IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

CAP:
Ambulant erworbene Pneumonie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Ambulant erworbene Pneumonie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 8

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 12

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 12

2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) 15

2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) 18

Details zu den Ergebnissen 21

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme 22

Details zu den Ergebnissen 25

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 27

Details zu den Ergebnissen 30

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 31

Details zu den Ergebnissen 34

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 35

Details zu den Ergebnissen 38

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) 43

Details zu den Ergebnissen 45

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 50

Details zu den Ergebnissen 53

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 54

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 54

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit 54
811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ 56
851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben 58
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 60
850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 60
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 62
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 64
Basisauswertung 66
Basisdokumentation 66
Patientin und Patient 66
Altersverteilung und Geschlecht 68
Aufnahme 69
CRB-65-Score 71
Verlauf 74
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 75
Entlassung 77
Sterblichkeit 80

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. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• QS-Dokumentationsdaten
• standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

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

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige 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 Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	366.706 366.072 634	364.620	100,57
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.258		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.268	1.265	100,24
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	1.055	1.050	100,48

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 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Nicht definiert	99,01 % O = 362.461 N = 366.072
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,08 % O = 346.008 N = 349.235
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	97,72 % O = 16.453 N = 16.837
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	Nicht definiert	93,48 % O = 261.245 N = 279.469
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	Nicht definiert	92,81 % O = 169.378 N = 182.508
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Nicht definiert	97,04 % O = 261.327 N = 269.296
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,52 % O = 257.260 N = 261.120

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,01 O/E = 19.385 / 19.184,24 6,16 % O/N = 19.385 / 314.766
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	14,22 % O = 52.064 N = 366.072
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Nicht definiert	96,69 % O = 346.952 N = 358.818

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	Nicht definiert	4,90 % 12.486 / 254.655	0,00 % 0 / 1.251
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Nicht definiert	6,61 % 21.858 / 330.591	0,00 % 0 / 1.242
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	Nicht definiert	14,19 % 2.801 / 19.733	0,00 % 0 / 1.115

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nicht definiert	100,57 % 366.706 / 364.620	0,00 % 0 / 1.265
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nicht definiert	100,57 % 366.706 / 364.620	0,00 % 0 / 1.265
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nicht definiert	0,17 % 634 / 364.620	0,00 % 0 / 1.265

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

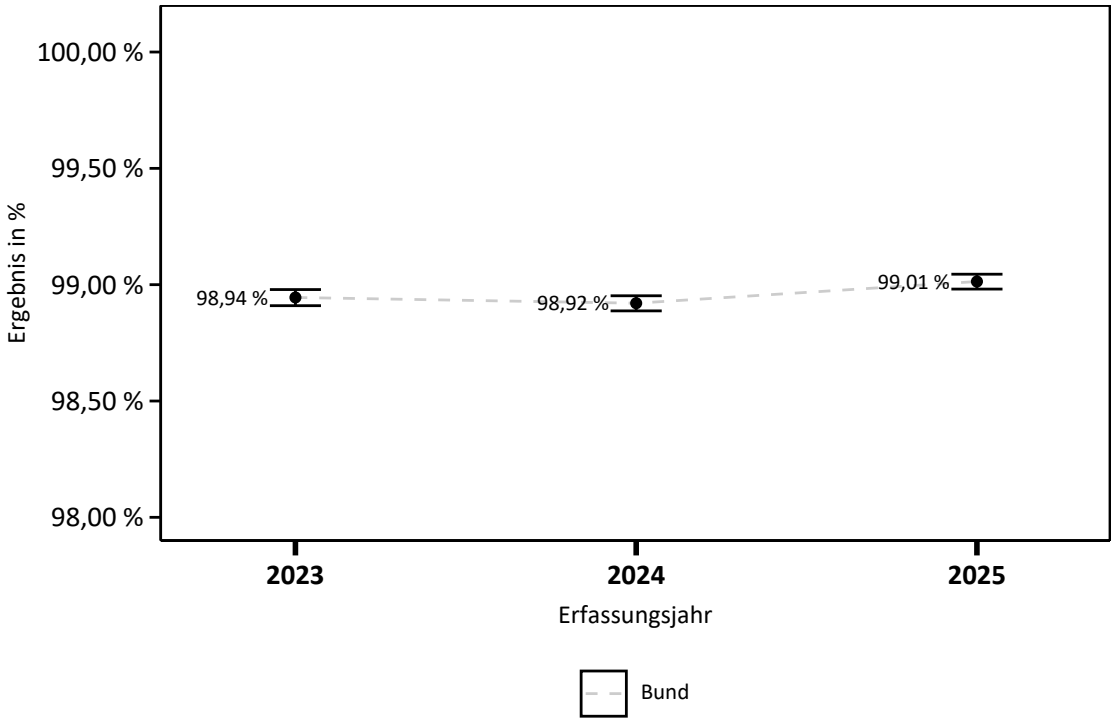
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

