



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

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/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	8
Einleitung.....	10
Datengrundlagen.....	11
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	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).....	15
2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)....	17
Details zu den Ergebnissen.....	19
2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme.....	20
Details zu den Ergebnissen.....	22
2013: Frühmobilisation nach Aufnahme.....	24
Details zu den Ergebnissen.....	26
2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	27
Details zu den Ergebnissen.....	29
2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	30
Details zu den Ergebnissen.....	32
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	33
50778: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	33
231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert).....	36
Details zu den Ergebnissen.....	38
50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme.....	43
Details zu den Ergebnissen.....	45
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	46
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	46

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	46
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“.....	48
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben.....	50
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	52
850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	52
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	54
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	56
Basisauswertung.....	58
Basisdokumentation.....	58
Patient.....	58
Altersverteilung und Geschlecht.....	60
Aufnahme.....	61
CRB-65-Score.....	63
Verlauf.....	65
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung.....	66
Entlassung.....	68
Sterblichkeit.....	71

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. 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 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 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Aufgrund des Wechsels des Auswertungsmoduls 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.
- 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 2022

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“ 2022 nicht berücksichtigt.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,02 % O = 268.624 N = 271.285	98,98 % - 99,06 %
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,05 % O = 257.959 N = 260.422	99,02 % - 99,09 %
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,18 % O = 10.665 N = 10.863	97,91 % - 98,41 %
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,08 % O = 135.629 N = 145.705	92,95 % - 93,21 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	92,79 % O = 117.888 N = 127.047	92,65 % - 92,93 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	95,93 % O = 182.621 N = 190.369	95,84 % - 96,02 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,69 % O = 180.042 N = 182.424	98,64 % - 98,75 %
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,97 12.454 / 12.780,70 N = 155.062	0,96 - 0,99
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	16,84 % O = 30.656 N = 182.043	16,67 % - 17,01 %
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,71 % O = 256.324 N = 265.056	96,64 % - 96,77 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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 Vollständigkeit, 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 Vollständigkeit 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			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20,00 %	5,27 % 9.971 / 189.173	0,61 % 8 / 1.319
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 20,12 % (97. Perzentil)	8,30 % 14.230 / 171.489	2,63 % 34 / 1.293
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	≤ 50,00 %	12,92 % 2.335 / 18.079	0,86 % 10 / 1.168

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	101,32 % 271.548 / 268.013	1,19 % 16 / 1.348
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	101,32 % 271.548 / 268.013	2,67 % 36 / 1.348
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,10 % 263 / 268.013	0,37 % 5 / 1.348

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 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 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 der Indikatoren „2009 - Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ und „50778 - Sterblichkeit im Krankenhaus“ 2022 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

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 Vollständigkeit 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 2022 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 Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 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 Vollzähligkeit 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 Vollzähligkeitsanalyse 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 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	271.548	268.013	101,32
	Basisdatensatz	271.285		
	MDS	263		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.114		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.346		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.356	1.348	100,59

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

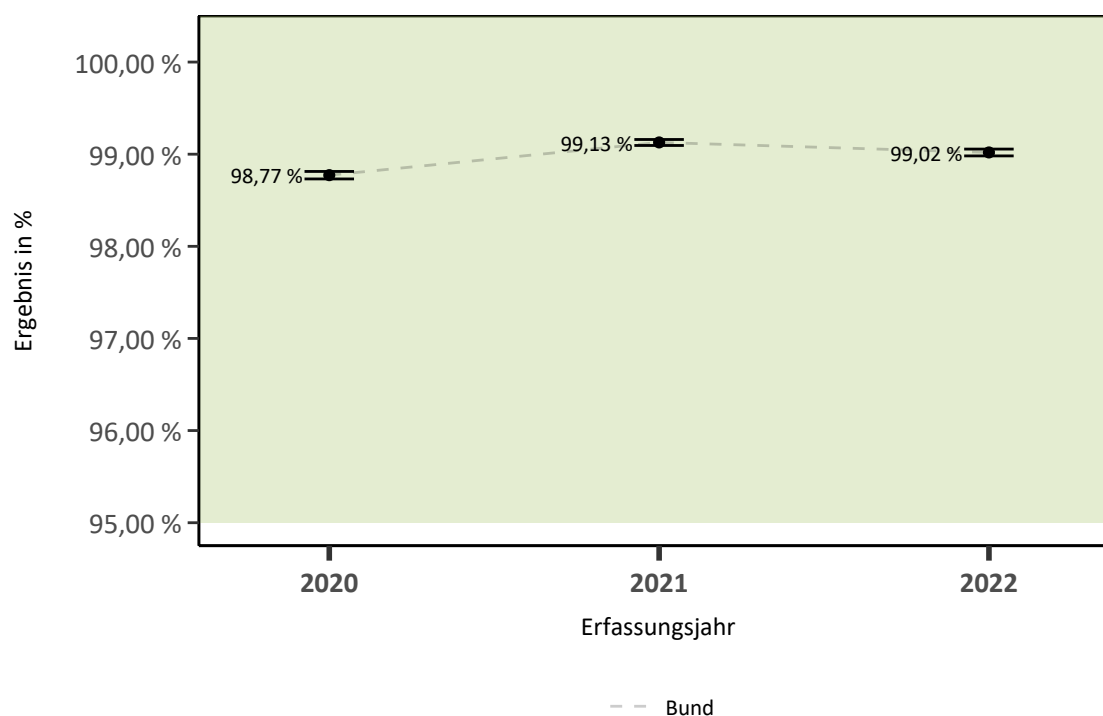
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
---------------	--

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

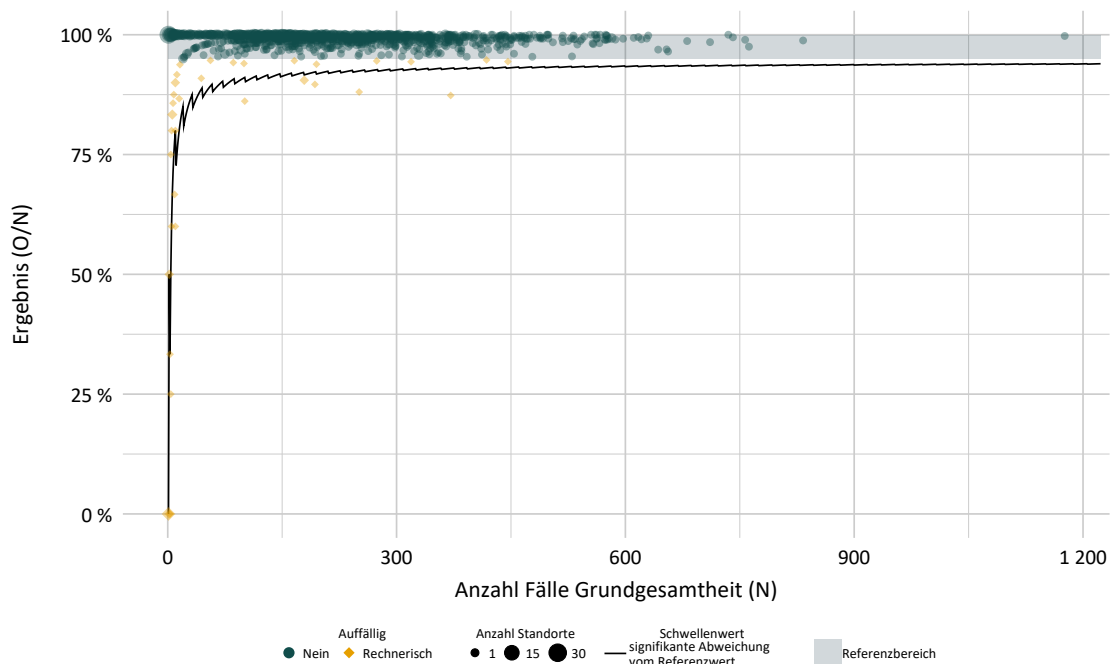
ID	2005
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

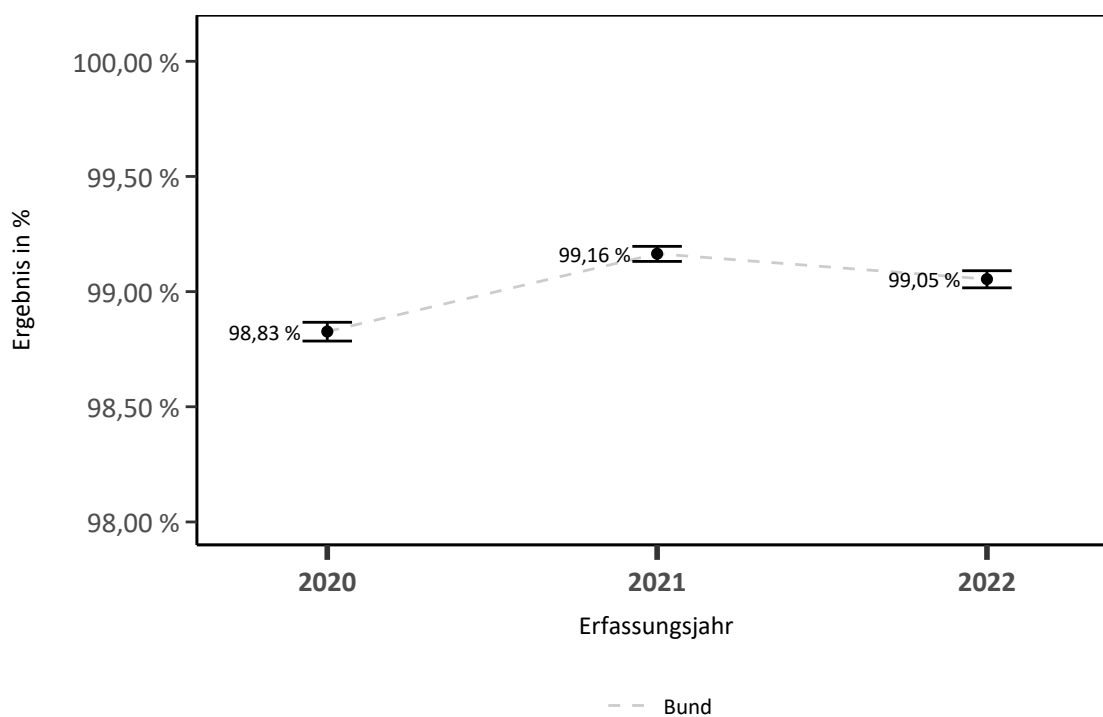
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	276.662 / 280.100	98,77 %	98,73 % - 98,81 %
	2021	310.651 / 313.385	99,13 %	99,09 % - 99,16 %
	2022	268.624 / 271.285	99,02 %	98,98 % - 99,06 %

