % 334.062 / 330.404	1,45 % 19 / 1.314
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,39 % 38.661 / 38.509	0,00 % 0 / 134	101,11 % 334.062 / 330.404	0,84 % 11 / 1.314
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,04 % 15 / 38.509	0,00 % 0 / 134	0,12 % 413 / 330.404	0,38 % 5 / 1.314

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

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

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

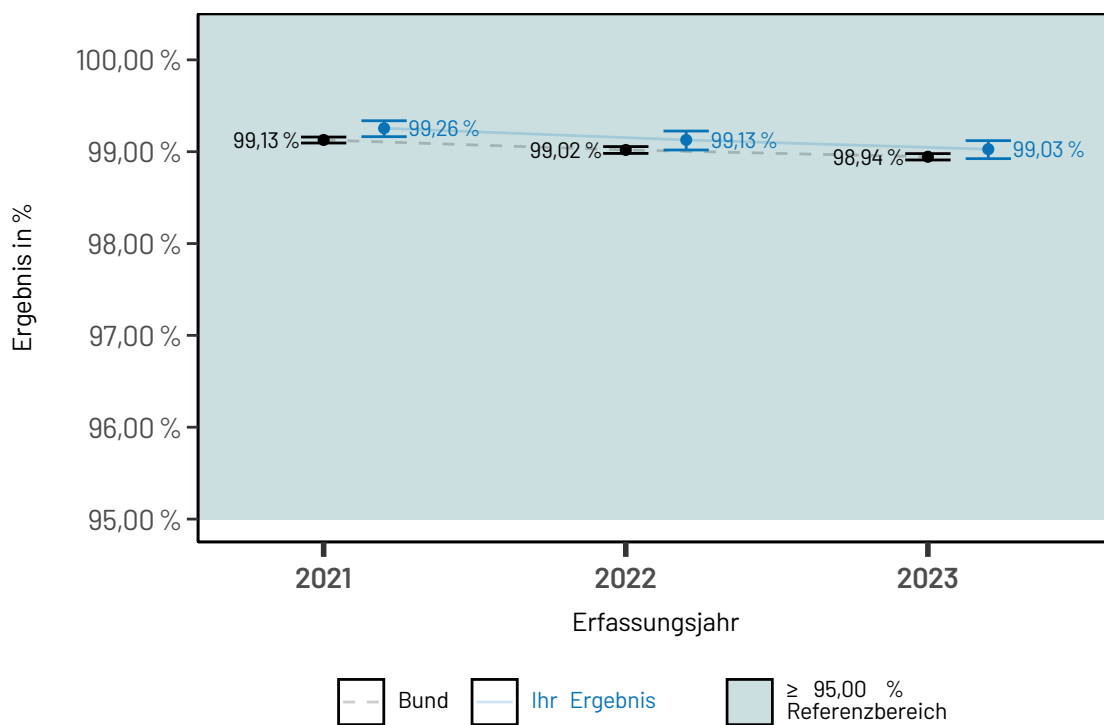
ID	2005
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

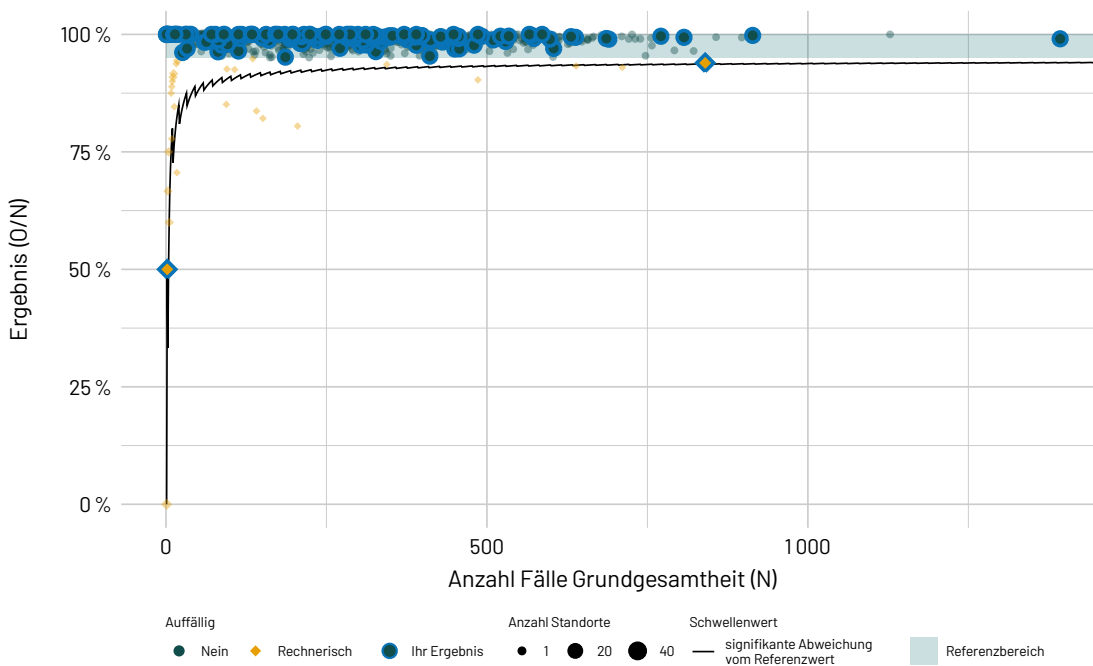
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	37.581 / 37.863	99,26 %	99,16 % - 99,34 %
	2022	31.140 / 31.414	99,13 %	99,02 % - 99,22 %
	2023	38.270 / 38.646	99,03 %	98,92 % - 99,12 %
Bund	2021	310.651 / 313.385	99,13 %	99,09 % - 99,16 %
	2022	268.624 / 271.285	99,02 %	98,98 % - 99,06 %
	2023	330.129 / 333.649	98,94 %	98,91 % - 98,98 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



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

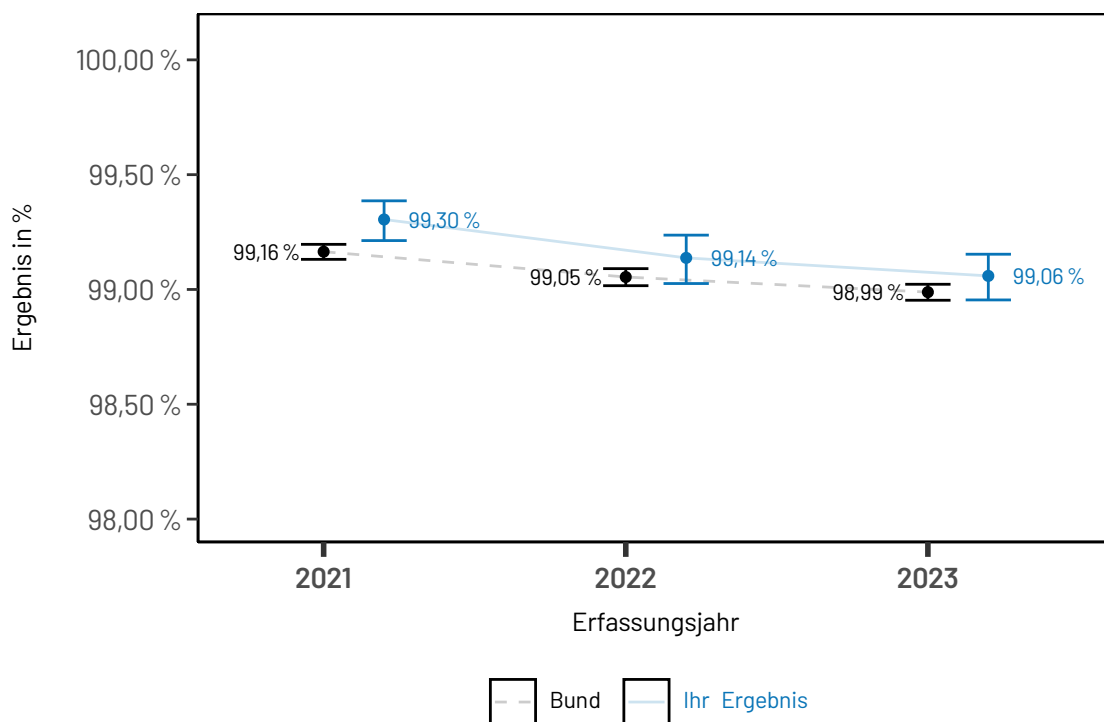
ID	2006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

