

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 2025
Erfassungsjahr 2024

Impressum

Titel Ambulant erworbene Pneumonie. Länderbericht. Auswertungsjahr
2025

Abgabe 28. Mai 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrensupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Datengrundlagen	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	6
Ergebnisübersicht	8
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024	9
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024.	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	13
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	13
2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	13
2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	16
2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	19
Details zu den Ergebnissen	22
2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	23
Details zu den Ergebnissen	26
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme	28
Details zu den Ergebnissen	31
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	32
Details zu den Ergebnissen	35
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	36
Details zu den Ergebnissen	39
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus	40
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	40
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	44
Details zu den Ergebnissen	47
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	52
Details zu den Ergebnissen	55
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	56
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	56

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	56
811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“.....	58
851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben.....	60
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	62
850101: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation.....	62
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	64
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	66
Basisauswertung.....	68
Basisdokumentation.....	68
Patientin und Patient.....	68
Altersverteilung und Geschlecht.....	70
Aufnahme.....	72
CRB-65-Score.....	74
Verlauf.....	77
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	78
Entlassung.....	80
Sterblichkeit.....	84

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 bedingten Todesursachen 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 ca. 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.

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 auf folgenden Datenquellen :

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgenden Tabellen stellen die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabellen sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebe-
 ausgegeben. Bei der Standortebe-
 entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden
 Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und
 Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-
 Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der
 Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor
 und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kenn-
 zahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Land	Datensätze gesamt	46.283	45.927	100,78
	Basisdatensatz	46.253		
	MDS	30		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (Auswertungsstandorte) Land	130		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (entlassender Standorte) Land	128	127	100,79
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Land	110	109	100,92

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

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“.
- 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 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Ergebnis
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Nicht definiert	99,05 % O = 45.813 N = 46.253	98,92 % O = 386.268 N = 390.484
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,09 % O = 43.257 N = 43.653	98,98 % O = 369.852 N = 373.675
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,31 % O = 2.556 N = 2.600	97,66 % O = 16.416 N = 16.809
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	Nicht definiert	94,17 % O = 31.869 N = 33.841	94,05 % O = 275.223 N = 292.636
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	Nicht definiert	93,54 % O = 20.358 N = 21.764	93,18 % O = 170.721 N = 183.209
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Nicht definiert	95,72 % O = 33.794 N = 35.305	96,90 % O = 285.683 N = 294.808
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,27 % O = 33.201 N = 33.785	98,43 % O = 280.971 N = 285.464

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Ergebnis
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,83 O/E = 2.251 / 2.697,39 N = 40.230	0,88 O/E = 19.496 / 22.186,79 N = 340.975
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	13,21 % O = 6.109 N = 46.253	13,16 % O = 51.407 N = 390.484
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Nicht definiert	96,73 % O = 43.950 N = 45.436	97,01 % O = 371.511 N = 382.969

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

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	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit ¹	≤ 20,00 %	4,76 % 1.626 / 34.159	0,00 % 0 / 130	4,48 % 12.744 / 284.625	0,39 % 5 / 1.287
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ ²	≤ 16,39 % (97. Perzentil)	7,46 % 2.960 / 39.678	3,13 % 4 / 128	6,54 % 22.029 / 337.055	2,67 % 34 / 1.273
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben ³	≤ 50,00 %	16,46 % 381 / 2.315	0,88 % 1 / 113	14,06 % 2.755 / 19.590	0,44 % 5 / 1.135

Auffälligkeitskriterien			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,78 % 46.283 / 45.927	0,00 % 0 / 127	100,69 % 390.971 / 388.275	1,16 % 15 / 1.294
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,78 % 46.283 / 45.927	0,00 % 0 / 127	100,69 % 390.971 / 388.275	0,54 % 7 / 1.294
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,07 % 30 / 45.927	0,00 % 0 / 127	0,13 % 487 / 388.275	0,54 % 7 / 1.294

- ¹ Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.
- ² Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.
- ³ Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

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

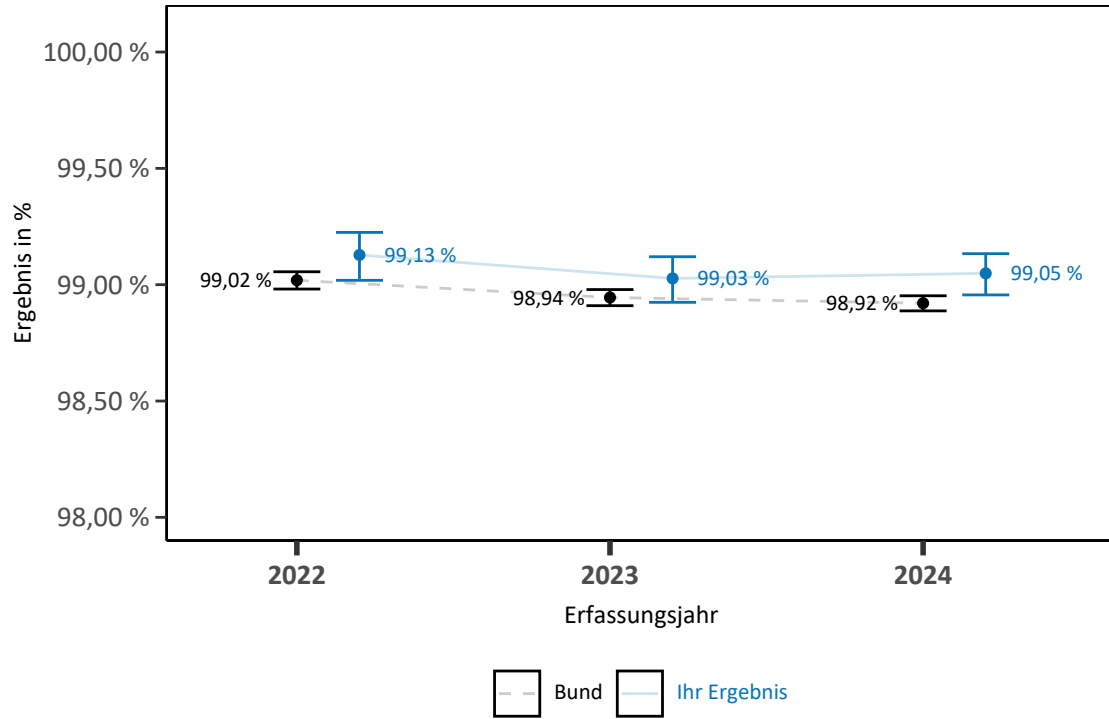
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024