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

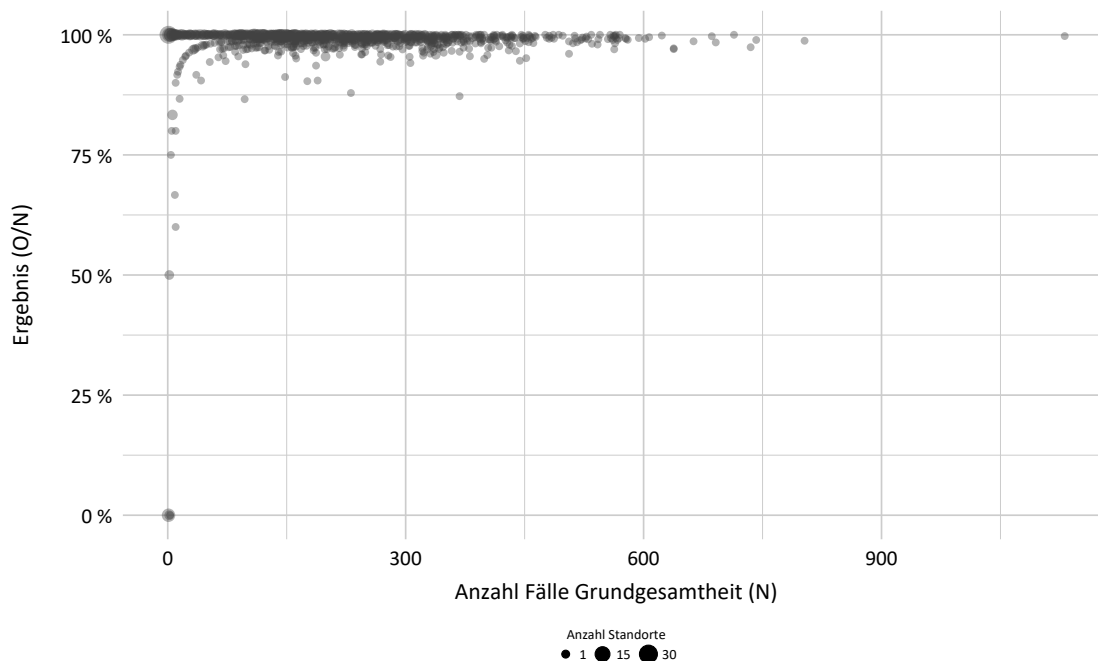
ID	2006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

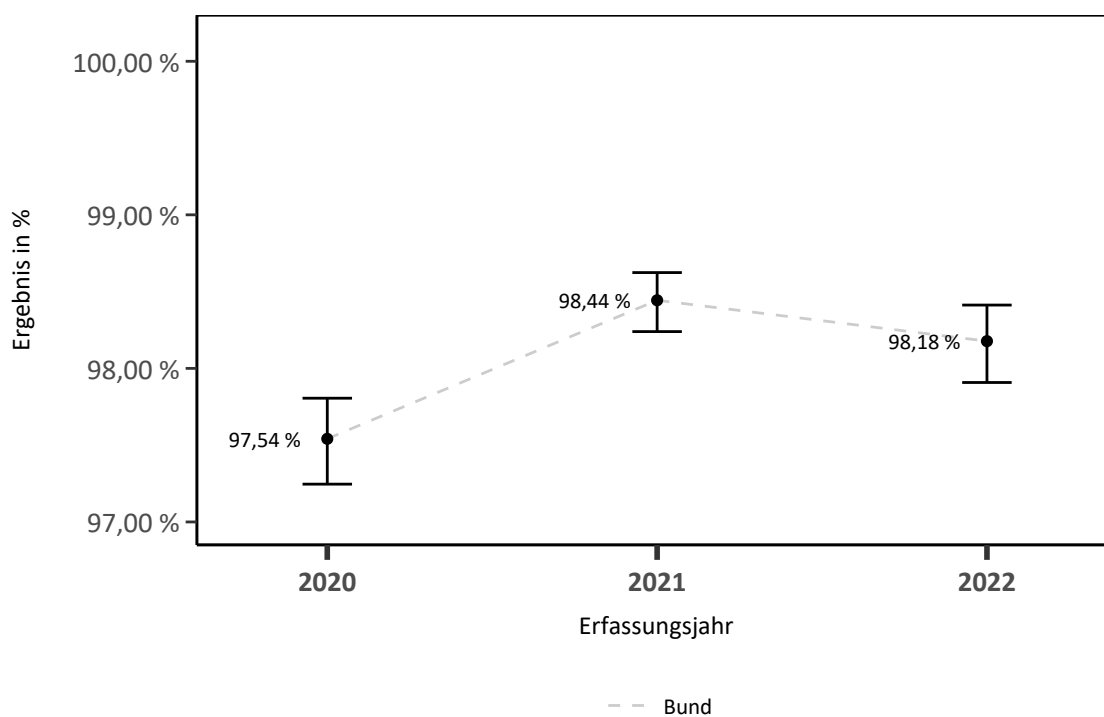
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	265.157 / 268.305	98,83 %	98,79 % - 98,87 %
	2021	294.903 / 297.388	99,16 %	99,13 % - 99,20 %
	2022	257.959 / 260.422	99,05 %	99,02 % - 99,09 %

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

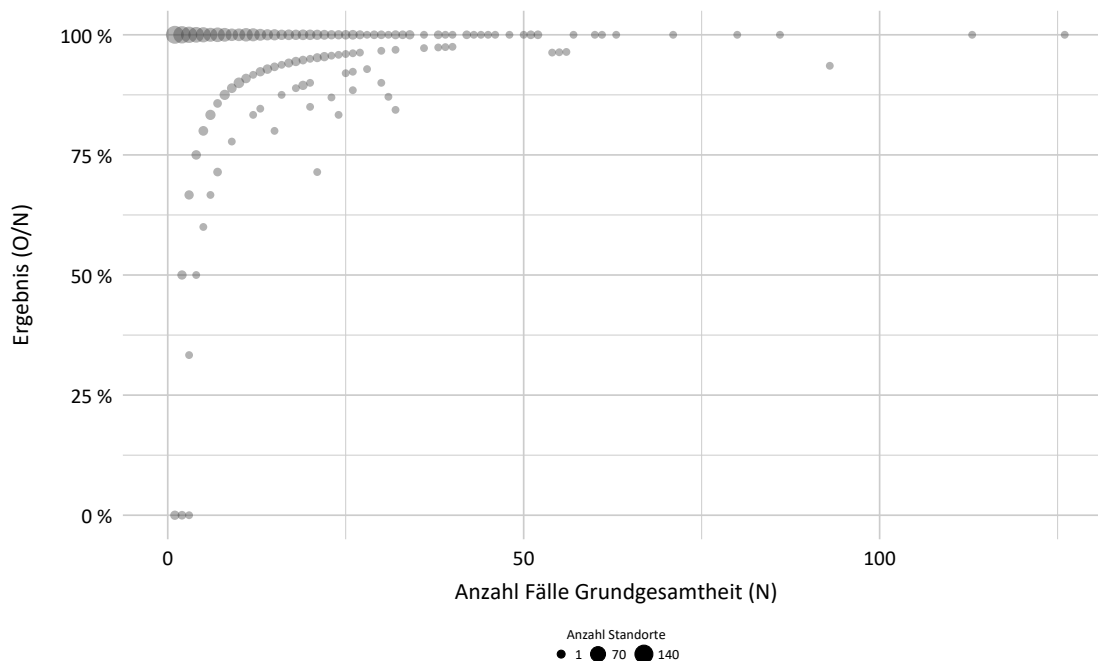
ID	2007
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	11.505 / 11.795	97,54 %	97,25 % - 97,81 %
	2021	15.748 / 15.997	98,44 %	98,24 % - 98,62 %
	2022	10.665 / 10.863	98,18 %	97,91 % - 98,41 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	99,02 % 268.624/271.285
1.1.1	ID: 2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	99,05 % 257.959/260.422
1.1.2	ID: 2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus	98,18 % 10.665/10.863

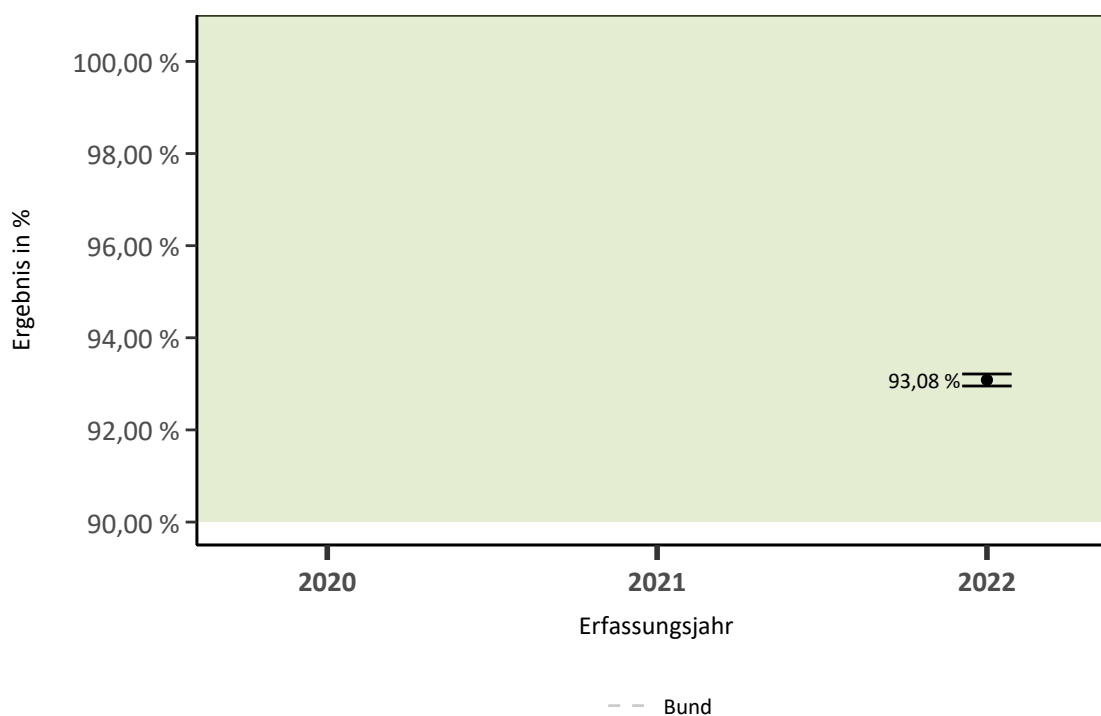
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 232000_2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	98,89 % 180.029/182.043
1.2.1	ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	98,93 % 173.730/175.610
1.2.2	ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,92 % 6.299/6.433