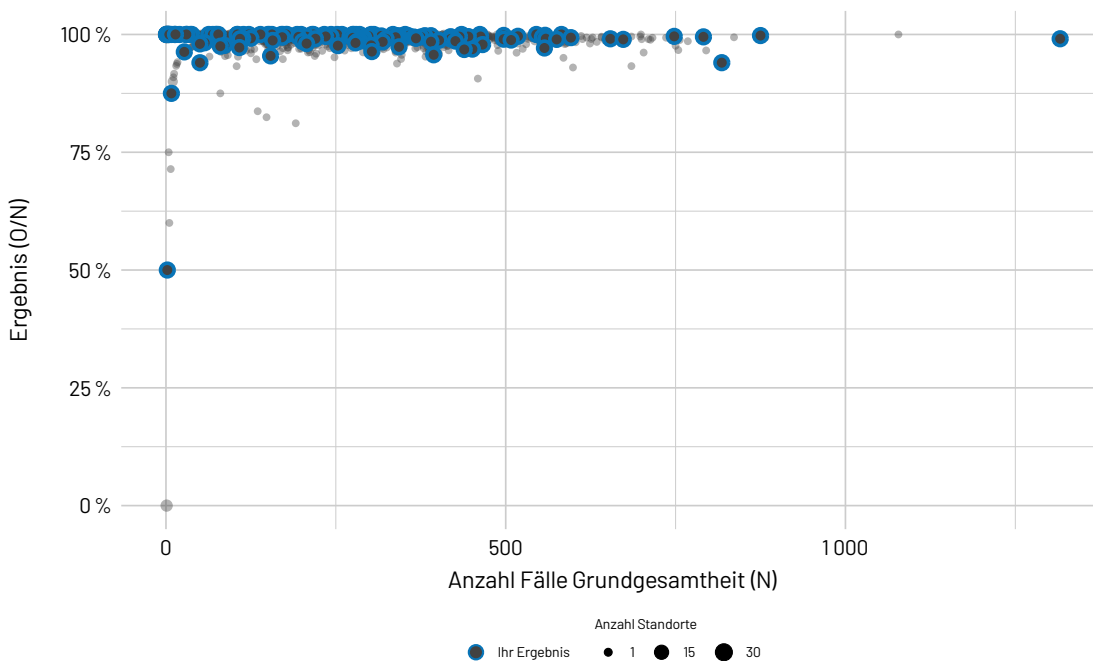
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	35.280 / 35.527	99,30 %	99,21 % - 99,39 %
	2022	29.426 / 29.682	99,14 %	99,03 % - 99,24 %
	2023	35.899 / 36.240	99,06 %	98,95 % - 99,15 %
Bund	2021	294.903 / 297.388	99,16 %	99,13 % - 99,20 %
	2022	257.959 / 260.422	99,05 %	99,02 % - 99,09 %
	2023	314.675 / 317.891	98,99 %	98,95 % - 99,02 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



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

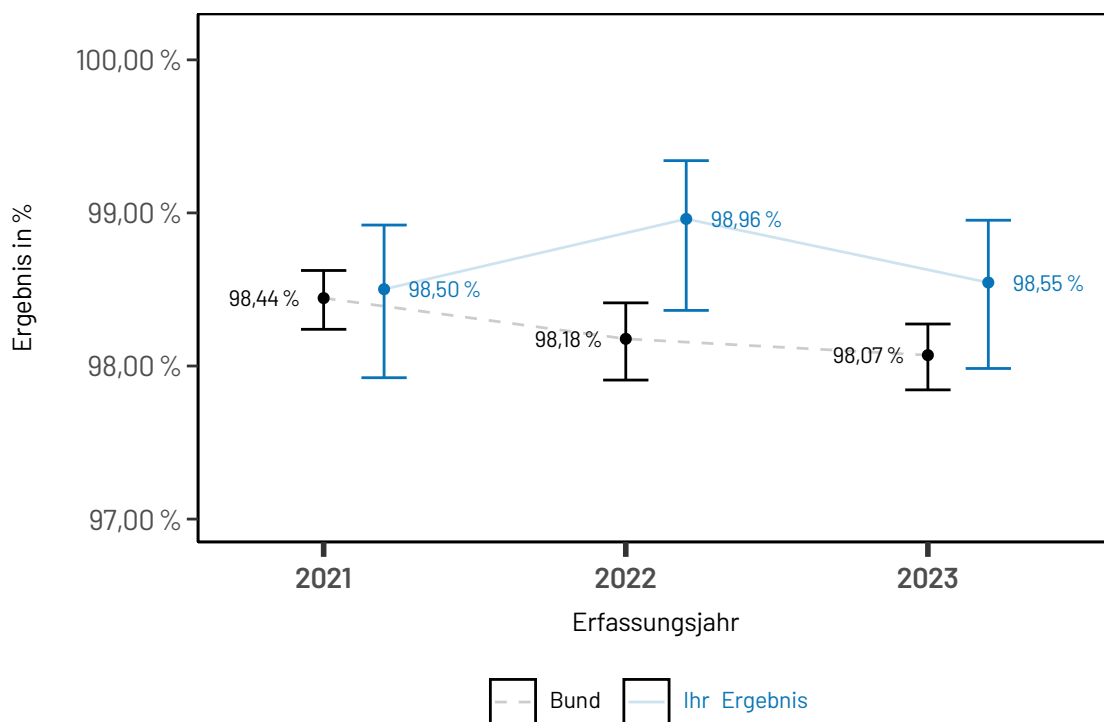
ID	2007
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