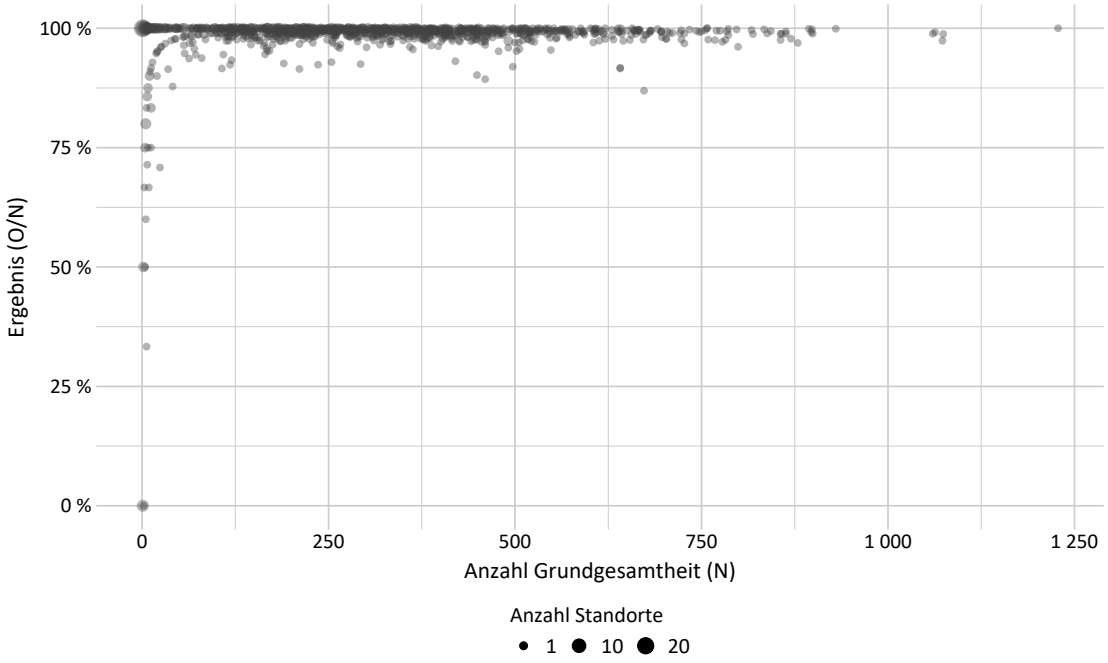
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	330.129 / 333.649	98,94	98,91 - 98,98
	2024	386.268 / 390.484	98,92	98,89 - 98,95
	2025	362.461 / 366.072	99,01	98,98 - 99,05

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 %
2025	1.258	0	0,00	100,00	99,57