2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

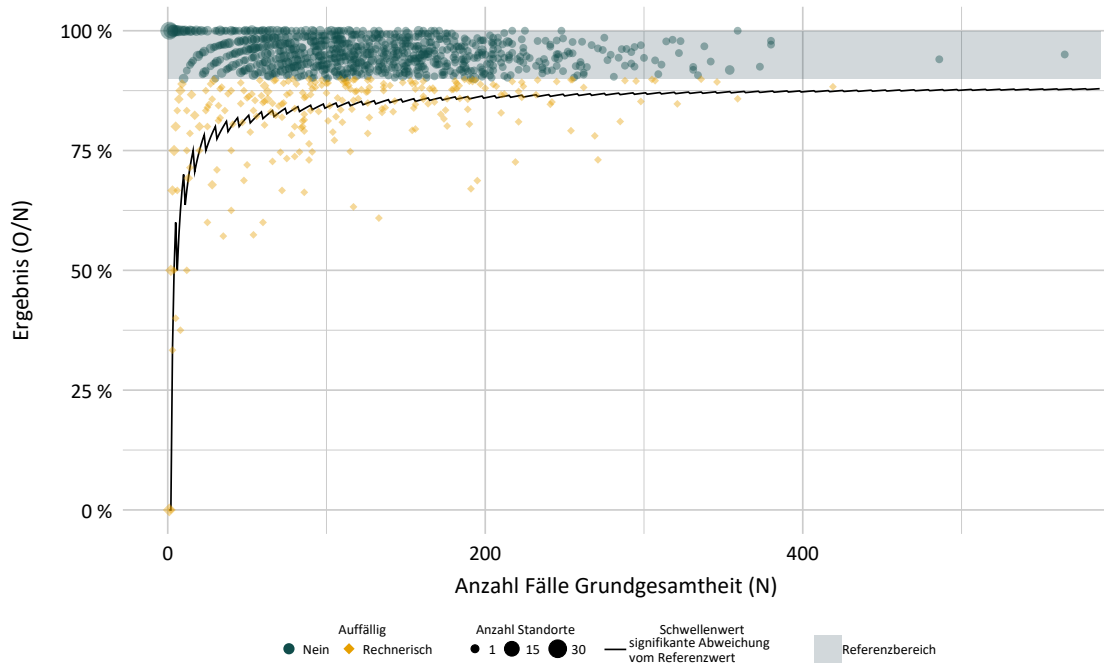
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen
ID	2009
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung 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 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	138.399 / 147.318	93,95 %	93,82 % - 94,07 %
	2021	103.707 / 112.067	92,54 %	92,38 % - 92,69 %
	2022	135.629 / 145.705	93,08 %	92,95 % - 93,21 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 155.062/155.062
2.1.1	ID: 23_22001 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	92,53 % 143.475/155.062
2.1.1.1	ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	91,41 % 26.503/28.995
2.1.1.2	ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	92,63 % 109.482/118.196
2.1.1.3	ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,16 % 7.490/7.871
2.1.2	ID: 23_22005 Ohne antimikrobielle Therapie	2,44 % 3.789/155.062

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose)	100,00 % 145.705/145.705
2.2.1	ID: 2009 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	93,08 % 135.629/145.705
2.2.1.1	ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	92,21 % 25.196/27.325
2.2.1.2	ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,16 % 103.894/111.523
2.2.1.3	ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,36 % 6.539/6.857
2.2.2	ID: 232003_2009 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	92,65 % 144.717/156.197
2.2.3	ID: 23_22010 Ohne antimikrobielle Therapie	1,90 % 2.763/145.705

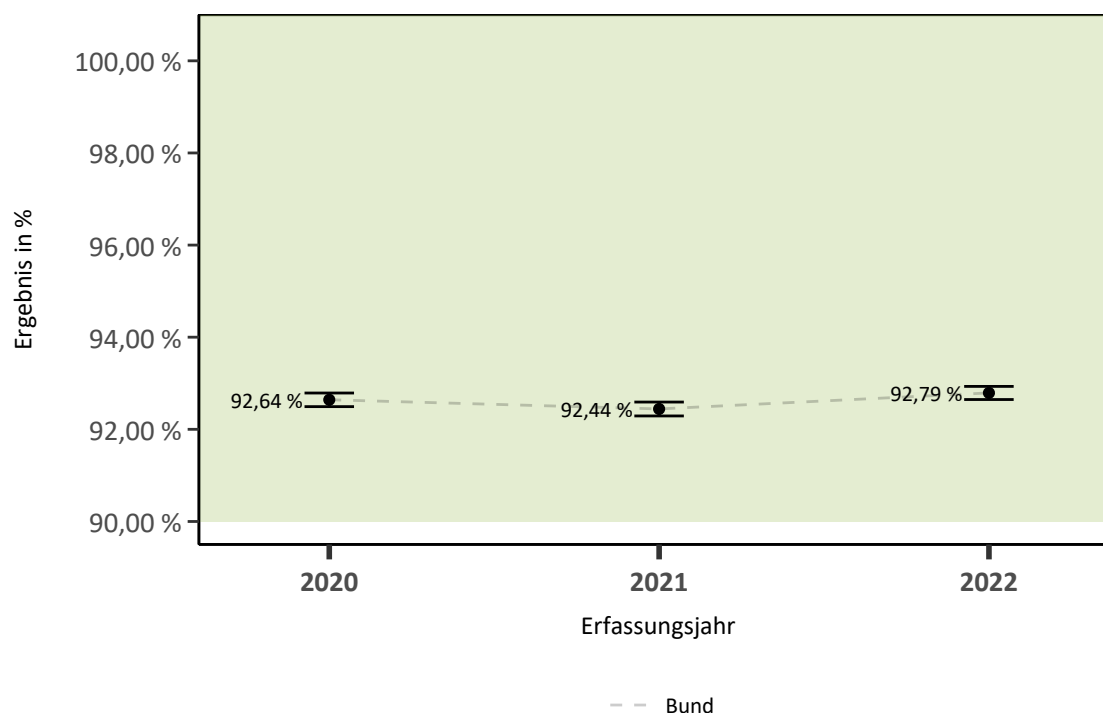
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne dokumentierte Therapieeinstellung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 5.300/5.300
2.3.1	ID: 23_22012 Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	91,85 % 4.868/5.300
2.3.2	ID: 23_22013 Ohne antimikrobielle Therapie	4,00 % 212/5.300

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

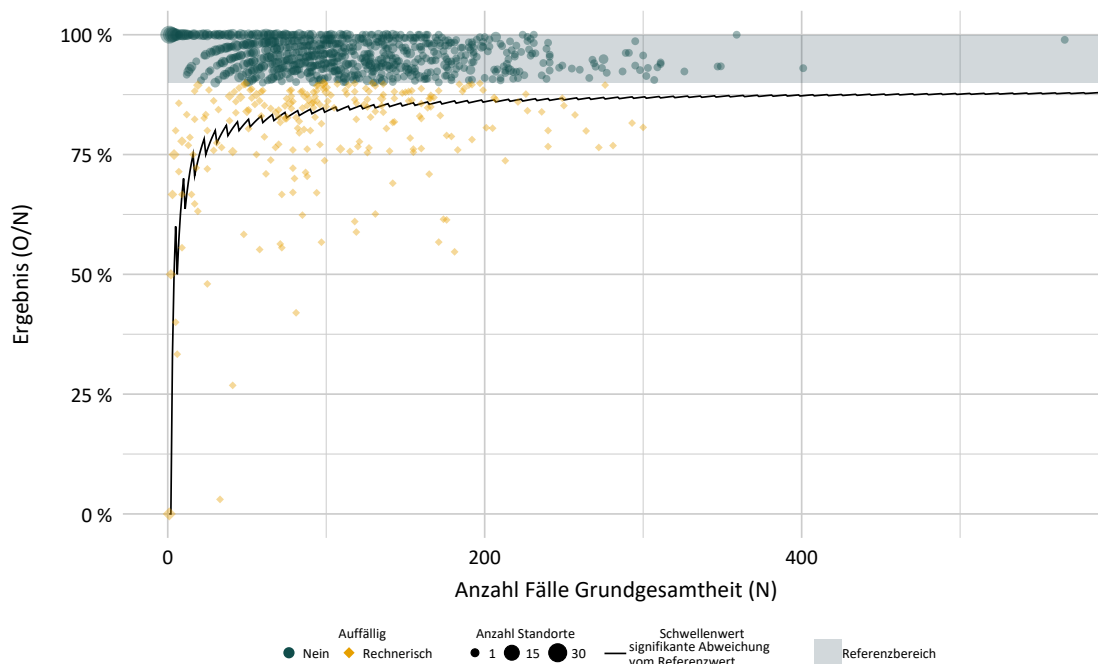
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
ID	2013
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte 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



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	111.396 / 120.243	92,64 %	92,49 % - 92,79 %
	2021	108.645 / 117.527	92,44 %	92,29 % - 92,59 %
	2022	117.888 / 127.047	92,79 %	92,65 % - 92,93 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 23_22016 Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde ¹	93,00 % 150.934/162.295
3.1.1	ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	95,17 % 30.667/32.222
3.1.2	ID: 2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)	92,79 % 117.888/127.047
3.1.3	ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	93,14 % 79.885/85.770
3.1.4	ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	78,62 % 2.379/3.026

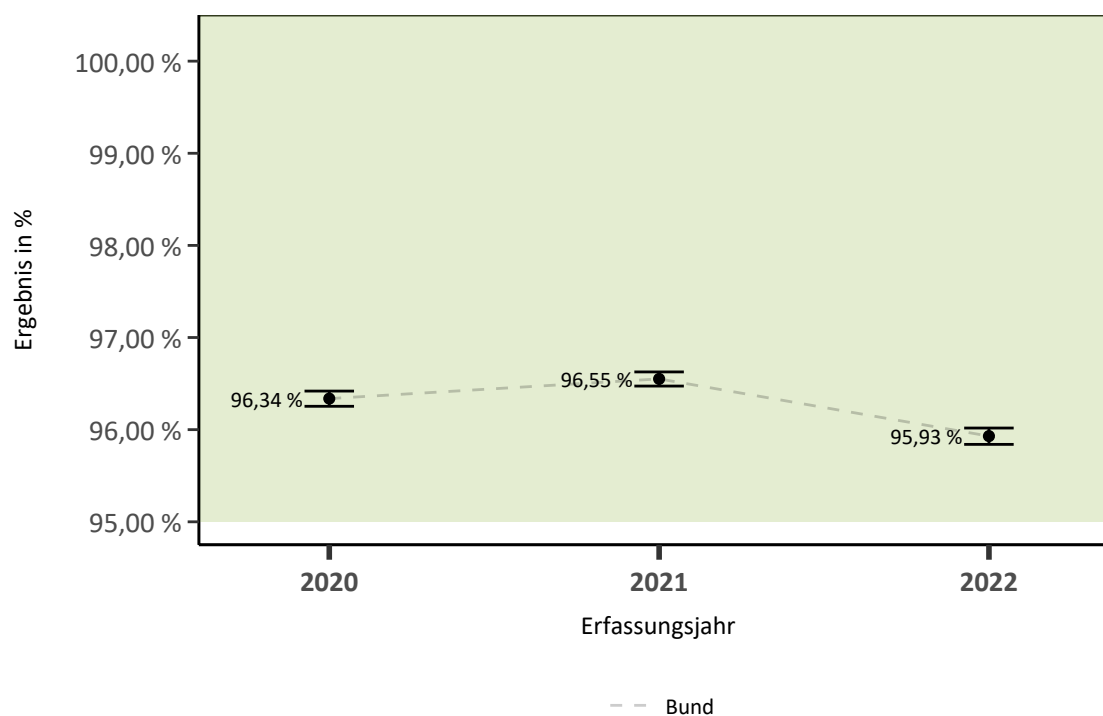
¹ Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