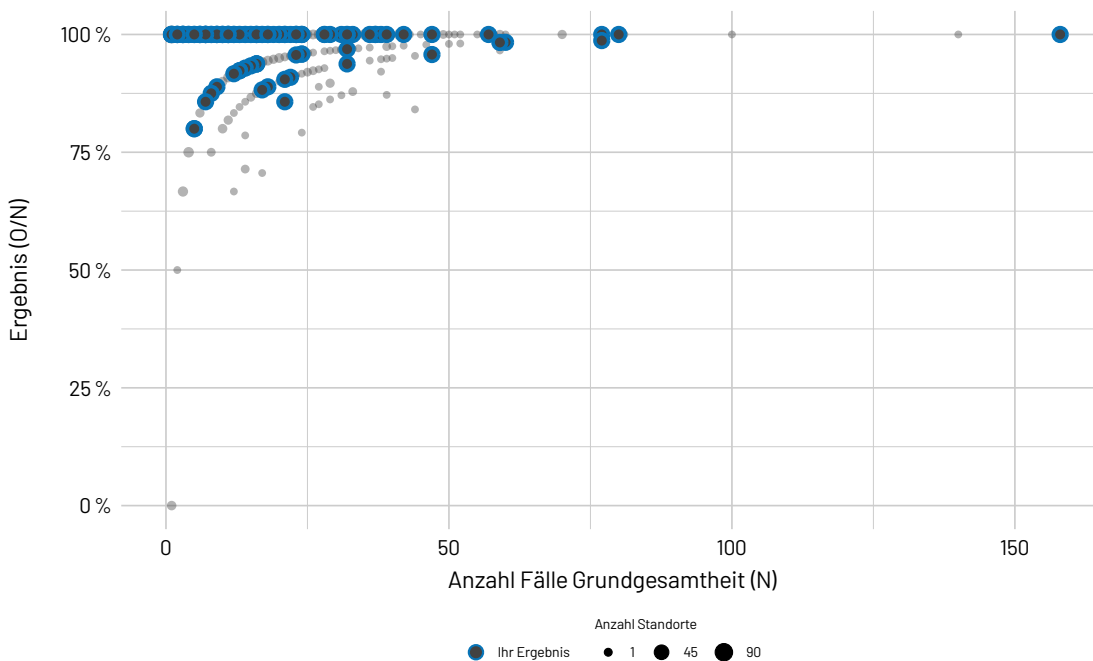
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	2.301 / 2.336	98,50 %	97,92 % - 98,92 %
	2022	1.714 / 1.732	98,96 %	98,36 % - 99,34 %
	2023	2.371 / 2.406	98,55 %	97,98 % - 98,95 %
Bund	2021	15.748 / 15.997	98,44 %	98,24 % - 98,62 %
	2022	10.665 / 10.863	98,18 %	97,91 % - 98,41 %
	2023	15.454 / 15.758	98,07 %	97,84 % - 98,27 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

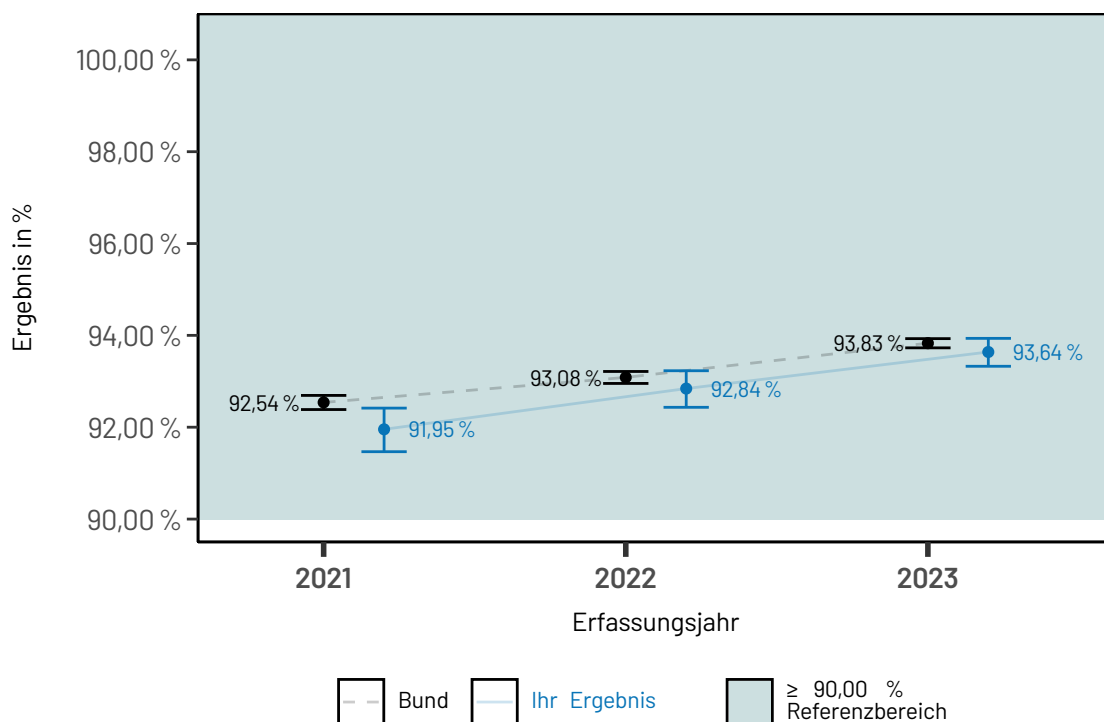
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
ID	2009
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose
Zähler	Patientinnen und Patienten mit antibiotischer Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

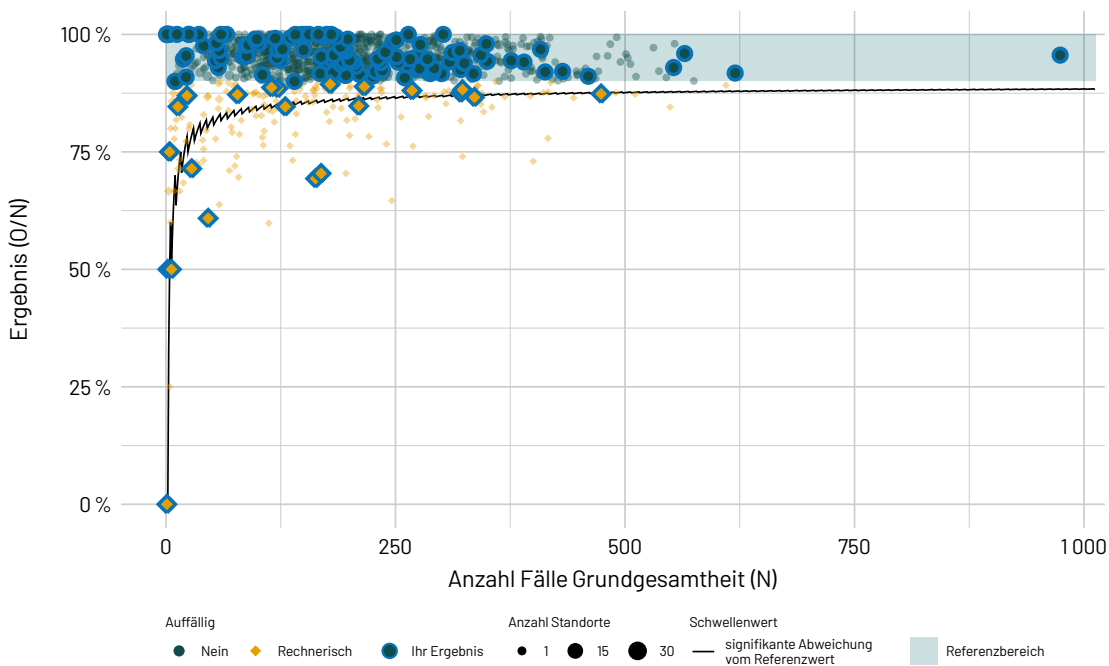
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	11.589 / 12.603	91,95 %	91,47 % - 92,42 %
	2022	14.954 / 16.107	92,84 %	92,43 % - 93,23 %
	2023	23.196 / 24.772	93,64 %	93,33 % - 93,94 %
Bund	2021	103.707 / 112.067	92,54 %	92,38 % - 92,69 %
	2022	135.629 / 145.705	93,08 %	92,95 % - 93,21 %
	2023	207.243 / 220.872	93,83 %	93,73 % - 93,93 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