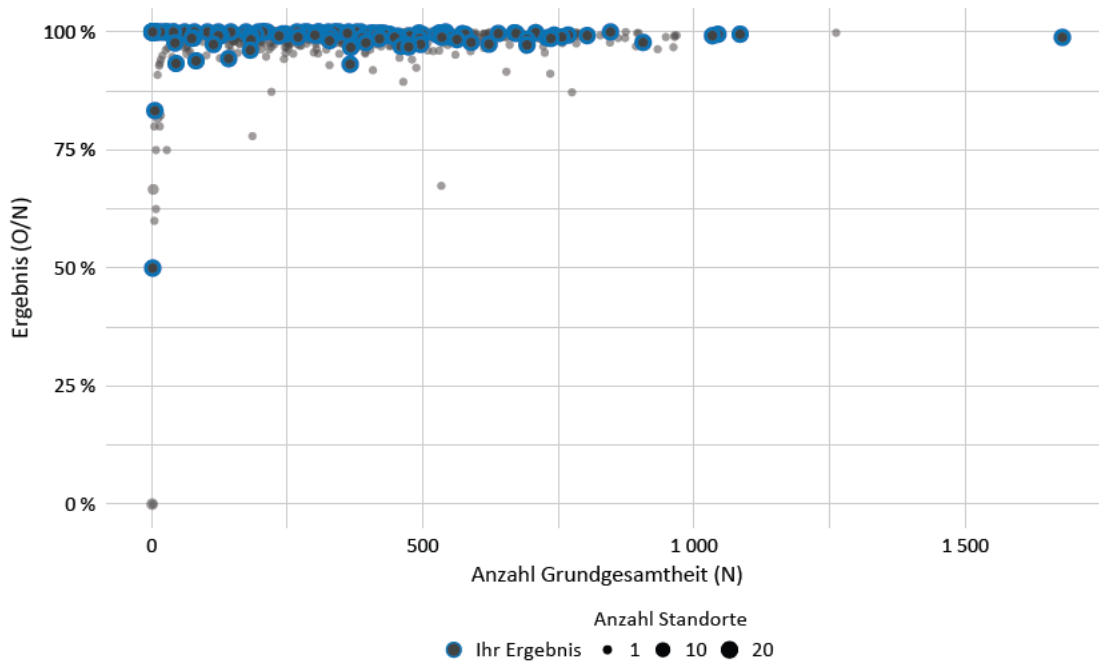
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	99,56

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

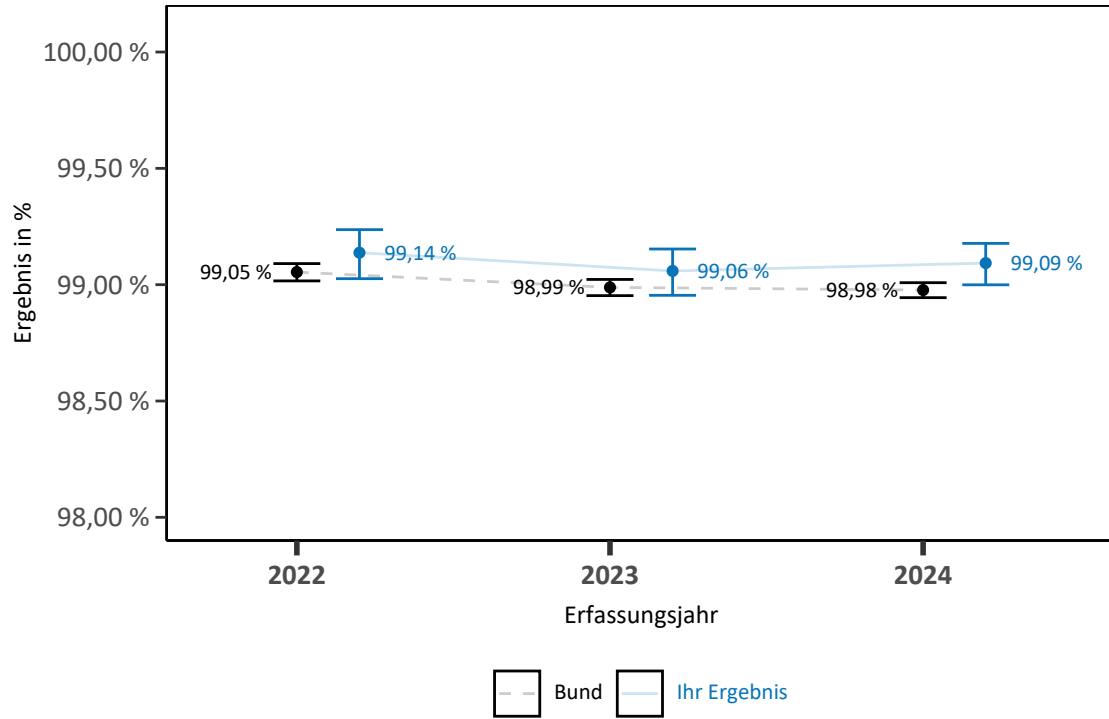
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024



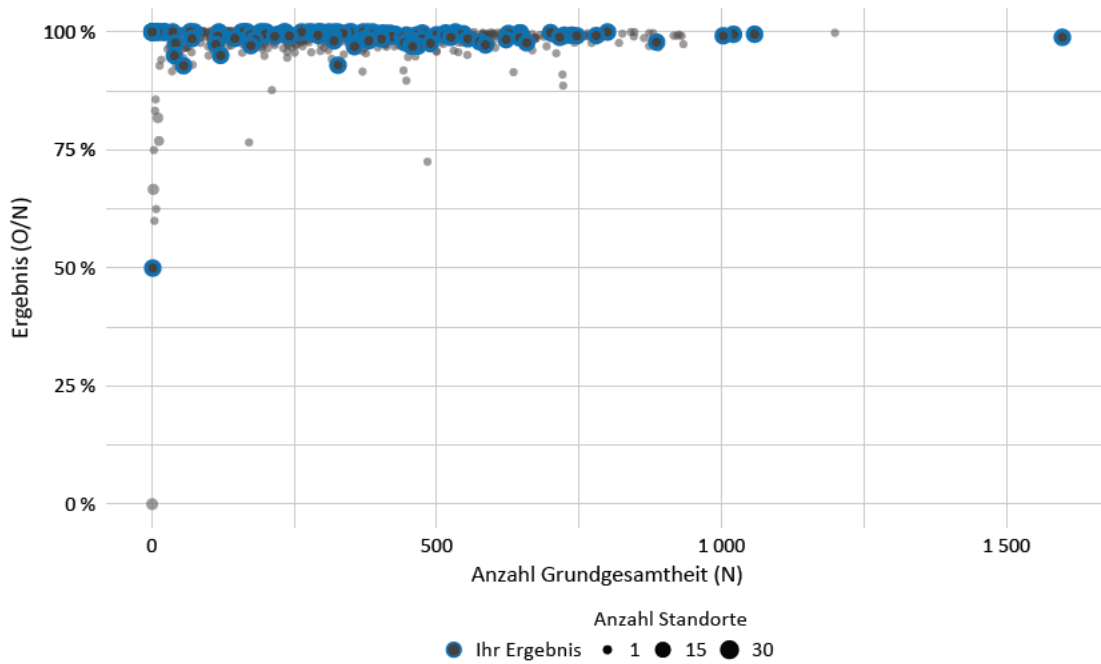
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.266	0	0,00	100,00	99,57