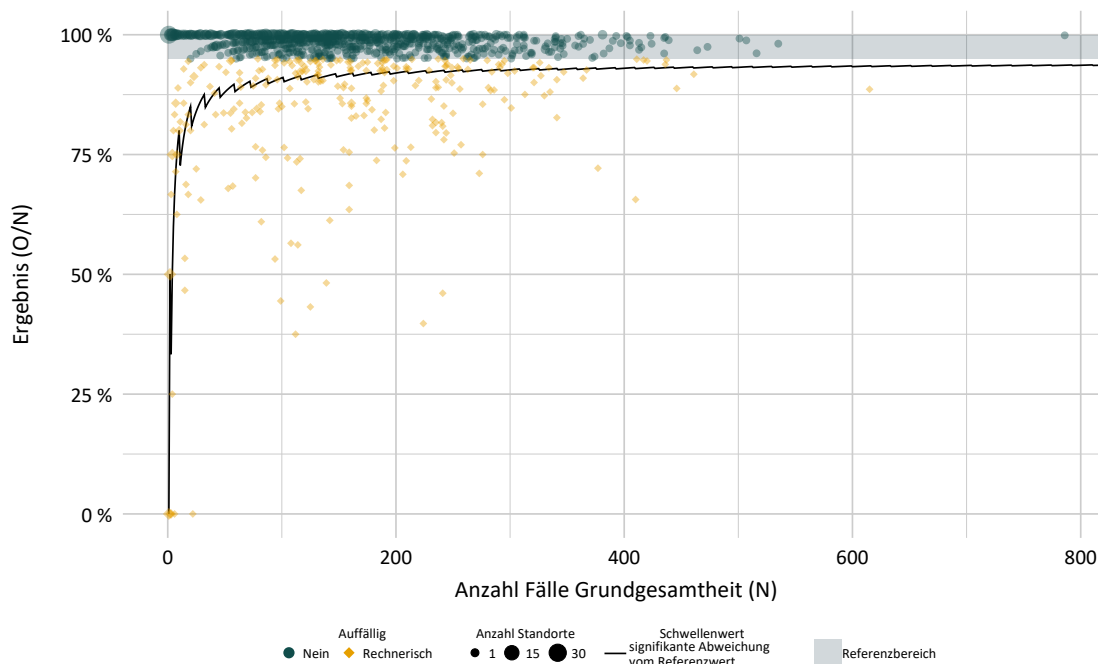
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
ID	2028
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre 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 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	191.662 / 198.949	96,34 %	96,25 % - 96,42 %
	2021	208.935 / 216.399	96,55 %	96,47 % - 96,63 %
	2022	182.621 / 190.369	95,93 %	95,84 % - 96,02 %

Details zu den Ergebnissen

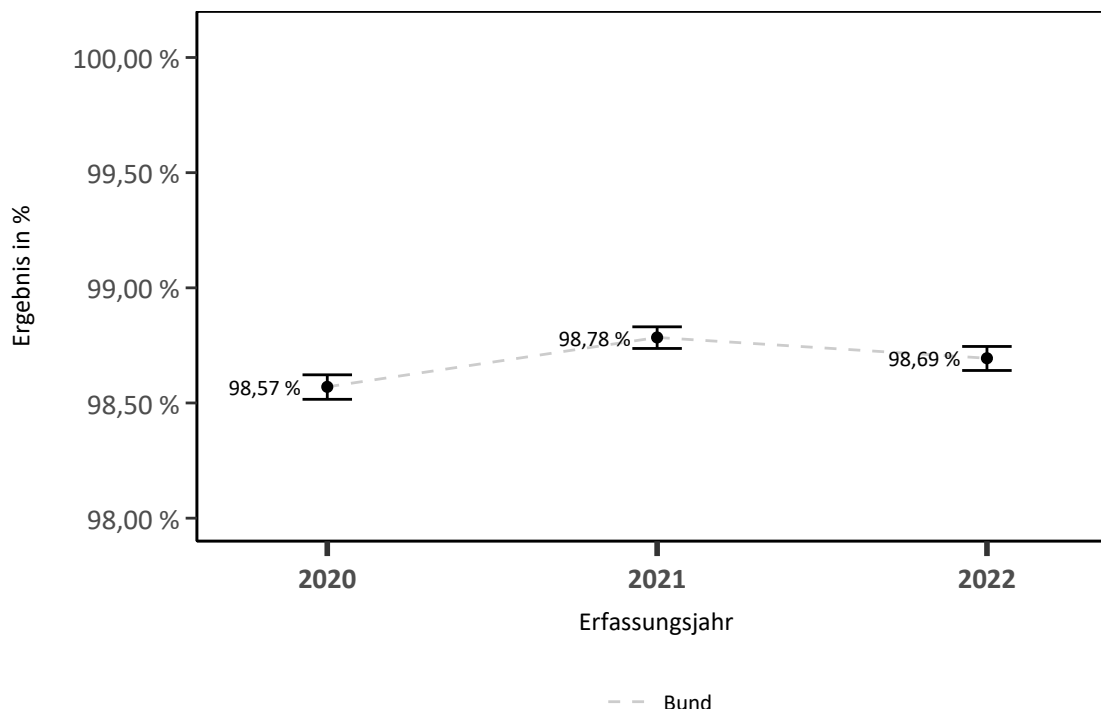
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	ID: 2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt	95,93 % 182.621/190.369
4.1.2	ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	95,40 % 124.062/130.044
4.1.3	ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 190.369/190.369
4.1.4	ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 190.369/190.369
4.1.5	ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	96,35 % 183.426/190.369
4.1.6	ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen	99,80 % 189.995/190.369
4.1.7	ID: 23_22023 Temperatur gemessen	99,80 % 189.981/190.369
4.1.8	ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen	99,22 % 188.886/190.369
4.1.9	ID: 23_22025 Blutdruck gemessen	99,80 % 189.981/190.369

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

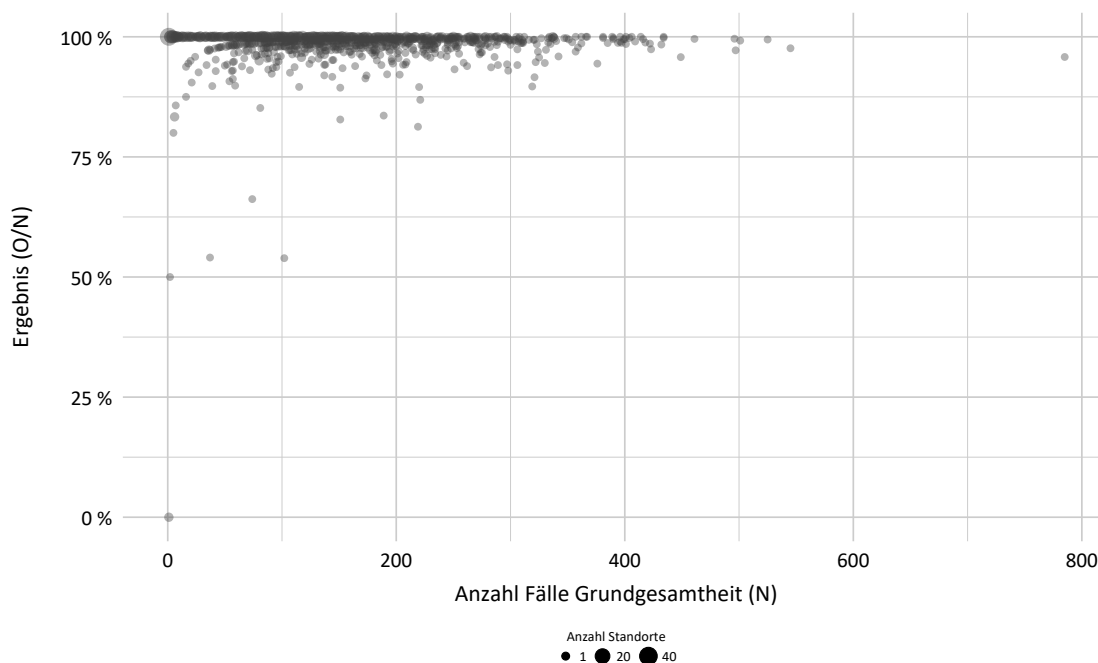
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
ID	2036
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	188.750 / 191.488	98,57 %	98,52 % - 98,62 %
	2021	206.190 / 208.727	98,78 %	98,74 % - 98,83 %
	2022	180.042 / 182.424	98,69 %	98,64 % - 98,75 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung	98,69 % 180.042/182.424
5.1.1	ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,15 % 180.877/182.424
5.1.2	ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	96,82 % 176.614/182.424
5.1.3	ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz \leq 24 Atemzüge pro Minute	98,19 % 179.123/182.424
5.1.4	ID: 23_22029 Herzfrequenz \leq 100 Herzschläge pro Minute	98,32 % 179.357/182.424
5.1.5	ID: 23_22030 Temperatur \leq 37,8 °C	98,79 % 180.216/182.424
5.1.6	ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung \geq 90 %	98,37 % 179.446/182.424
5.1.7	ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck \geq 90 mmHg	99,15 % 180.876/182.424

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 232006_2036 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 % 122.254/123.916

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

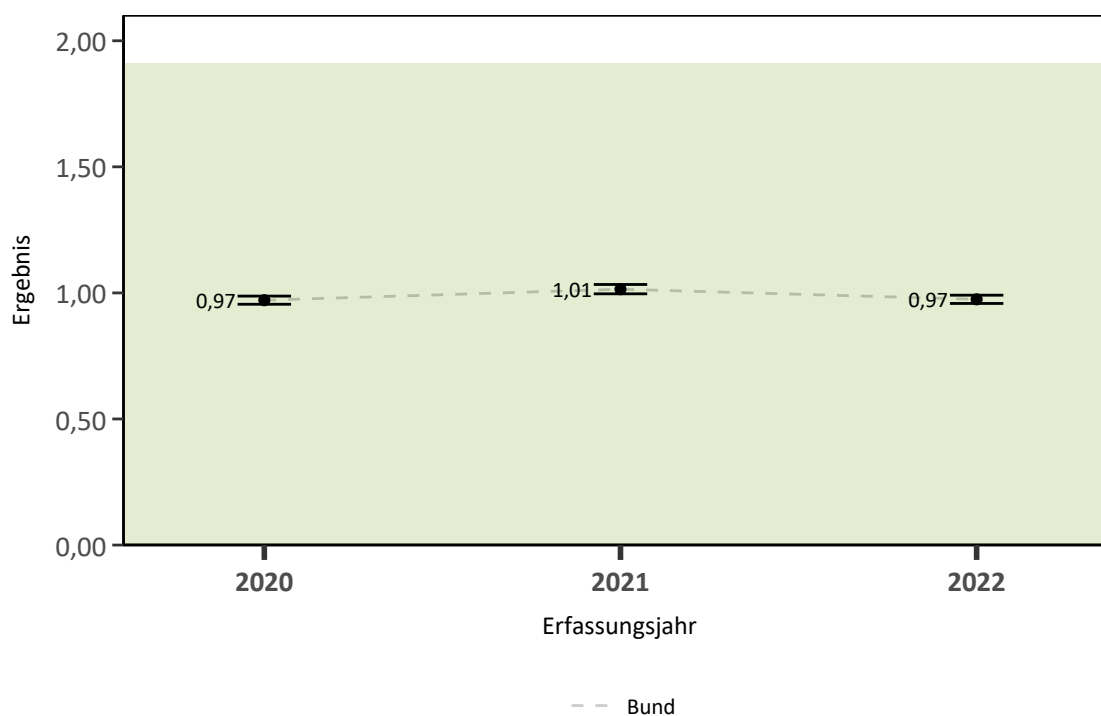
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
---------------	---------------------------------------