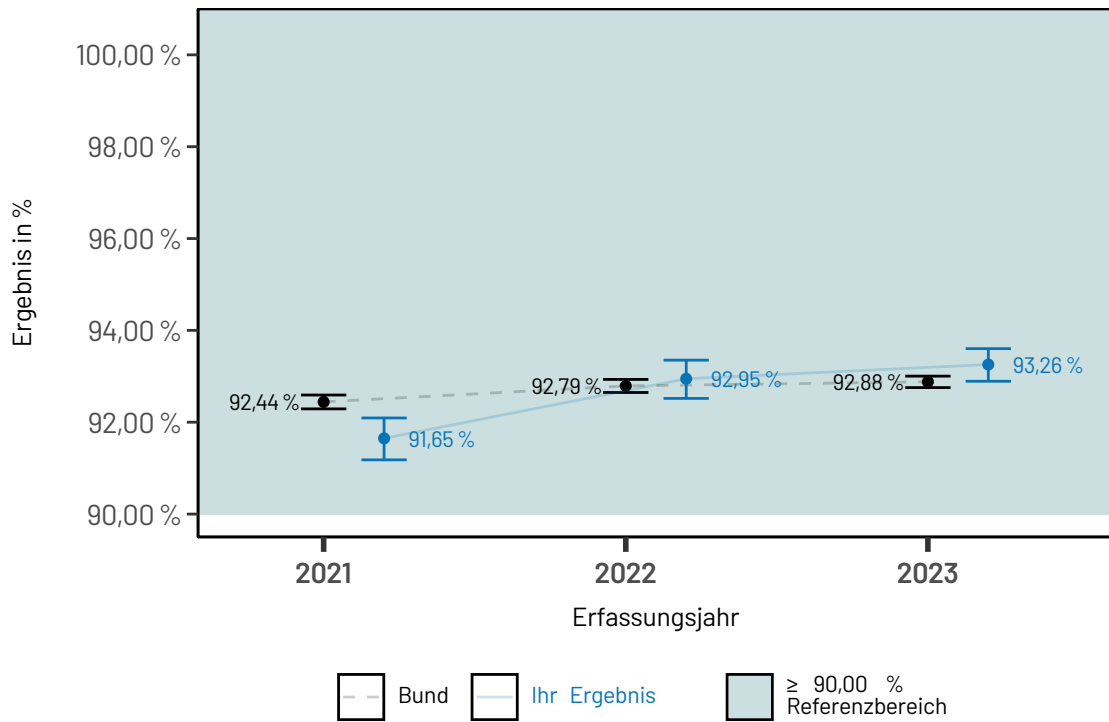
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
ID	2013
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte palliative Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

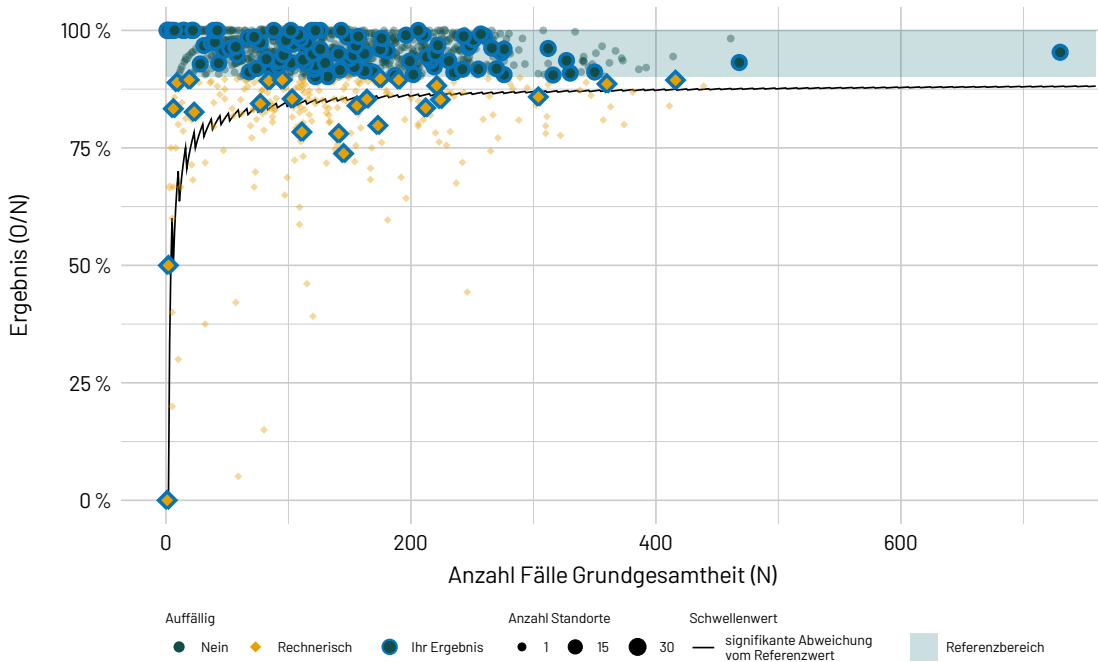
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	12.970 / 14.152	91,65 %	91,18 % - 92,09 %
	2022	13.493 / 14.517	92,95 %	92,52 % - 93,35 %
	2023	17.851 / 19.142	93,26 %	92,89 % - 93,60 %
Bund	2021	108.645 / 117.527	92,44 %	92,29 % - 92,59 %
	2022	117.888 / 127.047	92,79 %	92,65 % - 92,93 %
	2023	151.953 / 163.602	92,88 %	92,75 % - 93,00 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