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

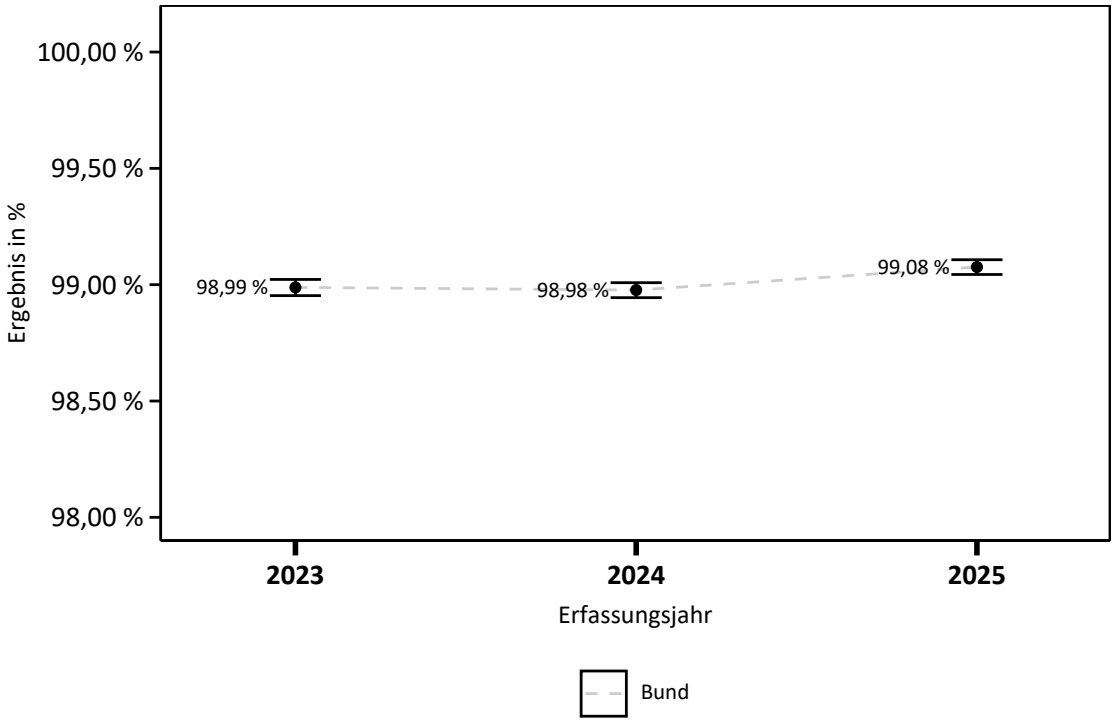
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

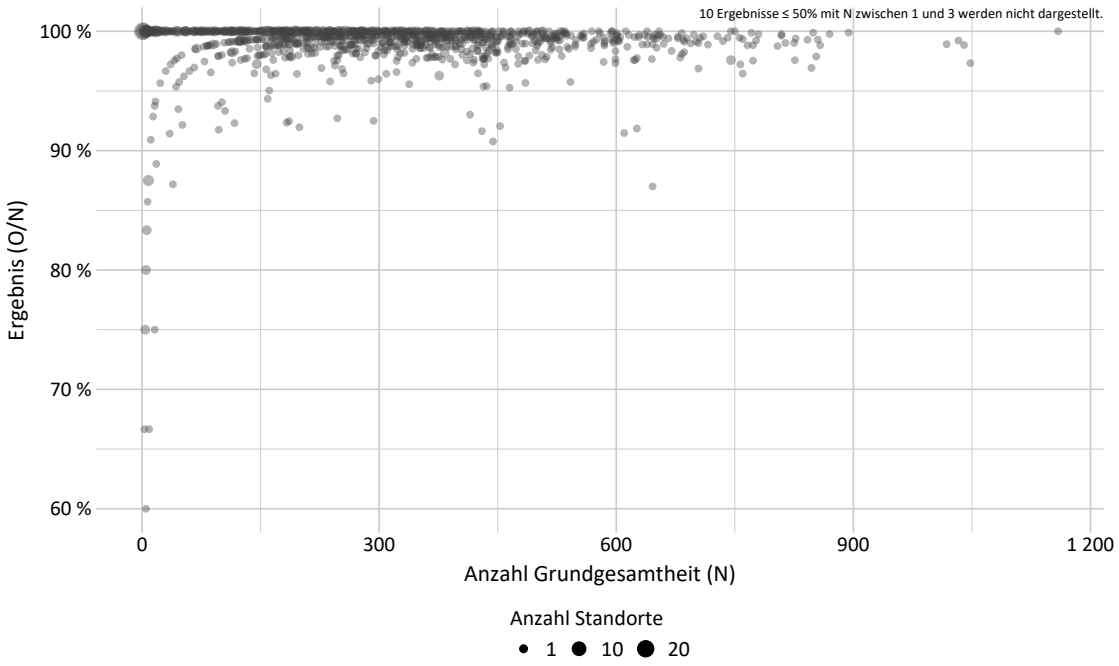
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	314.675 / 317.891	98,99	98,95 - 99,02
	2024	369.852 / 373.675	98,98	98,94 - 99,01
	2025	346.008 / 349.235	99,08	99,04 - 99,11

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 %
2025	1.226	0	0,00	100,00	99,60