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

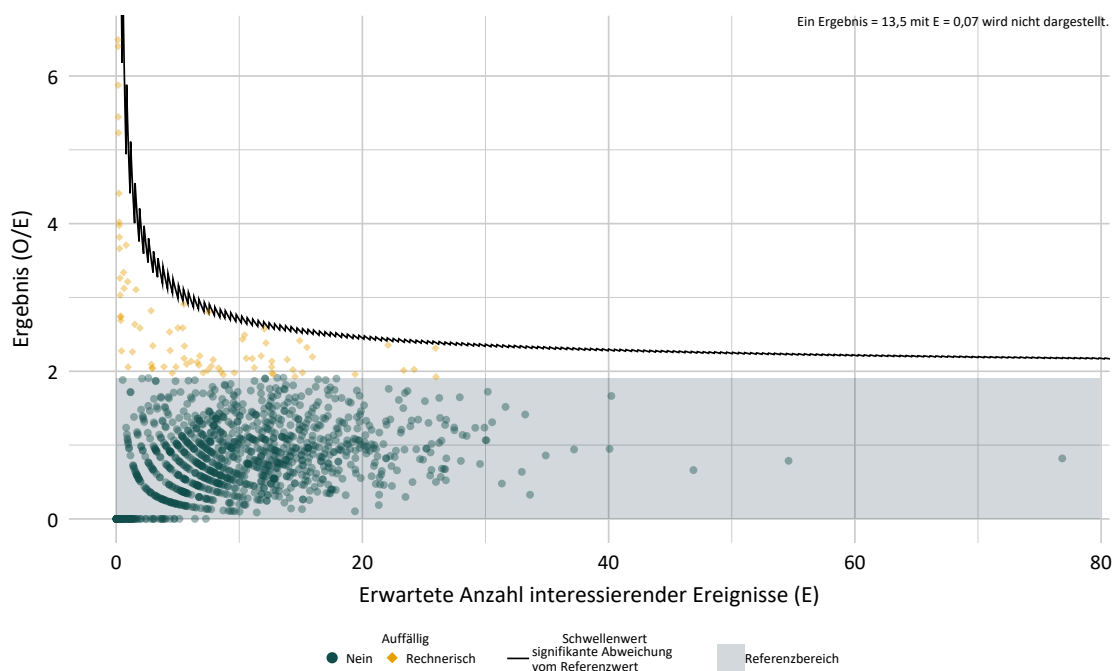
ID	50778
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

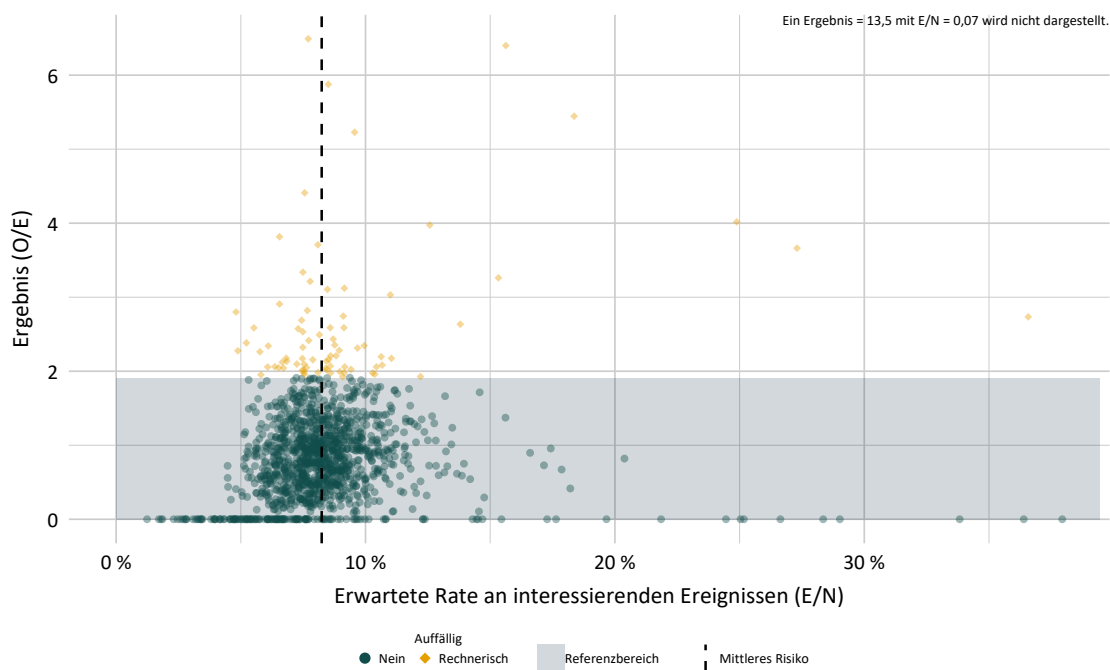
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	158.255	12.695 / 13.074,36	0,97	0,95 - 0,99
	2021	122.181	10.539 / 10.387,19	1,01	1,00 - 1,03
	2022	155.062	12.454 / 12.780,70	0,97	0,96 - 0,99

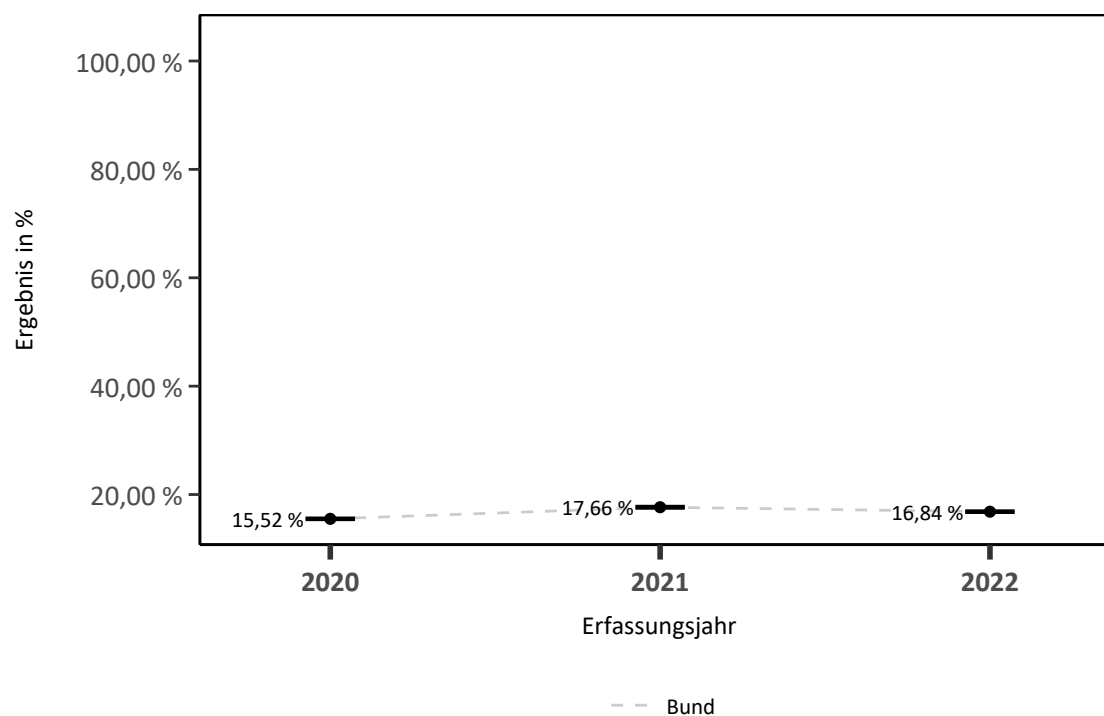
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

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

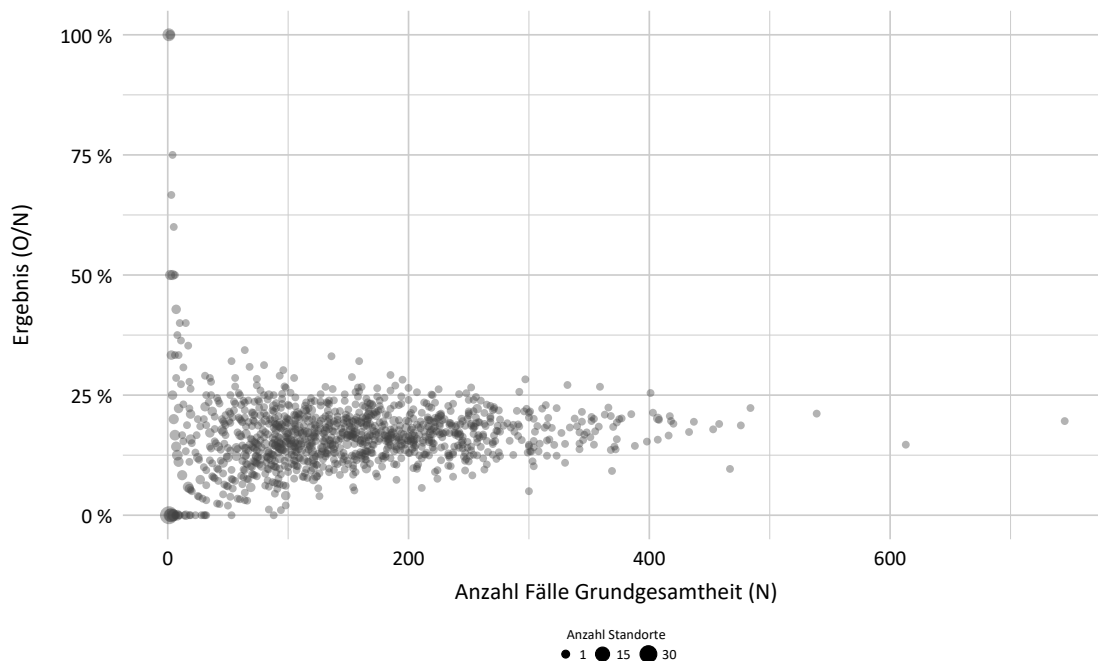
ID	231900
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	28.241 / 181.987	15,52 %	15,35 % - 15,69 %
	2021	25.597 / 144.975	17,66 %	17,46 % - 17,85 %
	2022	30.656 / 182.043	16,84 %	16,67 % - 17,01 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 23_22033 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (ohne COVID-19-Fälle)	8,03 % 12.454/155.062
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ²	
6.1.1.1	ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet)	8,03 % 12.454/155.062
6.1.1.2	ID: E_50778 E/N (expected, erwartet)	8,24 % 12.780,70/155.062
6.1.1.3	ID: 50778 O/E	0,97