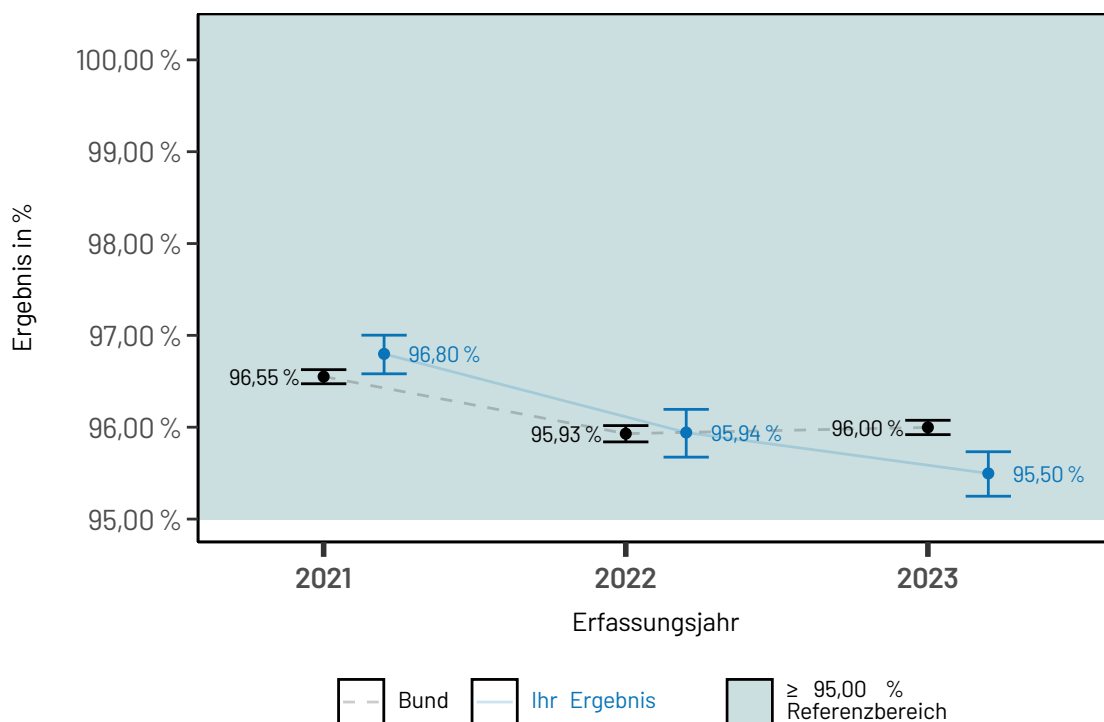
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
ID	2028
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

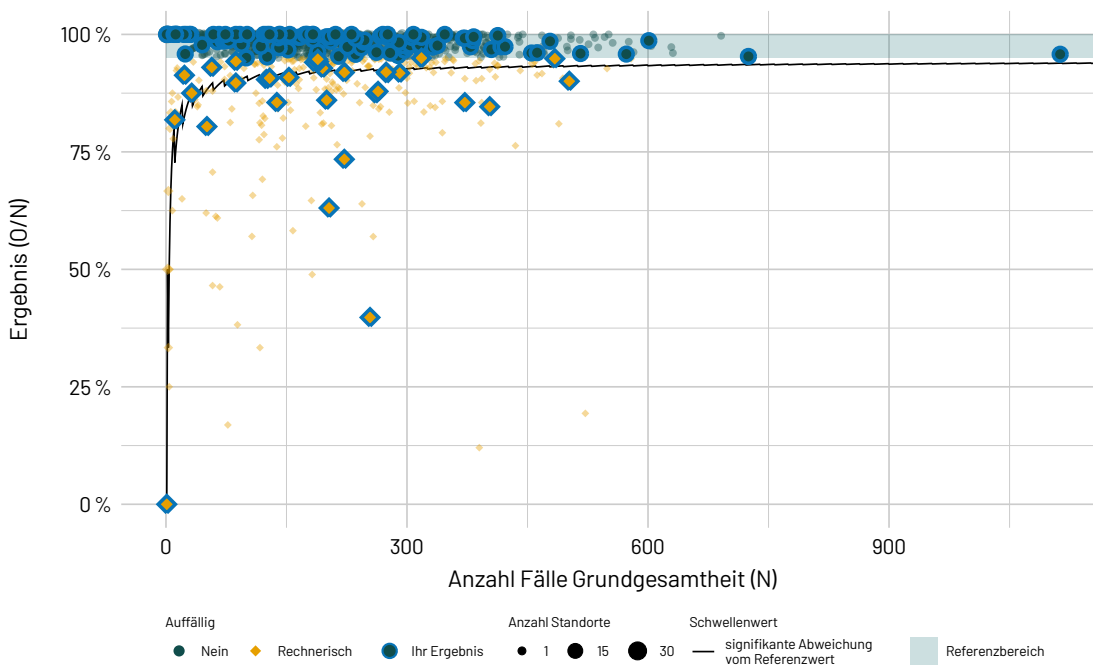
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	26.062 / 26.924	96,80 %	96,58 % - 97,00 %
	2022	21.256 / 22.155	95,94 %	95,67 % - 96,19 %
	2023	26.913 / 28.182	95,50 %	95,25 % - 95,73 %
Bund	2021	208.935 / 216.399	96,55 %	96,47 % - 96,63 %
	2022	182.621 / 190.369	95,93 %	95,84 % - 96,02 %
	2023	231.557 / 241.210	96,00 %	95,92 % - 96,08 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

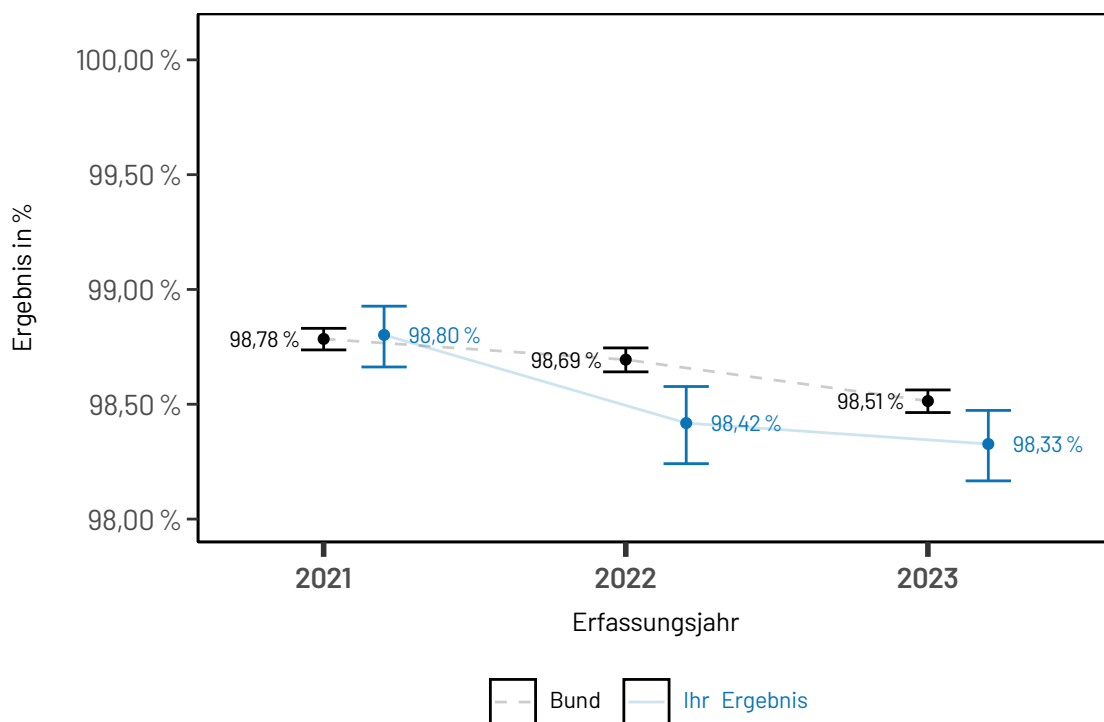
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
ID	2036
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär 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 palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