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

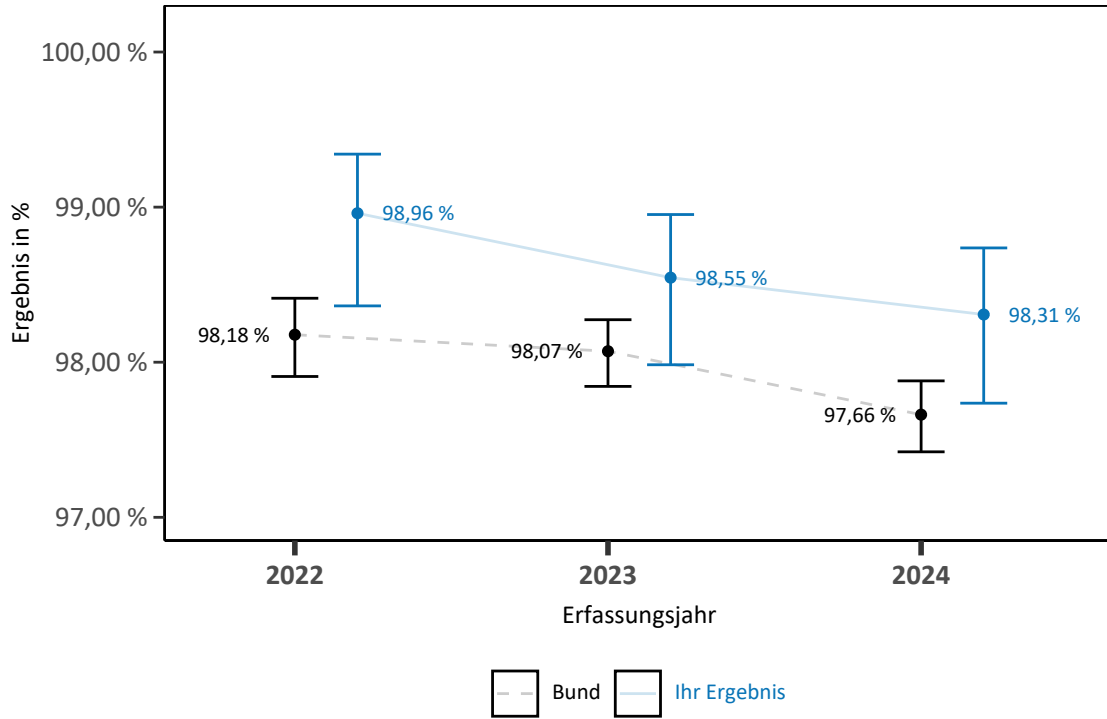
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024



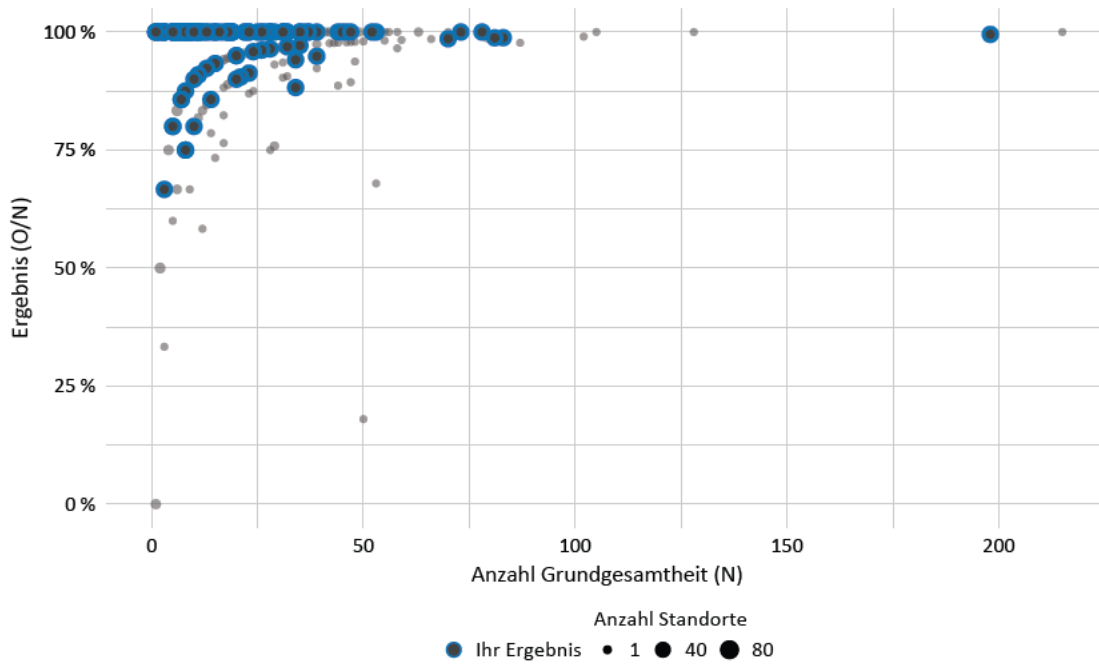
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.193	0	0,00	100,00	100,00

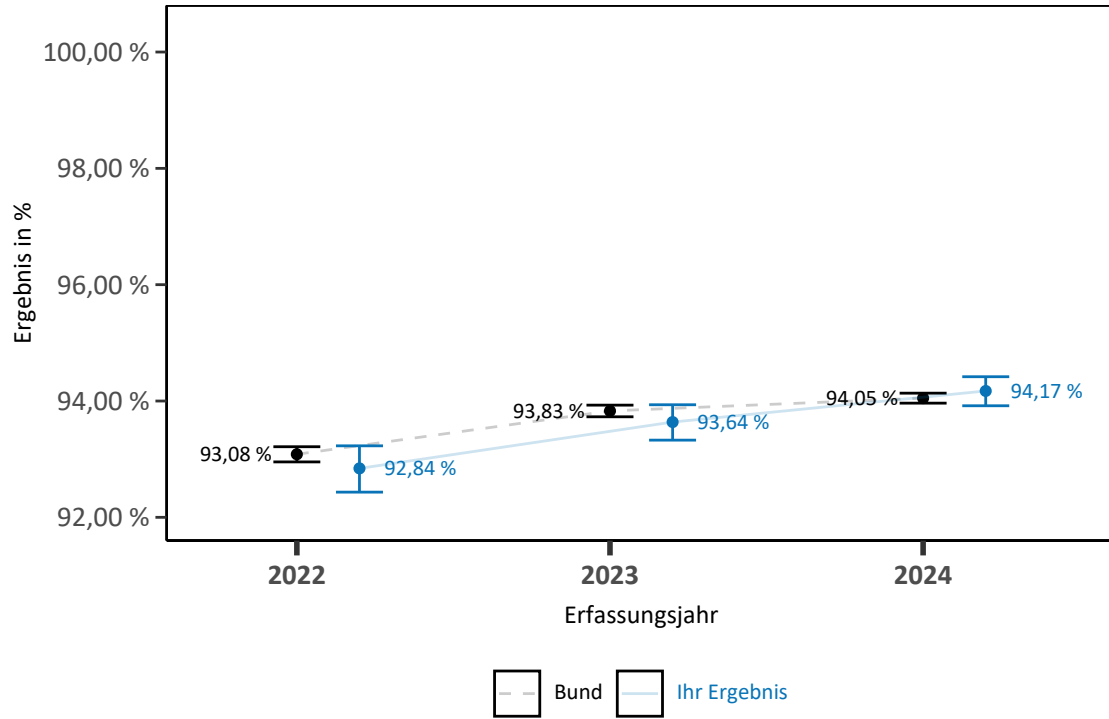
2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit 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	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