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung (inkl. COVID-19-Fälle)	9,09 % 20.927/230.113
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
6.2.1.1	ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet)	9,09 % 20.927/230.113
6.2.1.2	ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet)	11,14 % 25.644,64/230.113
6.2.1.3	ID: 232007_50778 O/E (inkl. COVID-19-Fälle)	0,82

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	11,29 % 8.473/75.051
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴	
6.3.1.1	ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet)	11,29 % 8.473/75.051
6.3.1.2	ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet)	17,14 % 12.863,94/75.051

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.3	ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle)	0,66

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	3,92 % 1.179/30.066
6.4.1	ID: 23_22038 ohne Therapieeinstellung	1,93 % 559/28.995
6.4.2	ID: 23_22039 mit Therapieeinstellung	57,89 % 620/1.071

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.5	ID: 23_22040 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 2 (1 bis 2 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	17,10 % 23.919/139.915
6.5.1	ID: 23_22041 ohne Therapieeinstellung	8,30 % 9.810/118.196
6.5.2	ID: 23_22042 mit Therapieeinstellung	64,96 % 14.109/21.719

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.6	ID: 23_22043 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 3 (3 bis 4 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (ohne COVID-19-Fälle)	46,08 % 5.558/12.062
6.6.1	ID: 23_22044 ohne Therapieeinstellung	26,49 % 2.085/7.871
6.6.2	ID: 23_22045 mit Therapieeinstellung	82,87 % 3.473/4.191

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (ohne COVID-19-Fälle)	16,84 % 30.656/182.043
6.7.1	ID: 23_22047 18 - 19 Jahre	3,53 % 15/425

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.2	ID: 23_22048 20 - 29 Jahre	3,48 % 81/2.329
6.7.3	ID: 23_22049 30 - 39 Jahre	2,88 % 121/4.201
6.7.4	ID: 23_22050 40 - 49 Jahre	4,40 % 260/5.911
6.7.5	ID: 23_22051 50 - 59 Jahre	7,42 % 1.082/14.585
6.7.6	ID: 23_22052 60 - 69 Jahre	11,06 % 3.256/29.444
6.7.7	ID: 23_22053 70 - 79 Jahre	15,59 % 6.533/41.914
6.7.8	ID: 23_22054 80 - 89 Jahre	21,77 % 13.936/64.012
6.7.9	ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre	27,95 % 5.372/19.222

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 30.656/30.656
6.8.1	ID: 23_22057 18 - 19 Jahre	0,05 % 15/30.656
6.8.2	ID: 23_22058 20 - 29 Jahre	0,26 % 81/30.656
6.8.3	ID: 23_22059 30 - 39 Jahre	0,39 % 121/30.656
6.8.4	ID: 23_22060 40 - 49 Jahre	0,85 % 260/30.656
6.8.5	ID: 23_22061 50 - 59 Jahre	3,53 % 1.082/30.656
6.8.6	ID: 23_22062 60 - 69 Jahre	10,62 % 3.256/30.656
6.8.7	ID: 23_22063 70 - 79 Jahre	21,31 % 6.533/30.656
6.8.8	ID: 23_22064 80 - 89 Jahre	45,46 % 13.936/30.656
6.8.9	ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre	17,52 % 5.372/30.656

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) (ohne COVID-19-Fälle)	8,03 % 12.454/155.062
6.9.1	ID: 23_22067 18 - 19 Jahre	2,43 % 10/412
6.9.2	ID: 23_22068 20 - 29 Jahre	1,81 % 41/2.263
6.9.3	ID: 23_22069 30 - 39 Jahre	1,49 % 61/4.105
6.9.4	ID: 23_22070 40 - 49 Jahre	2,62 % 150/5.733
6.9.5	ID: 23_22071 50 - 59 Jahre	3,70 % 508/13.714
6.9.6	ID: 23_22072 60 - 69 Jahre	5,57 % 1.501/26.927
6.9.7	ID: 23_22073 70 - 79 Jahre	7,51 % 2.741/36.483
6.9.8	ID: 23_22074 80 - 89 Jahre	10,66 % 5.495/51.555
6.9.9	ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre	14,04 % 1.947/13.870

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung) (ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 12.454/12.454
6.10.1	ID: 23_22077 18 - 19 Jahre	0,08 % 10/12.454
6.10.2	ID: 23_22078 20 - 29 Jahre	0,33 % 41/12.454
6.10.3	ID: 23_22079 30 - 39 Jahre	0,49 % 61/12.454
6.10.4	ID: 23_22080 40 - 49 Jahre	1,20 % 150/12.454
6.10.5	ID: 23_22081 50 - 59 Jahre	4,08 % 508/12.454
6.10.6	ID: 23_22082 60 - 69 Jahre	12,05 % 1.501/12.454

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10.7	ID: 23_22083 70 - 79 Jahre	22,01 % 2.741/12.454
6.10.8	ID: 23_22084 80 - 89 Jahre	44,12 % 5.495/12.454
6.10.9	ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre	15,63 % 1.947/12.454

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	ID: 231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	16,84 % 30.656/182.043

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	18,28 % 49.593/271.285

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

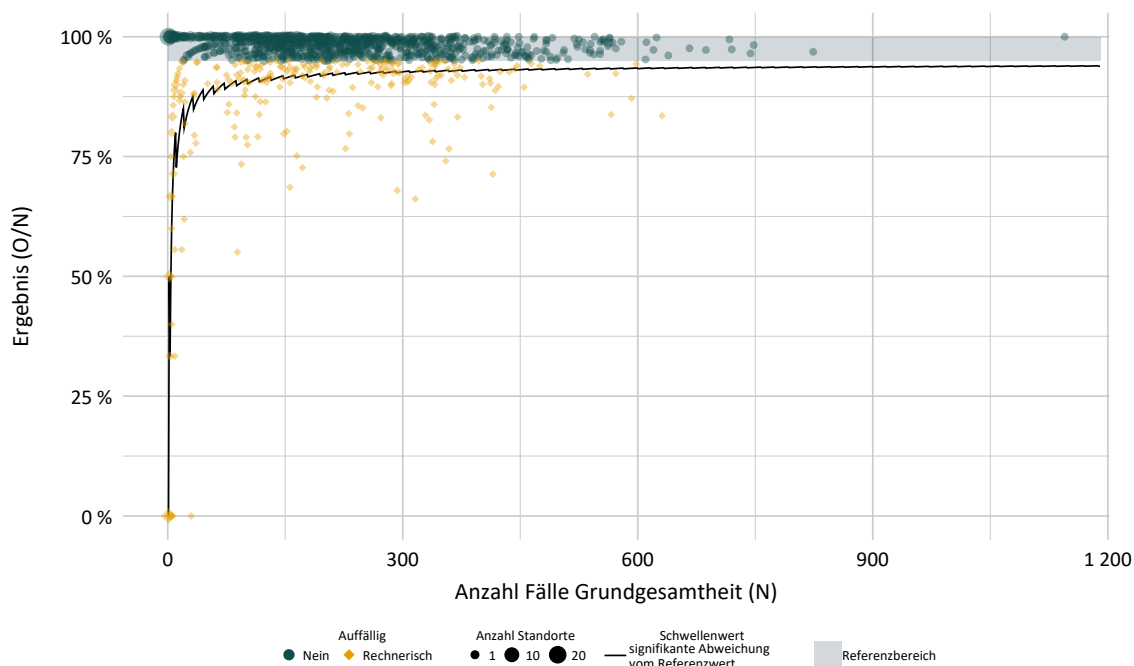
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
ID	50722
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	264.572 / 273.442	96,76 %	96,69 % - 96,82 %
	2021	295.836 / 305.866	96,72 %	96,66 % - 96,78 %
	2022	256.324 / 265.056	96,71 %	96,64 % - 96,77 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,71 % 256.324/265.056

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,57 % 171.489/177.577

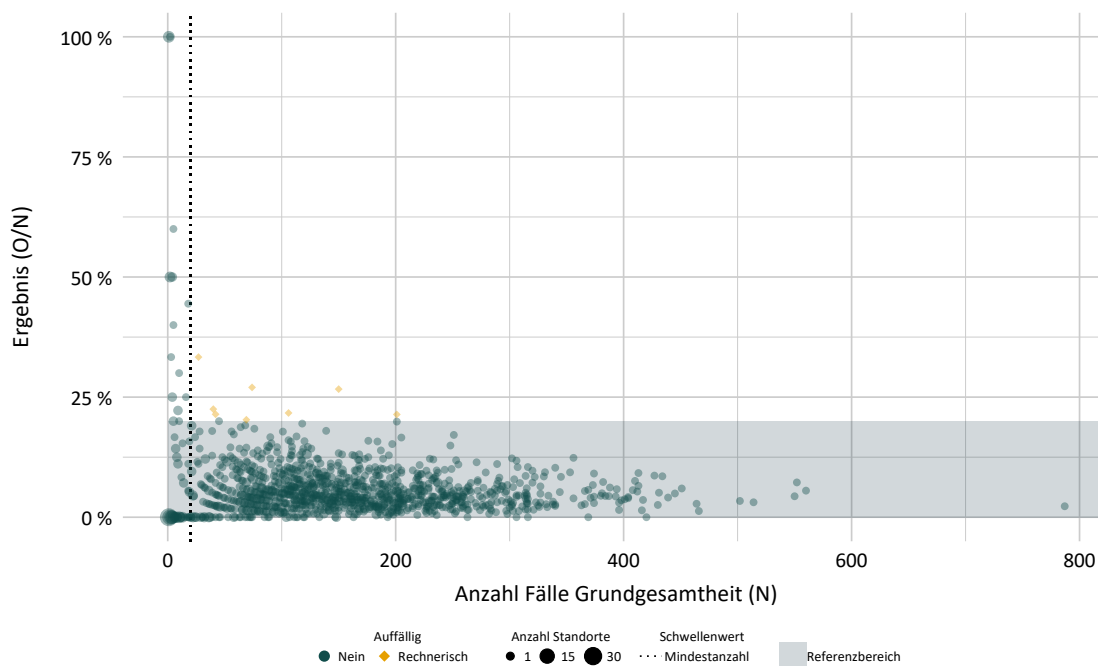
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