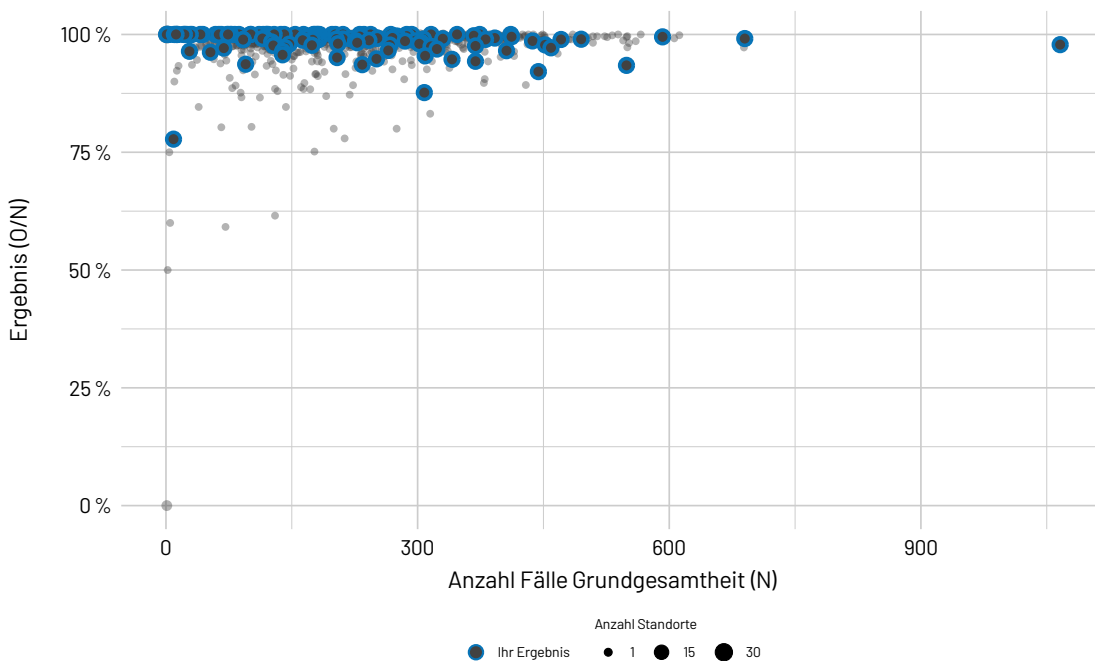
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	25.731 / 26.043	98,80 %	98,66 % - 98,93 %
	2022	20.904 / 21.240	98,42 %	98,24 % - 98,58 %
	2023	26.443 / 26.893	98,33 %	98,17 % - 98,47 %
Bund	2021	206.190 / 208.727	98,78 %	98,74 % - 98,83 %
	2022	180.042 / 182.424	98,69 %	98,64 % - 98,75 %
	2023	227.855 / 231.292	98,51 %	98,46 % - 98,56 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

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

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

ID	50778
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	≤ 1,69 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Alter (linear bis 100) Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung Chronische Bettlägerigkeit Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43) Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100) Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	32.853	2.746 / 2.555,28	1,07	1,04 - 1,11
	2022	26.393	2.266 / 2.444,35	0,93	0,89 - 0,96
	2023	32.875	2.450 / 2.861,67	0,86	0,82 - 0,89
Bund	2021	271.554	26.367 / 21.268,56	1,24	1,23 - 1,25
	2022	230.113	20.927 / 20.645,15	1,01	1,00 - 1,03
	2023	285.505	21.461 / 23.913,08	0,90	0,89 - 0,91

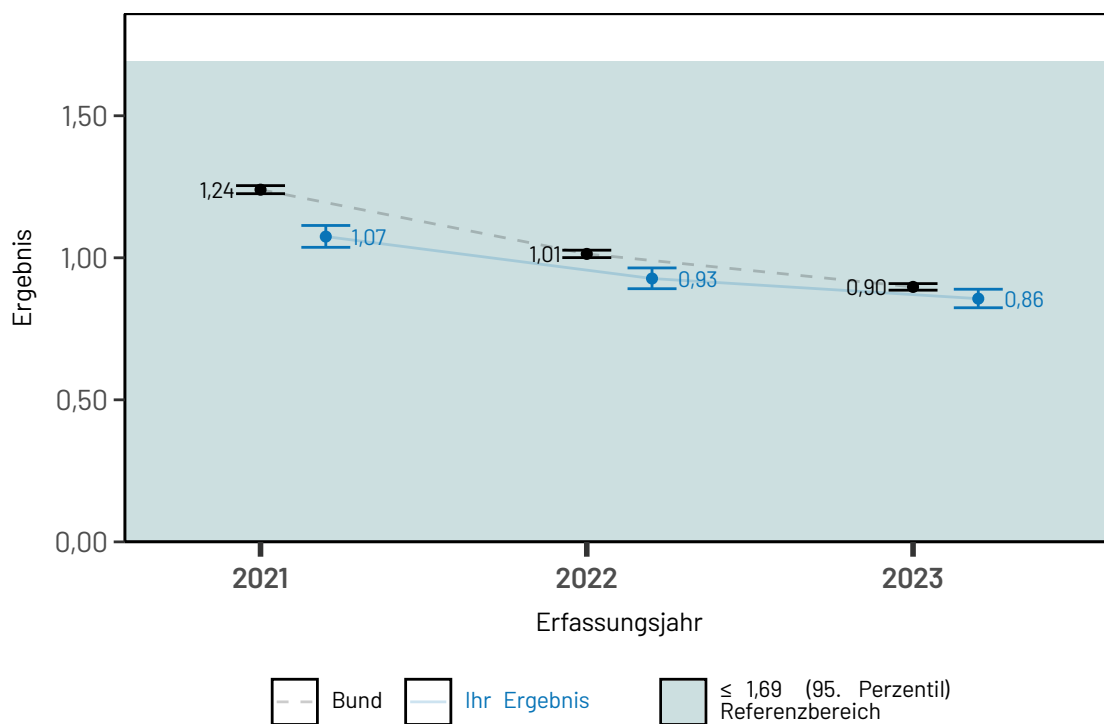
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

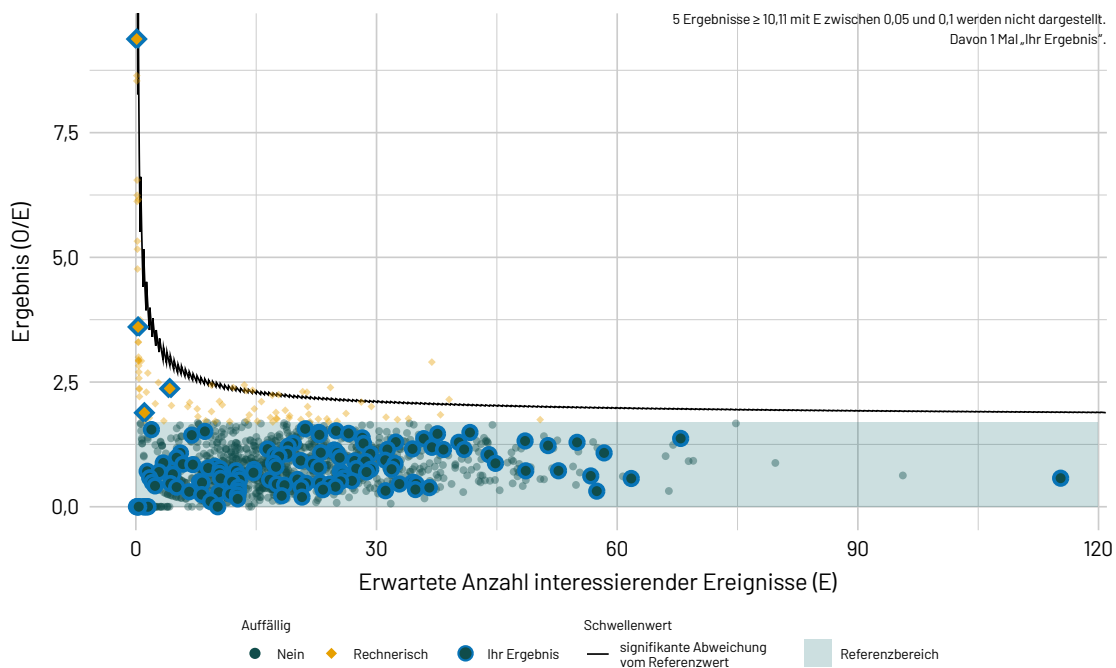
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