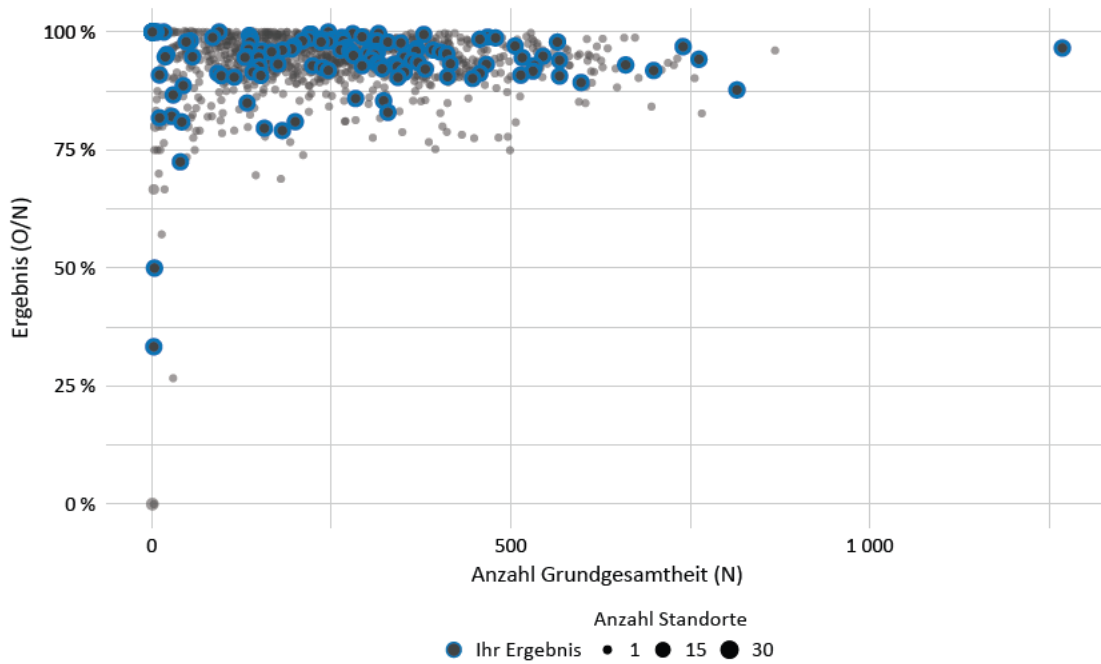


Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.259	0	0,00	100,00	95,29

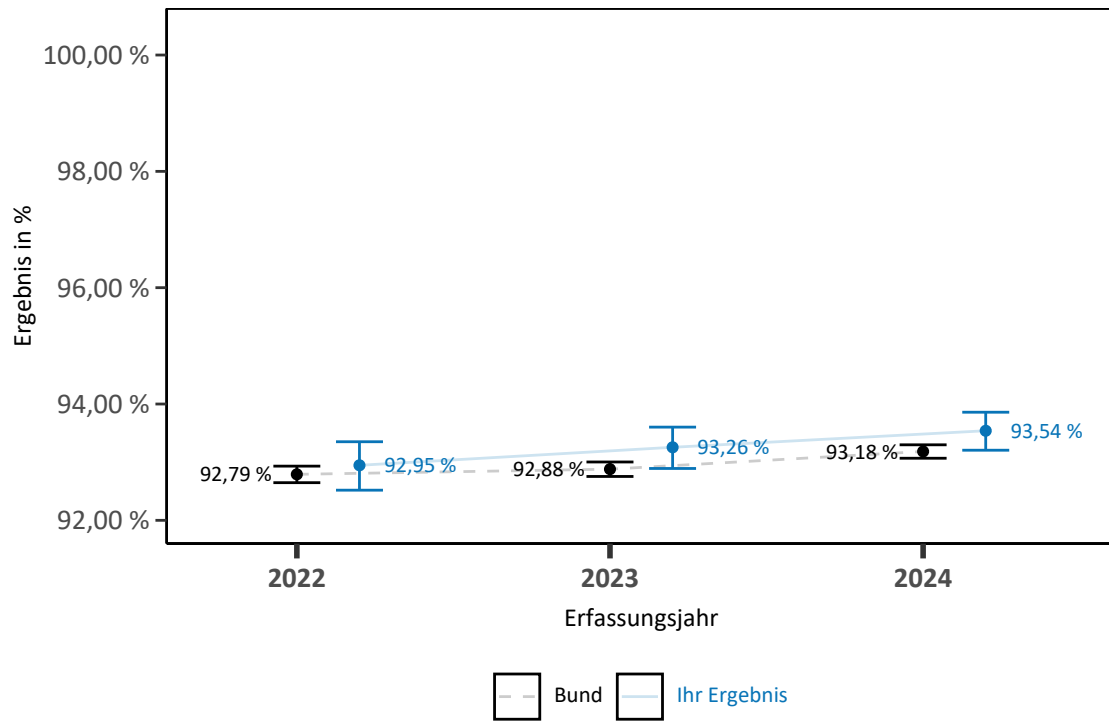
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
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 palliative Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