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

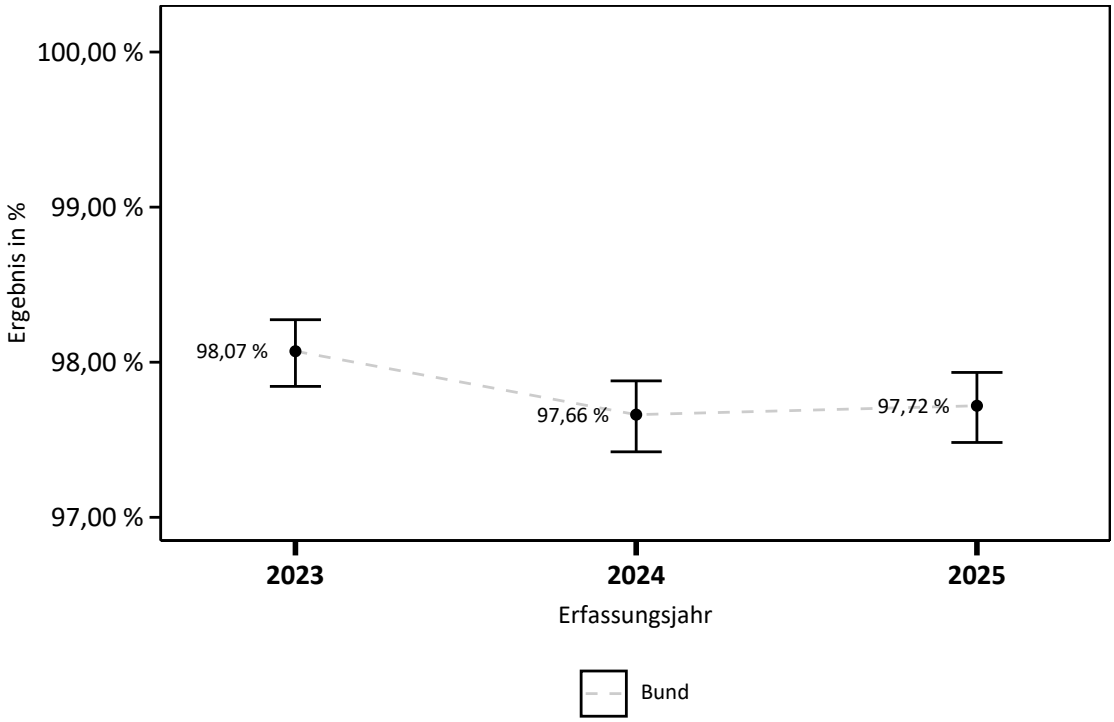
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

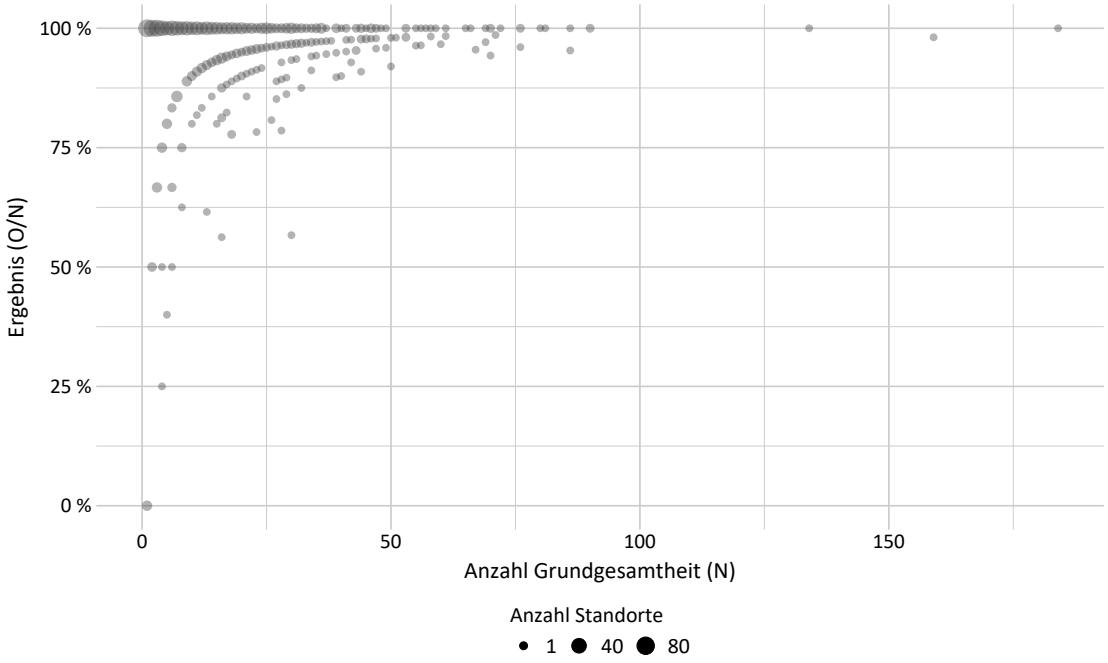
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	15.454 / 15.758	98,07	97,84 - 98,27
	2024	16.416 / 16.809	97,66	97,42 - 97,88
	2025	16.453 / 16.837	97,72	97,48 - 97,93