ID	811822
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die Angabe chronischer Bettlägerigkeit ist u. a. für den QI 2013 zur Frühmobilisation relevant. Ein Ausschluss von Fällen aus diesem QI sollte nur in berechtigten Konstellationen vorkommen. Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht
Zähler	Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



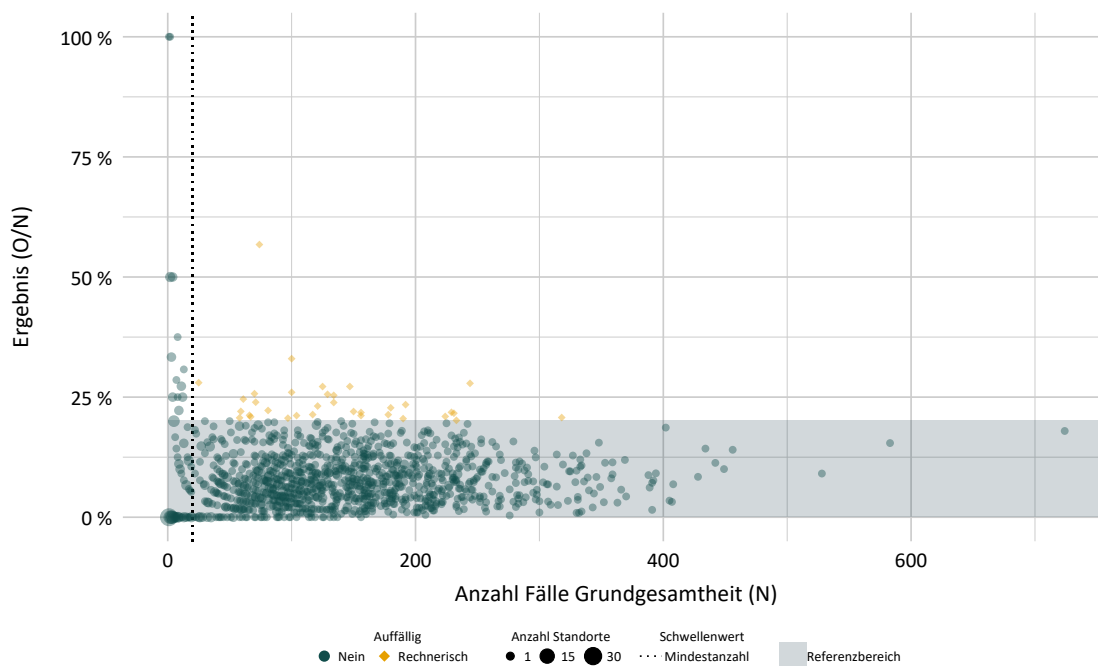
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	9.971 / 189.173	5,27 %	0,61 % 8 / 1.319

811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

ID	811826
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die Atemfrequenz ist u. a. für die Risikoadjustierung des QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus relevant. Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird als unplausibel betrachtet. Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) 232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme unter Ausschluss von Fällen mit COVID-19
Zähler	Fälle mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute
Referenzbereich	$\leq 20,12$ % (97. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



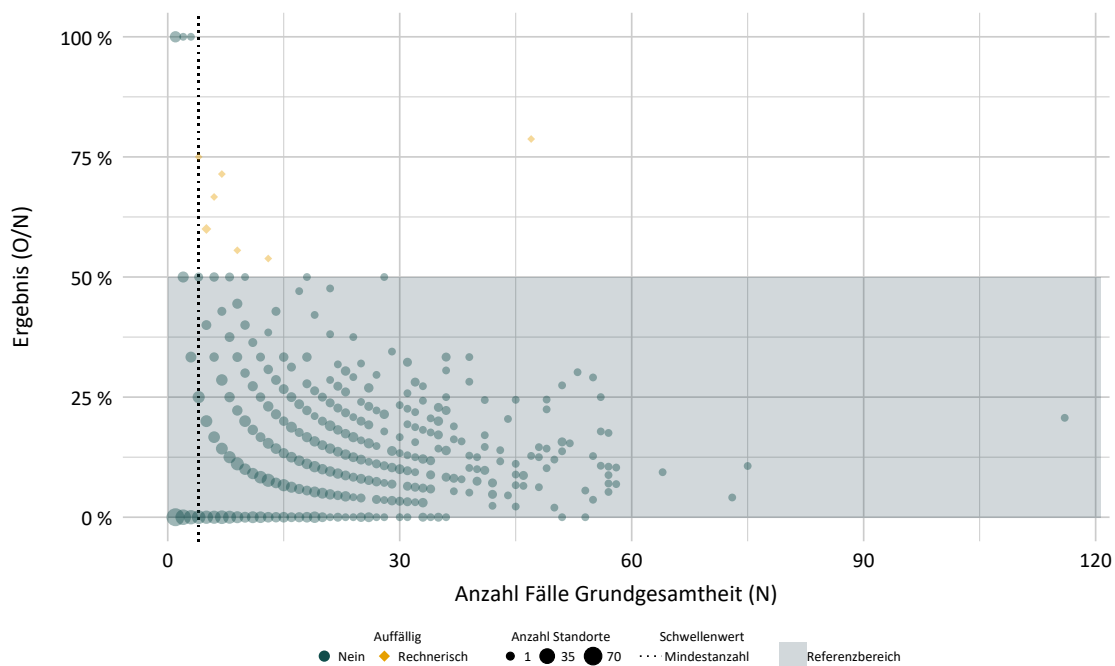
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	14.230 / 171.489	8,30 %	2,63 % 34 / 1.293

851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

ID	851900
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben. Hypothese Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit dokumentiertem Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war
Zähler	Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	4
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

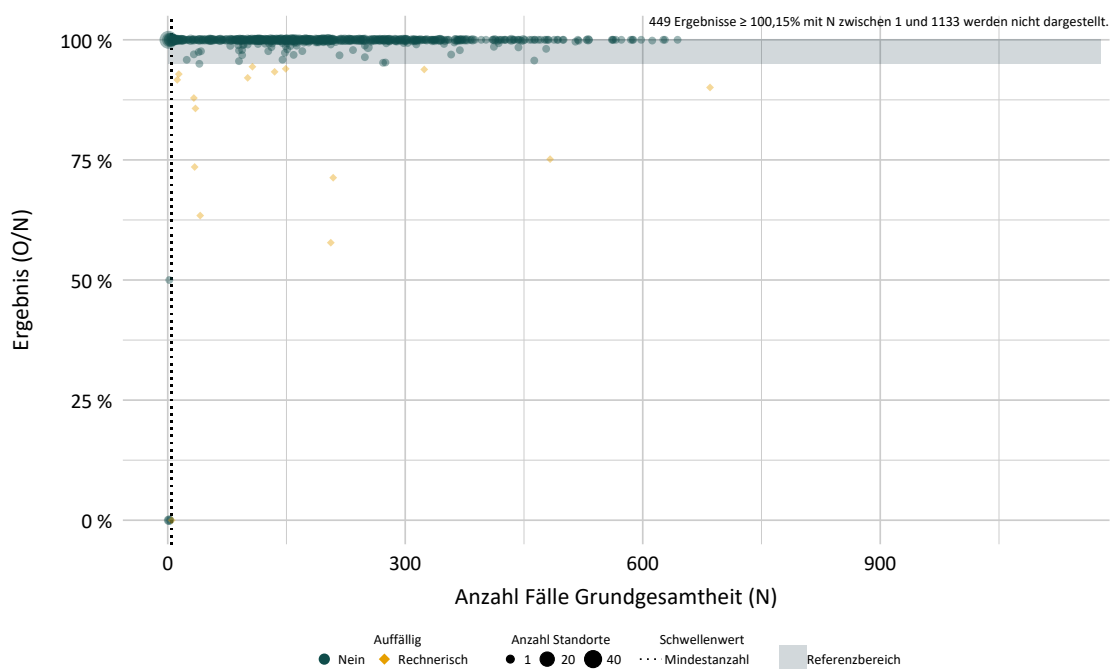
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	2.335 / 18.079	12,92 %	0,86 % 10 / 1.168

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850101
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation 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 Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



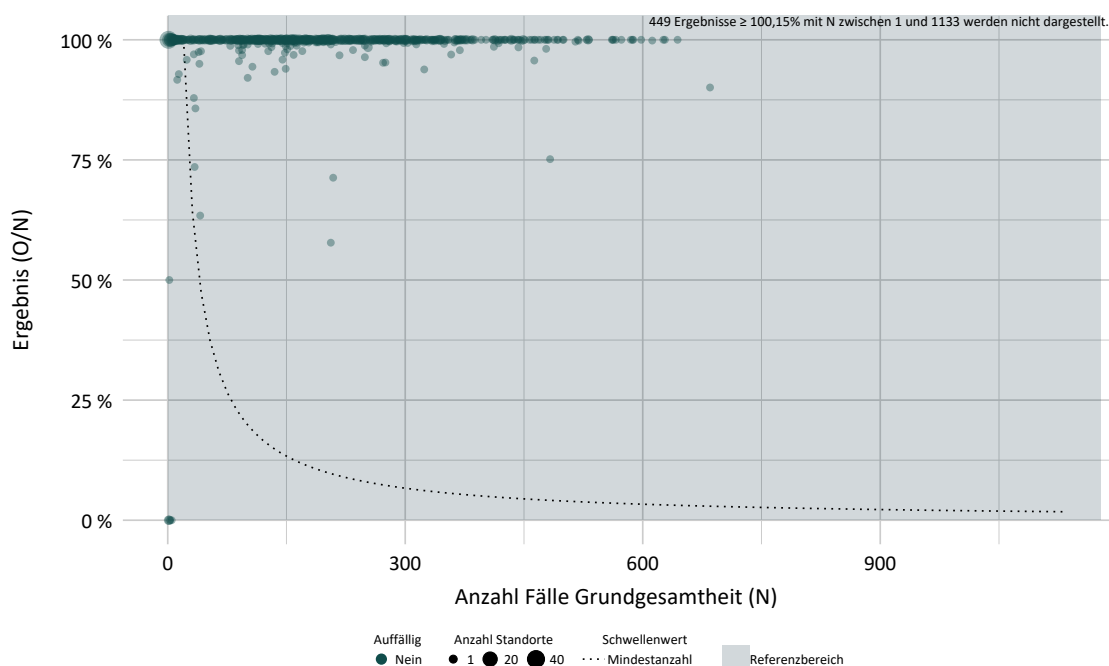
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	271.548 / 268.013	101,32 %	1,19 % 16 / 1.348

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850102
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz 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. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