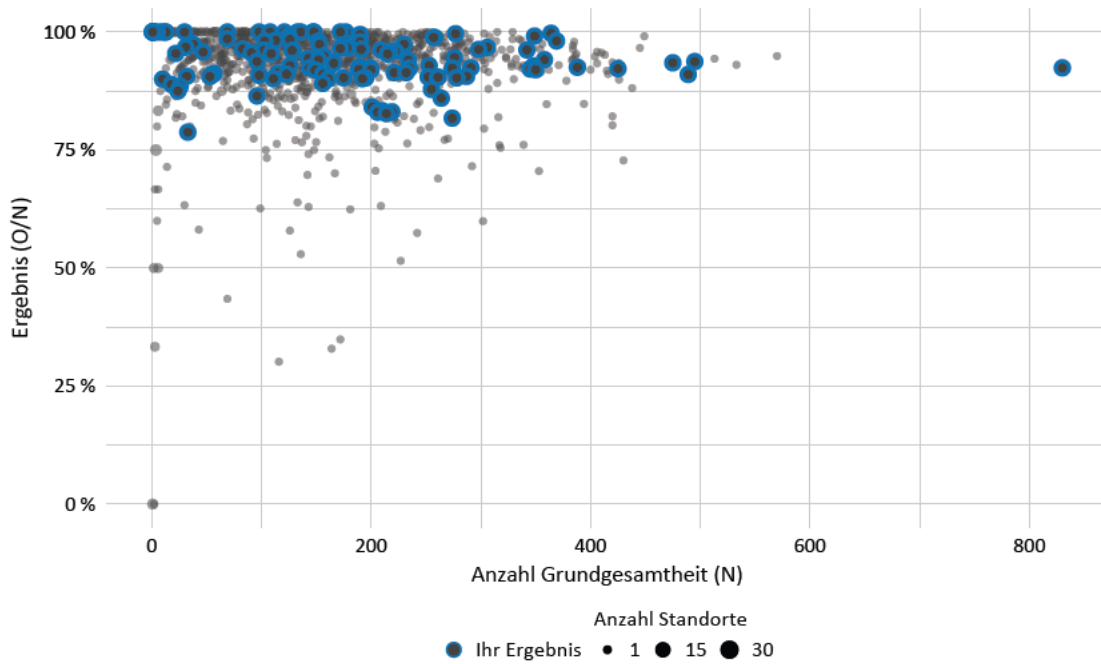


Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.252	0	0,00	100,00	95,54

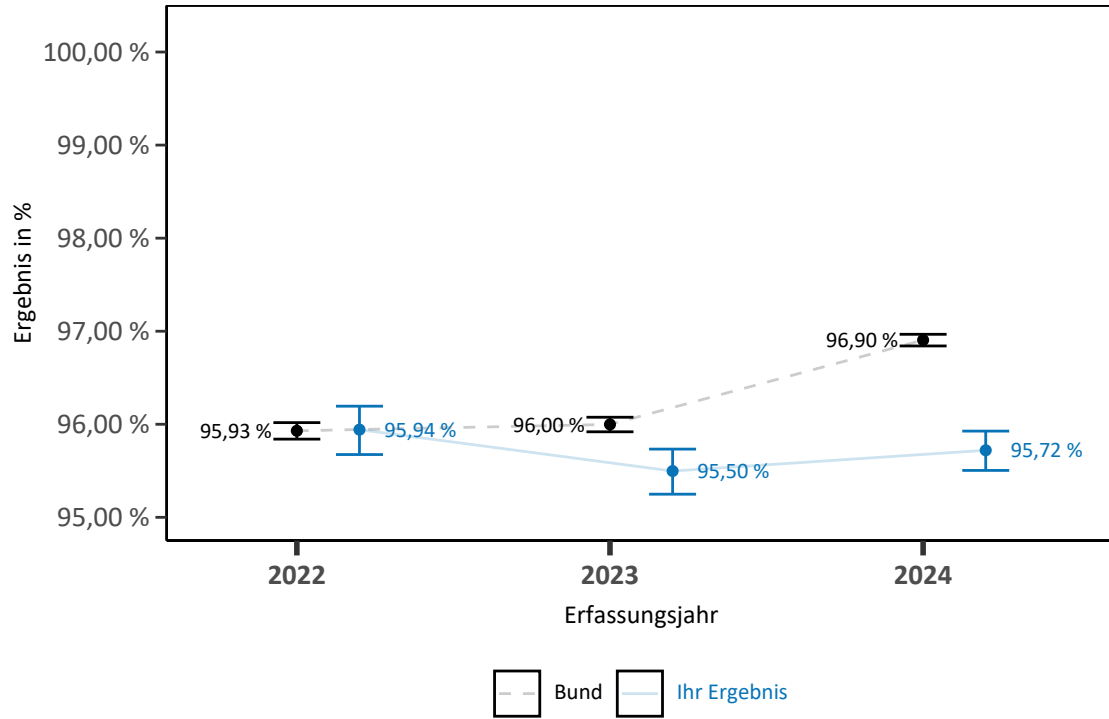
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
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 palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

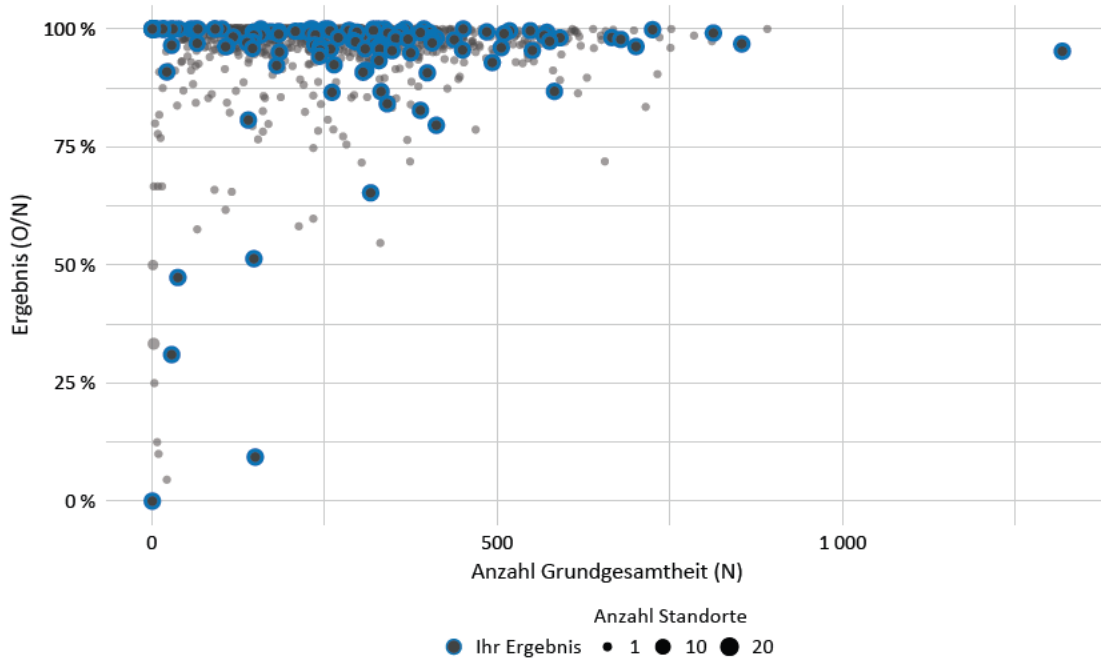


Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.263	0	0,00	100,00	99,06

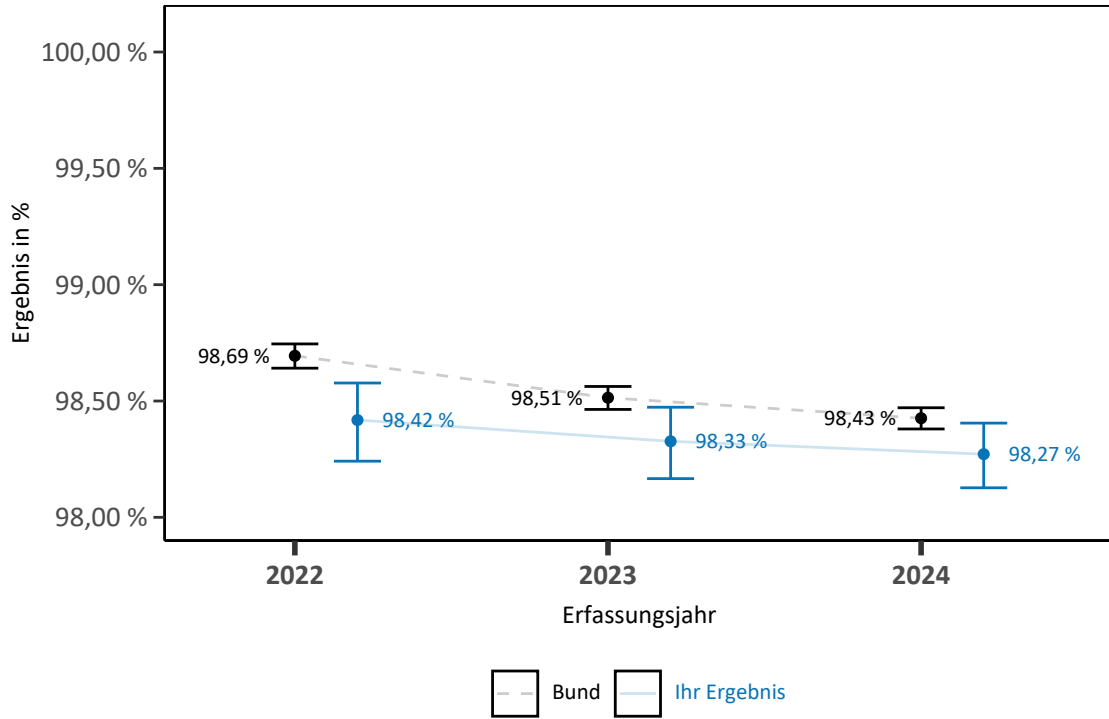
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
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 palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