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 %
2025	1.153	0	0,00	100,00	100,00

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**	99,01 % 362.461/366.072
1.1.1	**ID: 2006** **Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus**	99,08 % 346.008/349.235
1.1.2	**ID: 2007** **Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus**	97,72 % 16.453/16.837

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)	99,01 % 345.520/348.972
1.2.1	ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	99,07 % 330.072/333.161
1.2.2	ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,70 % 15.448/15.811

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

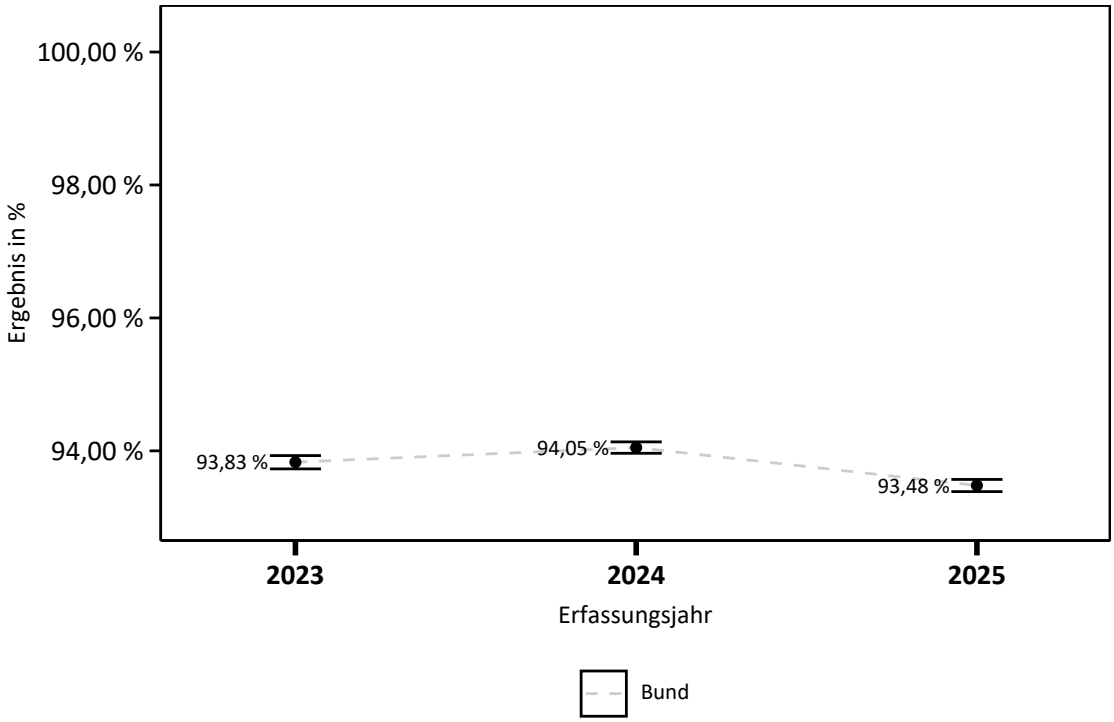
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung 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
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