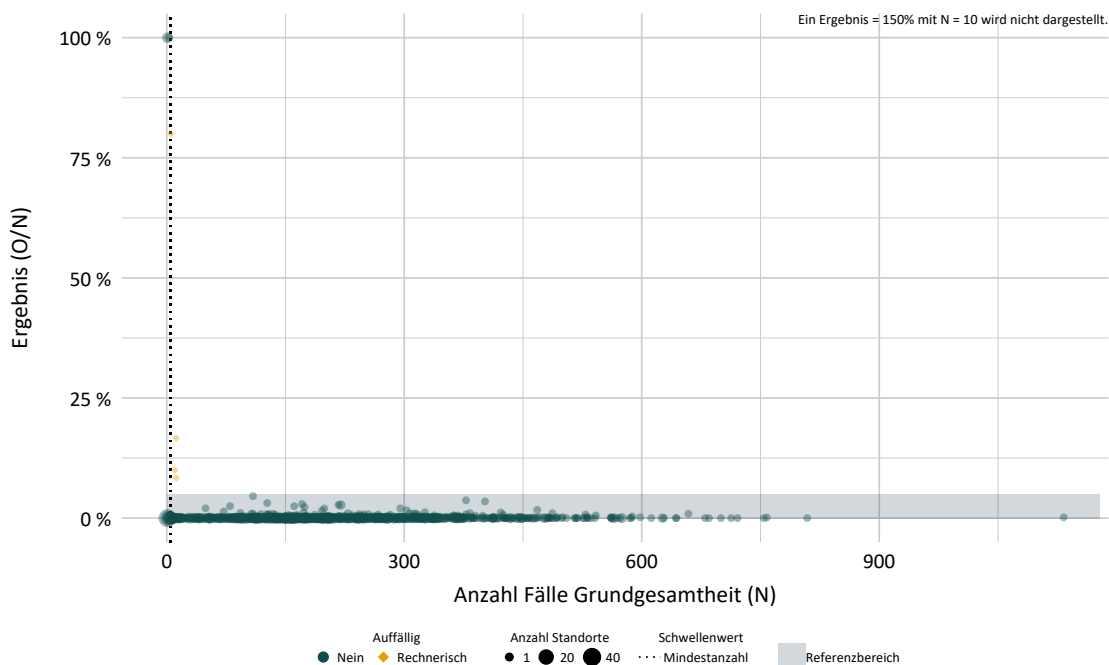
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	271.548 / 268.013	101,32 %	2,67 % 36 / 1.348

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850229
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz 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>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		263 / 268.013	0,10 %	0,37 % 5 / 1.348

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	69.682	25,69
2. Quartal	56.088	20,67
3. Quartal	57.635	21,25
4. Quartal	87.880	32,39
Gesamt	271.285	100,00

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	499	0,18
20 - 29 Jahre	2.968	1,09
30 - 39 Jahre	5.813	2,14
40 - 49 Jahre	8.743	3,22
50 - 59 Jahre	21.068	7,77
60 - 69 Jahre	41.943	15,46
70 - 79 Jahre	61.890	22,81
80 - 89 Jahre	98.670	36,37
≥ 90 Jahre	29.691	10,94

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	271.285
Minimum	18,00
5. Perzentil	45,00
25. Perzentil	67,00
Mittelwert	74,66
Median	79,00
75. Perzentil	85,00
95. Perzentil	93,00
Maximum	110,00

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Geschlecht		
(1) männlich	159.675	58,86
(2) weiblich	111.601	41,14
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	8	0,00

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
Alle Patienten					
Bund (gesamt)					
< 30 Jahre	2.078 0,77 %	1.389 0,51 %	0 0,00 %	0 0,00 %	3.467 1,28 %
30 - 39 Jahre	3.460 1,28 %	2.353 0,87 %	0 0,00 %	0 0,00 %	5.813 2,14 %
40 - 49 Jahre	5.568 2,05 %	3.175 1,17 %	0 0,00 %	0 0,00 %	8.743 3,22 %
50 - 59 Jahre	13.255 4,89 %	7.812 2,88 %	0 0,00 %	≤3 x %	21.068 7,77 %
60 - 69 Jahre	26.089 9,62 %	15.852 5,84 %	≤3 x %	≤3 x %	41.943 15,46 %
70 - 79 Jahre	39.295 14,48 %	22.594 8,33 %	0 0,00 %	≤3 x %	61.890 22,81 %
80 - 89 Jahre	56.603 20,86 %	42.062 15,50 %	0 0,00 %	5 0,00 %	98.670 36,37 %
≥ 90 Jahre	13.327 4,91 %	16.364 6,03 %	0 0,00 %	0 0,00 %	29.691 10,94 %
Gesamt	159.675 58,86 %	111.601 41,14 %	≤3 x %	8 0,00 %	271.285 100,00 %

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Aufnahmeanlass		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	54.302	20,02
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	10.863	4,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Chronische Bettlägerigkeit		
(0) nein	227.970	84,03
(1) ja	43.315	15,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme		
(1) ja	6.229	2,30
(0) nein	265.056	97,70
davon Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme		
(0) nein	177.990	67,15
(1) ja, pneumoniebedingt	22.411	8,46
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	57.073	21,53
(9) nicht beurteilbar	7.582	2,86
davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60)		
1 - 10 / min.	301	0,11
10 - 19 / min.	138.345	52,19
20 - 29 / min.	96.079	36,25
30 - 60 / min.	21.534	8,12
nicht bestimmt	8.732	3,29
davon Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme		
systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg	9.215	3,48
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	103.909	39,20
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	25.169	9,50
systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg	2.054	0,77
nicht bestimmt	0	0,00

CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden	N = 265.056	
CRB-65-Score ohne beatmete Patienten		
CRB-65-Index = 0	42.759	16,13
CRB-65-Index = 1	151.254	57,06
CRB-65-Index = 2	59.705	22,53
CRB-65-Index = 3	10.294	3,88
CRB-65-Index = 4	1.044	0,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz	N = 8.732	
CRB-65-Risiko bei Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patienten)		
CRB-65-Index = 0	1.586	18,16
CRB-65-Index = 1	5.041	57,73
CRB-65-Index = 2	1.887	21,61
CRB-65-Index = 3	218	2,50
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	1.547	0,57
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	266.805	98,35
(2) 4 bis unter 8 Stunden	1.819	0,67
(3) 8 Stunden und später	1.114	0,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	N = 269.738	
Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme		
(0) unter 90%	34.075	12,63
(1) mindestens 90%	171.091	63,43
(2) unter 90% mit Sauerstoffgabe	14.209	5,27
(3) mindestens 90% mit Sauerstoffgabe	50.363	18,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Initiale antimikrobielle Therapie		
(0) keine antimikrobielle Therapie	28.086	10,35
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	202.120	74,50
(2) 4 bis unter 8 Stunden	17.348	6,39
(3) 8 Stunden und später	17.694	6,52
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie	6.037	2,23

Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Beginn der Mobilisation⁵		
(0) keine Mobilisation	48.220	17,77
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	203.856	75,14
(2) nach 24 Stunden und später	19.209	7,08
Maschinelle Beatmung		
(0) nein	231.894	85,48
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	21.147	7,80
(2) ja, ausschließlich invasiv	8.187	3,02
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	10.057	3,71
Dokumentierter Therapieverzicht⁶		
(0) nein	230.113	84,82
(1) ja	41.172	15,18
davon		
Behandlung regulär beendet	6.760	16,42
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	4.518	10,97
im Krankenhaus verstorben	28.666	69,62
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.228	2,98

⁵ mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)

⁶ 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	%
Regulär entlassene Patienten		
Regulär entlassene Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	201.892	74,42
davon Patienten mit Desorientierung		
(0) nein	159.900	79,20
(1) ja, pneumoniebedingt	1.882	0,93
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	40.110	19,87
davon Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme		
(0) nein	7.819	3,87
(1) ja	194.073	96,13
davon Patienten mit spontaner Atemfrequenz		
(1) maximal 24/min	190.349	94,28
(2) über 24/min	3.623	1,79
(3) nicht bestimmt	7.677	3,80
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	243	0,12
davon Patienten mit Herzfrequenz		
(1) maximal 100/min	197.768	97,96
(2) über 100/min	3.676	1,82
(3) nicht bestimmt	448	0,22
davon Patienten mit Temperatur		
(1) maximal 37,8°C	198.913	98,52
(2) über 37,8°C	2.526	1,25
(3) nicht bestimmt	453	0,22
davon Patienten mit Sauerstoffsättigung		
(1) unter 90%	3.703	1,83
(2) mindestens 90%	196.516	97,34
(3) nicht bestimmt	1.673	0,83
davon Patienten mit Blutdruck, systolisch		
(1) unter 90 mmHg	1.873	0,93
(2) mindestens 90 mmHg	199.557	98,84
(3) nicht bestimmt	462	0,23

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Stationärer Aufenthalt		
< 1 Tag	4.386	1,62
1 - 7 Tage	132.141	48,71
8 - 14 Tage	90.674	33,42
15 - 21 Tage	25.496	9,40
> 21 Tage	18.588	6,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)⁷		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	6.398	2,36
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	81.135	29,91
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	2.399	0,88
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	1.316	0,49
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	49.272	18,16
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	1.542	0,57
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	114.029	42,03
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	28.370	10,46
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	1.498	0,55

⁷ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19⁸		
(U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen	85.502	31,52
(U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	3.858	1,42

⁸ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 271.285	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	165.127	60,87
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.625	1,34
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	471	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	4.532	1,67
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	5	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	13.832	5,10
(07) Tod	49.593	18,28
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁹	490	0,18
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.093	0,77
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	30.404	11,21
(11) Entlassung in ein Hospiz	226	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	154	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	18	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	80	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹⁰	512	0,19
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	20	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹¹	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	15	0,01
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	20	0,01
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	68	0,03

⁹ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

¹⁰ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹¹ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei allen Patienten		
Alle Patienten	271.285	100,00
davon verstorben	49.593	18,28
Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	54.302	20,02
davon verstorben	16.458	30,31
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	10.863	4,00
davon verstorben	2.585	23,80
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	260.422	96,00
davon verstorben	47.008	18,05
Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	6.229	2,30
davon verstorben	2.806	45,05
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	1.480	0,55
davon verstorben	559	37,77
Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	39.391	14,52
davon verstorben	16.008	40,64
Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	21.147	7,80
davon verstorben	6.757	31,95
Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	8.187	3,02
davon verstorben	4.463	54,51
Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	10.057	3,71
davon verstorben	4.788	47,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung		
Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung	230.113	100,00
davon verstorben	20.927	9,09
Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	37.399	16,25
davon verstorben	5.612	15,01
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	9.001	3,91
davon verstorben	1.180	13,11
Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	221.112	96,09
davon verstorben	19.747	8,93
Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	4.527	1,97
davon verstorben	1.323	29,22
Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	1.196	0,52
davon verstorben	302	25,25
Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	29.652	12,89
davon verstorben	7.580	25,56
Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	15.931	6,92
davon verstorben	2.456	15,42
Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	5.856	2,54
davon verstorben	2.349	40,11
Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne dokumentierte Therapieeinstellung	7.865	3,42
davon verstorben	2.775	35,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung		
Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung	41.172	100,00
davon verstorben	28.666	69,62