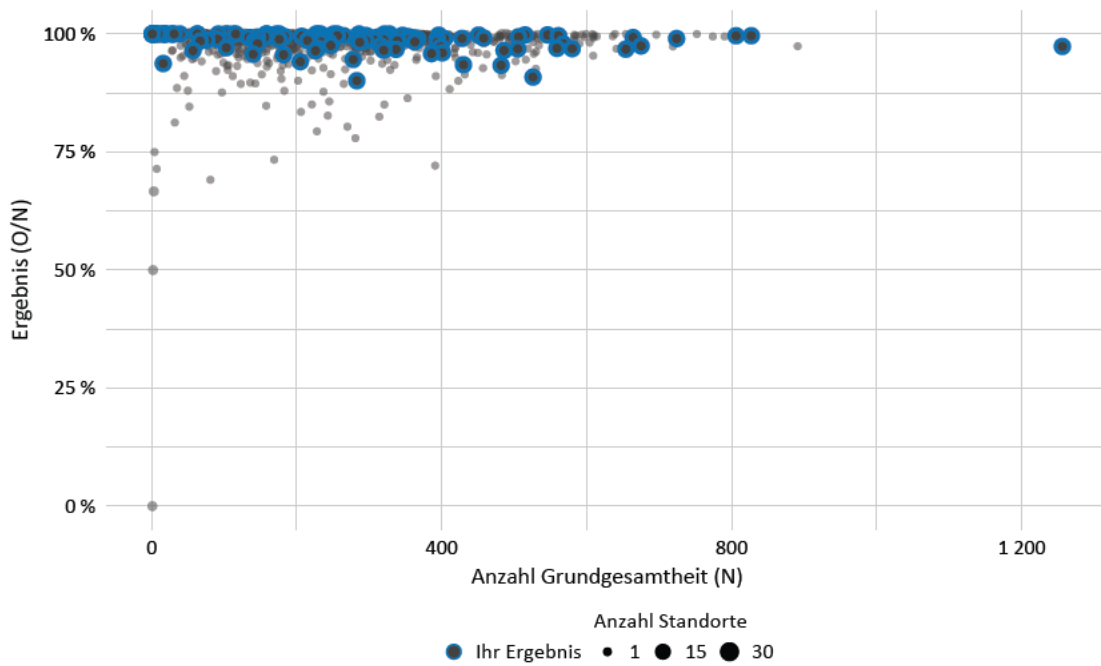


Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.252	0	0,00	100,00	99,55



--	--

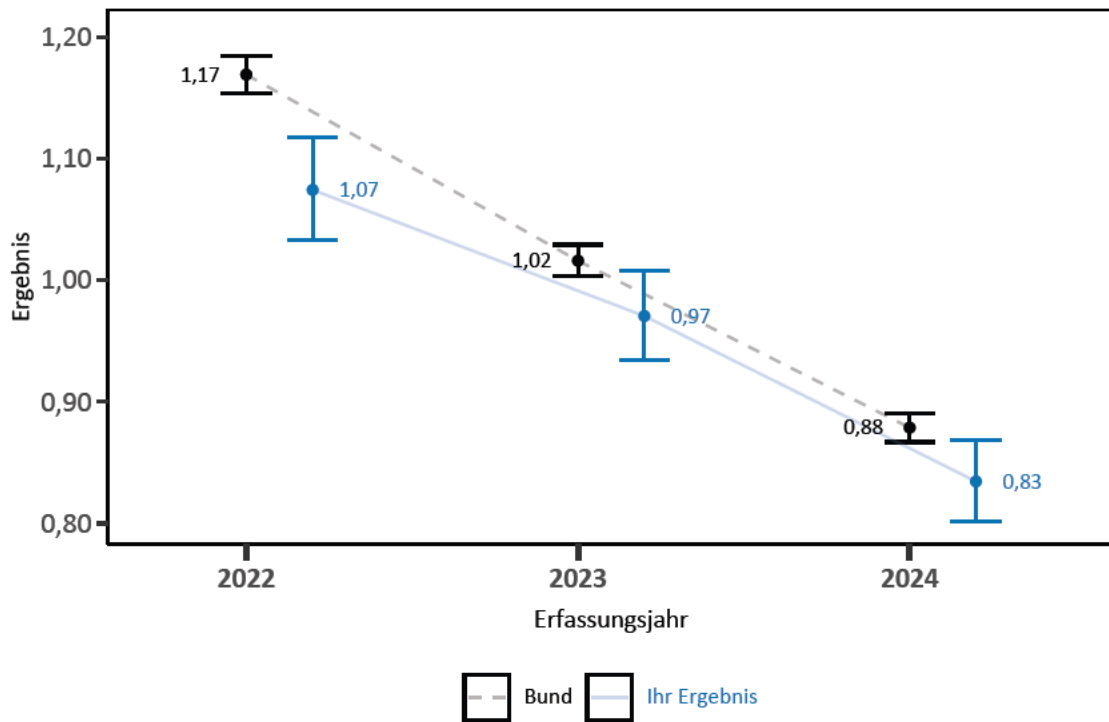
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit 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	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	<p>Geschlecht männlich vs. weiblich</p> <p>Alter (linear bis 100)</p> <p>Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung</p> <p>Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung</p> <p>Chronische Bettlägerigkeit</p> <p>Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme</p> <p>Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt</p> <p>Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt</p> <p>Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar</p> <p>Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17)</p> <p>Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17)</p> <p>Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43)</p> <p>Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100)</p> <p>Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60)</p> <p>Bösartige Tumorerkrankungen</p> <p>Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen & andere Herzerkrankungen</p> <p>chronische Lungenerkrankung</p> <p>chronische Magen-Darm- oder Lebererkrankungen</p> <p>chronische rheumatische Erkrankungen</p> <p>chronische zerebrovaskuläre oder neurologische Erkrankung</p>
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