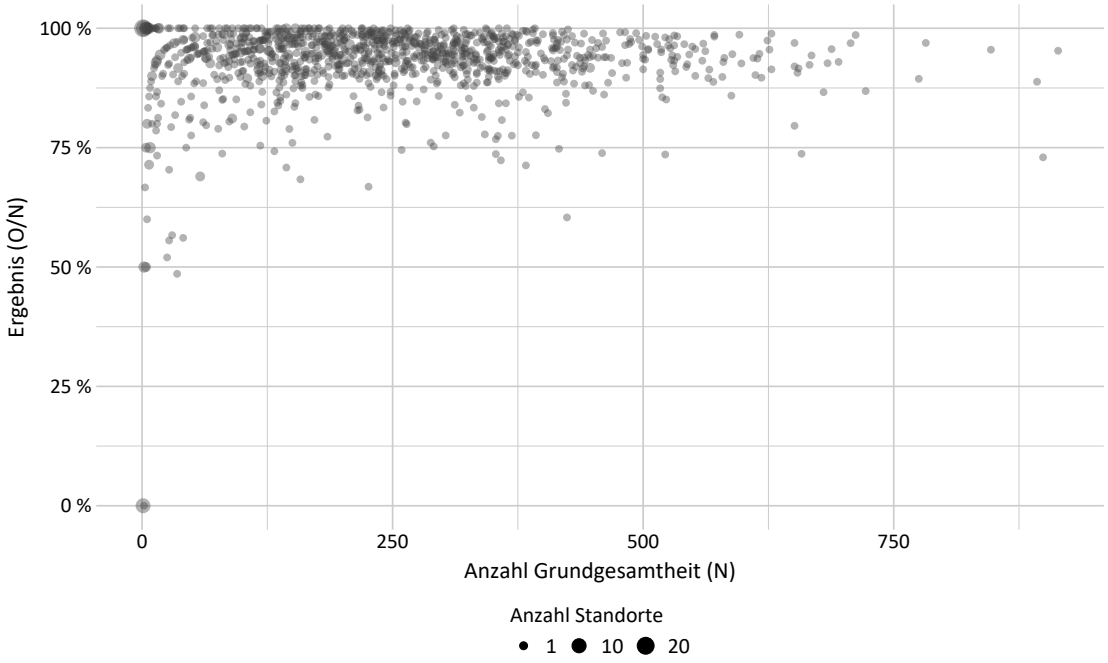
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	207.243 / 220.872	93,83	93,73 - 93,93
	2024	275.223 / 292.636	94,05	93,96 - 94,13
	2025	261.245 / 279.469	93,48	93,39 - 93,57

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 %
2025	1.221	0	0,00	100,00	94,76

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 300.191/300.191
2.1.1	ID: 23_22001 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,24 % 279.899/300.191
2.1.1.1	ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	92,96 % 53.523/57.574
2.1.1.2	ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,17 % 214.093/229.789
2.1.1.3	ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,75 % 12.283/12.828
2.1.2	ID: 23_22005 Ohne antibiotische Therapie	1,79 % 5.373/300.191

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose)	100,00 % 279.469/279.469
2.2.1	**ID: 2009** **Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie**	93,48 % 261.245/279.469
2.2.1.1	ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	93,13 % 50.342/54.056
2.2.1.2	ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,45 % 200.586/214.647
2.2.1.3	ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,83 % 10.317/10.766
2.2.2	ID: 232003_2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	93,48 % 265.838/284.365
2.2.3	ID: 23_22010 Ohne antibiotischeTherapie	1,56 % 4.372/279.469

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 13.250/13.250
2.3.1	ID: 23_22012 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,76 % 12.423/13.250
2.3.2	ID: 23_22013 Ohne antibiotische Therapie	2,19 % 290/13.250