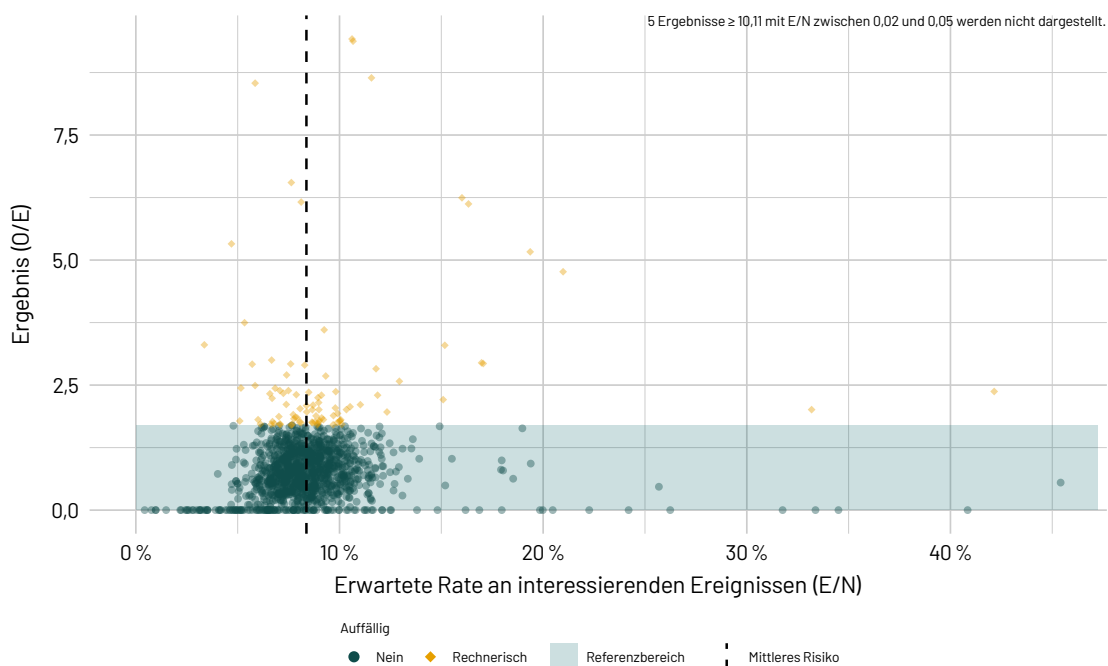
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

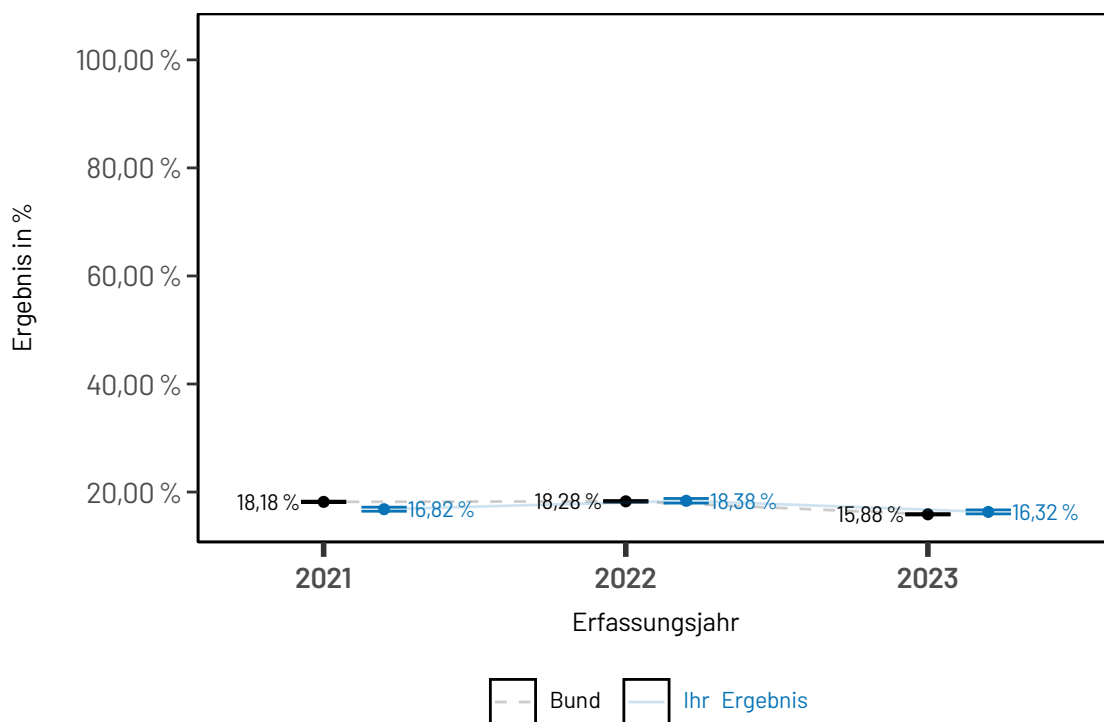
ID	231900
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