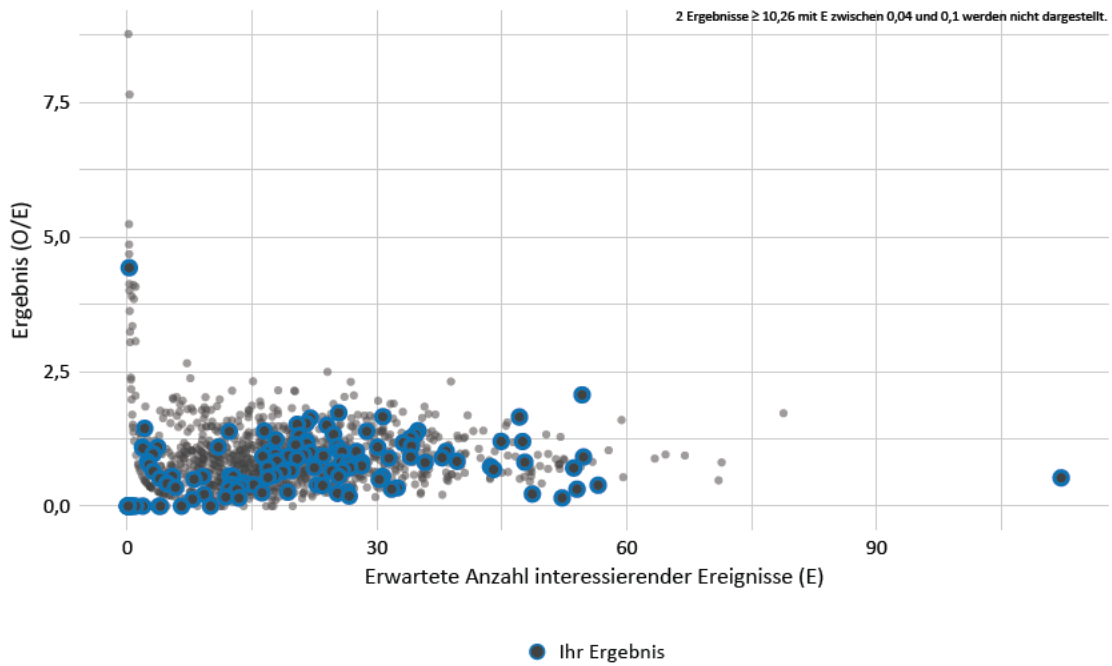
[Redacted Table]

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



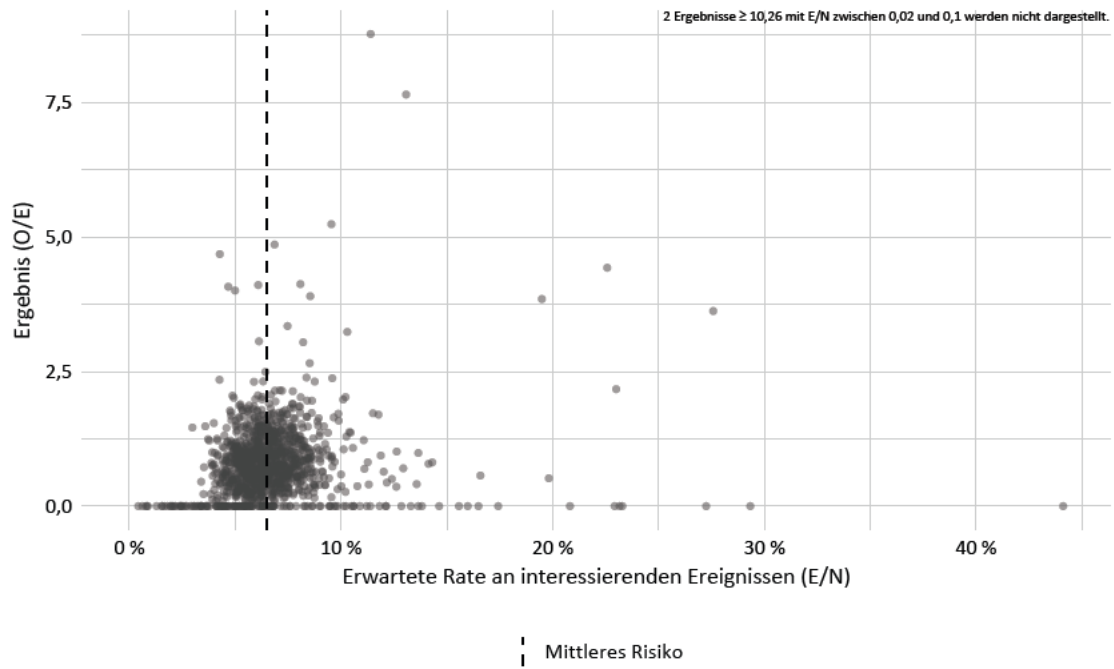
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.289	0	0,00	24,43	0,75

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



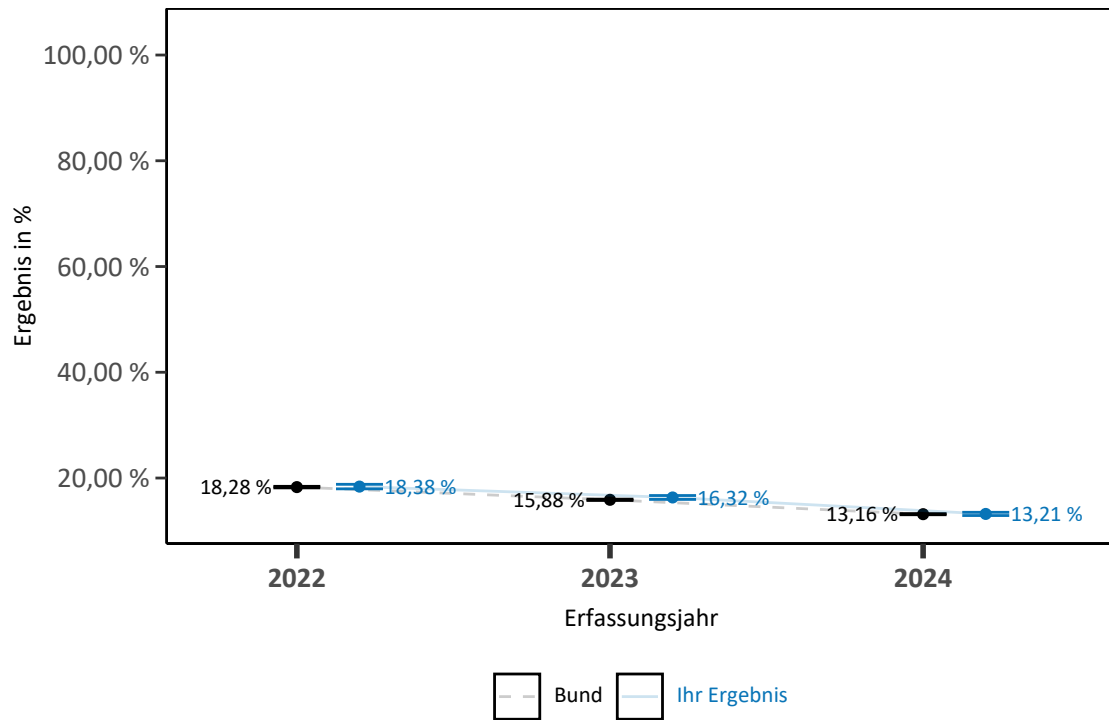
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

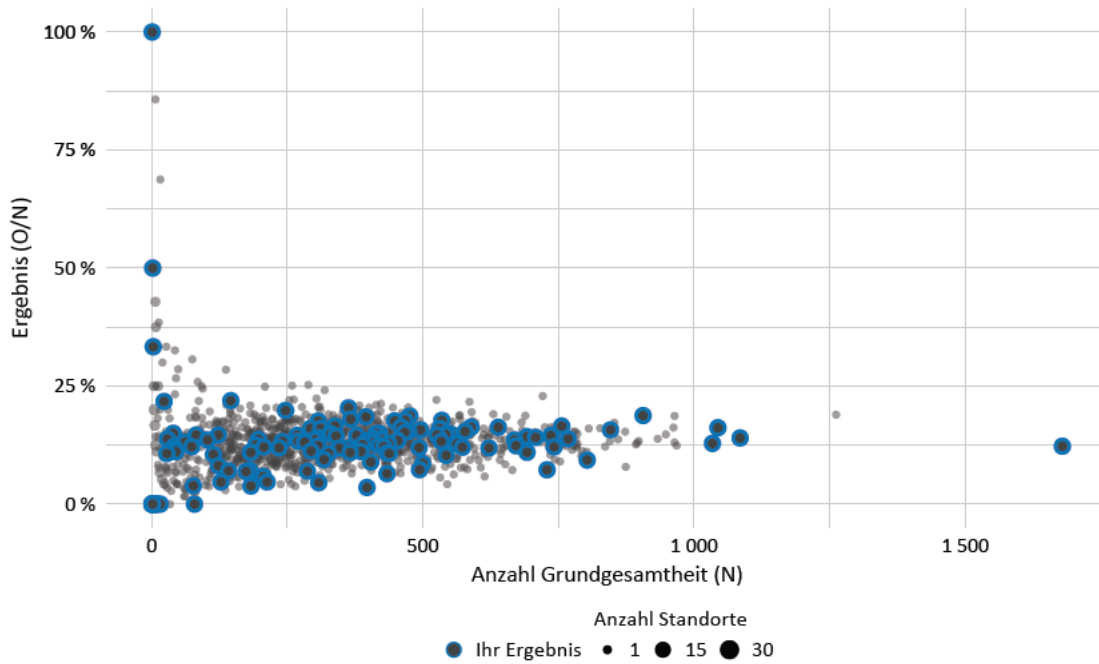


Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	12,69

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

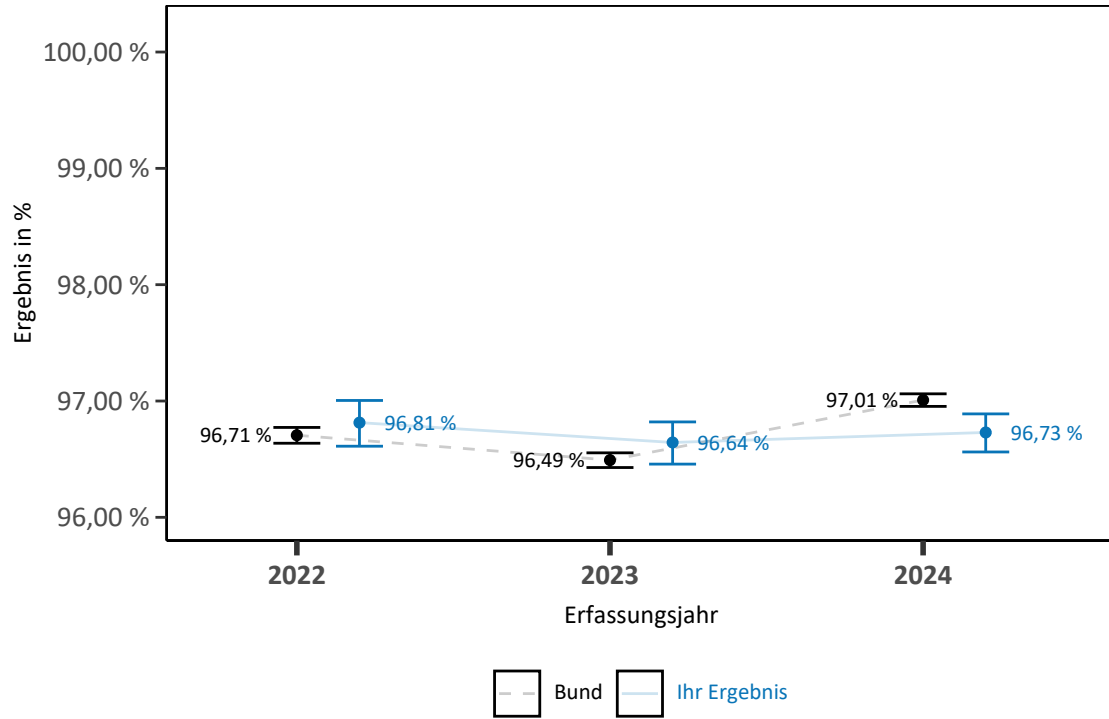
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024



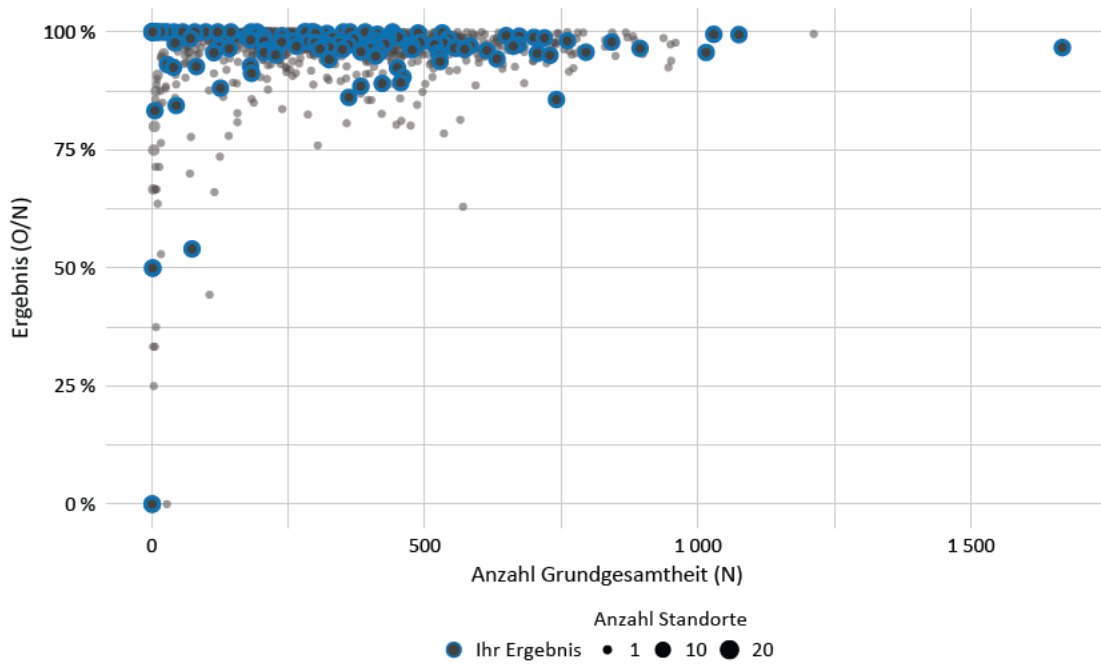
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	98,25