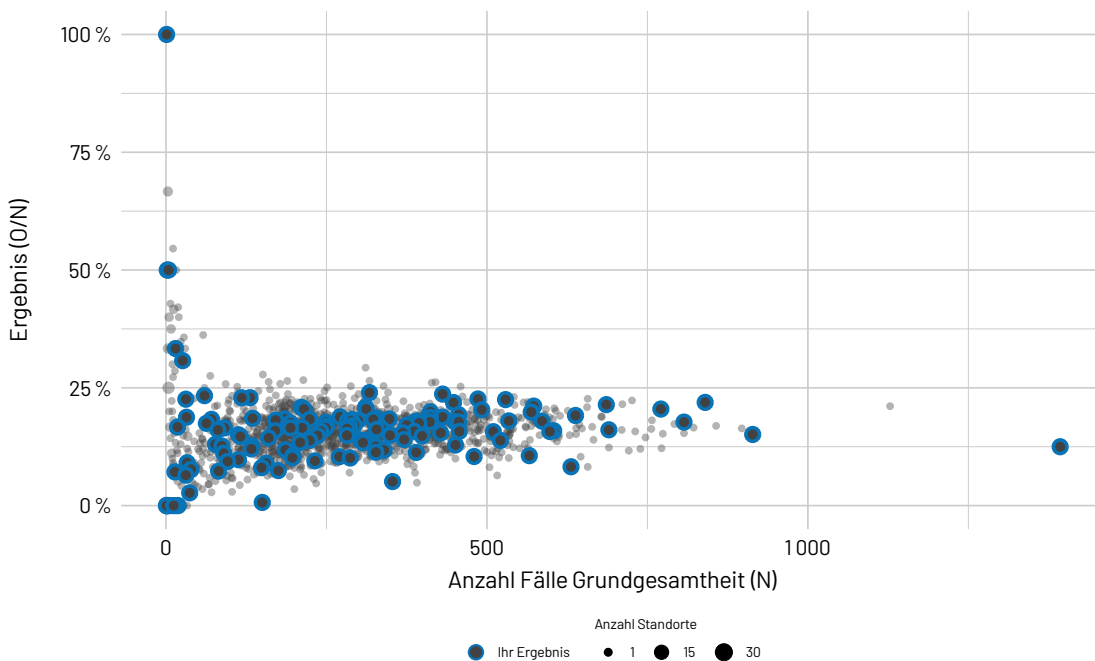
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	6.370 / 37.863	16,82 %	16,45 % - 17,20 %
	2022	5.774 / 31.414	18,38 %	17,96 % - 18,81 %
	2023	6.307 / 38.646	16,32 %	15,95 % - 16,69 %
Bund	2021	56.971 / 313.385	18,18 %	18,04 % - 18,31 %
	2022	49.593 / 271.285	18,28 %	18,14 % - 18,43 %
	2023	52.984 / 333.649	15,88 %	15,76 % - 16,00 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

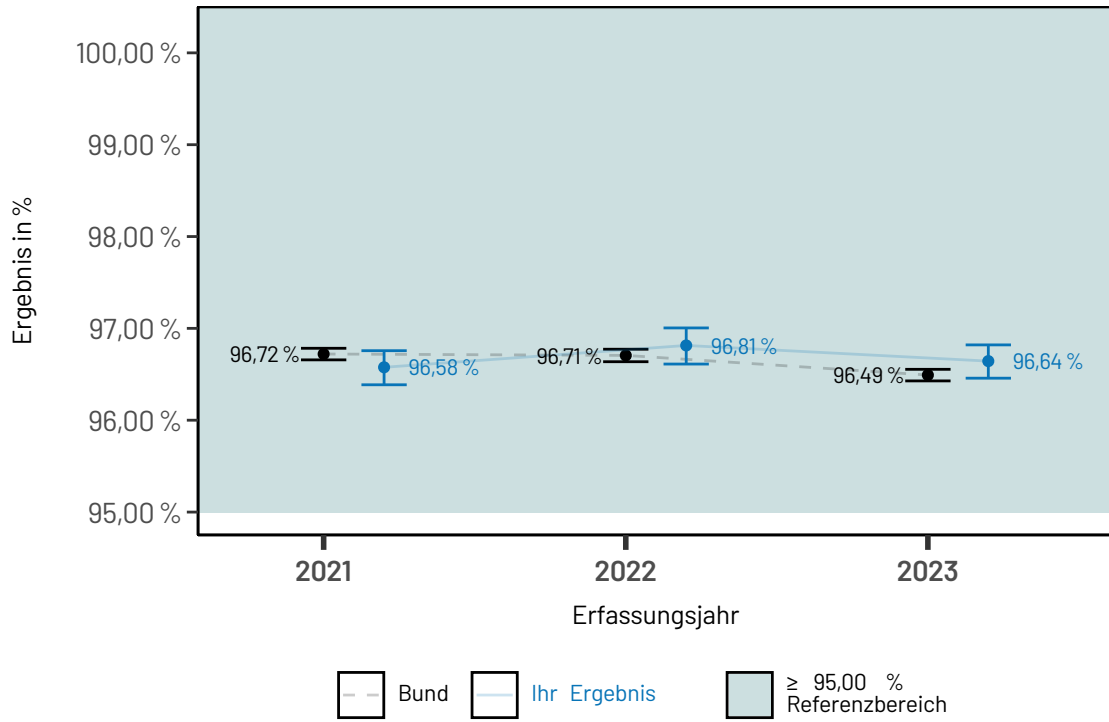
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
ID	50722
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

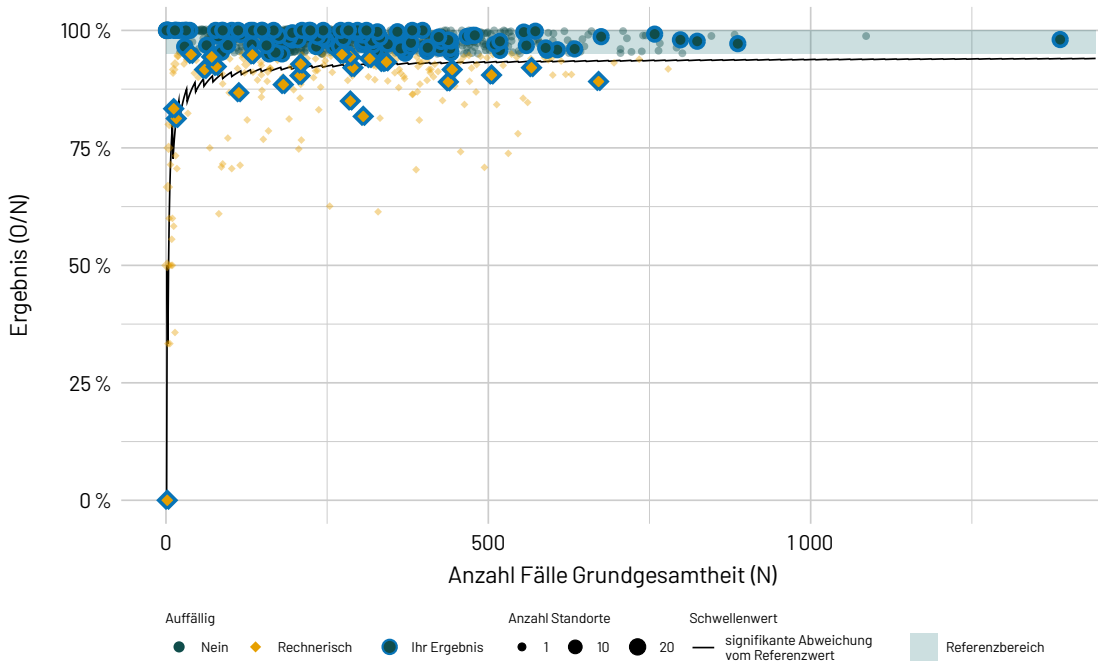
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	35.656 / 36.920	96,58 %	96,39 % - 96,76 %
	2022	29.689 / 30.666	96,81 %	96,61 % - 97,00 %
	2023	36.625 / 37.897	96,64 %	96,46 % - 96,82 %
Bund	2021	295.836 / 305.866	96,72 %	96,66 % - 96,78 %
	2022	256.324 / 265.056	96,71 %	96,64 % - 96,77 %
	2023	315.019 / 326.472	96,49 %	96,43 % - 96,55 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,64 % 36.625/37.897	96,49 % 315.019/326.472

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,49 % 29.973/31.062	96,41 % 260.729/270.426

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