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

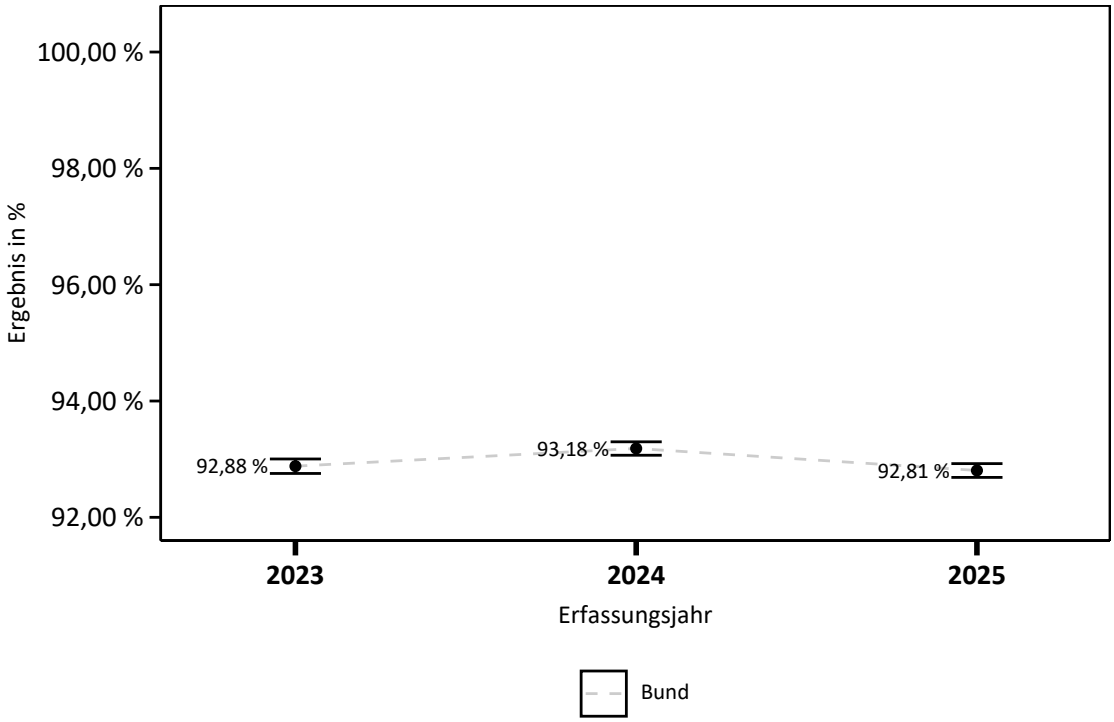
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig 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
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

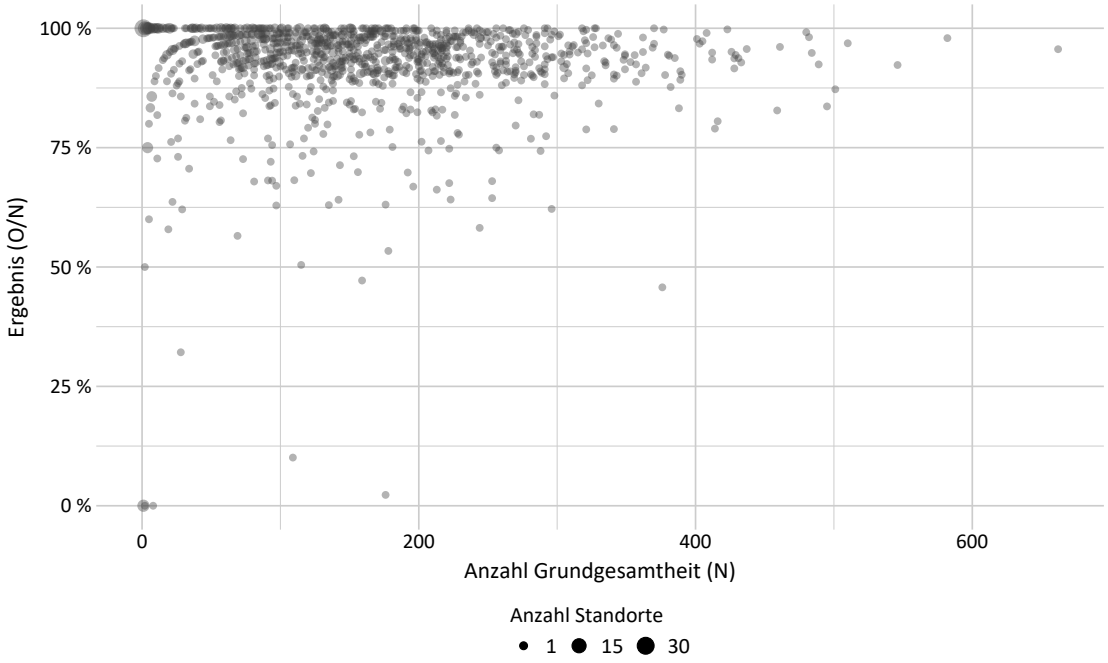
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	151.953 / 163.602	92,88	92,75 - 93,00
	2024	170.721 / 183.209	93,18	93,07 - 93,30
	2025	169.378 / 182.508	92,81	92,69 - 92,92

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 %
2025	1.223	0	0,00	100,00	95,49

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]	93,17 % 218.867/234.922
3.1.1	ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	95,51 % 46.236/48.410
3.1.2	**ID: 2013** **Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)**	92,81 % 169.378/182.508
3.1.3	ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	92,88 % 161.033/173.370
3.1.4	ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	81,24 % 3.253/4.004

[1] Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

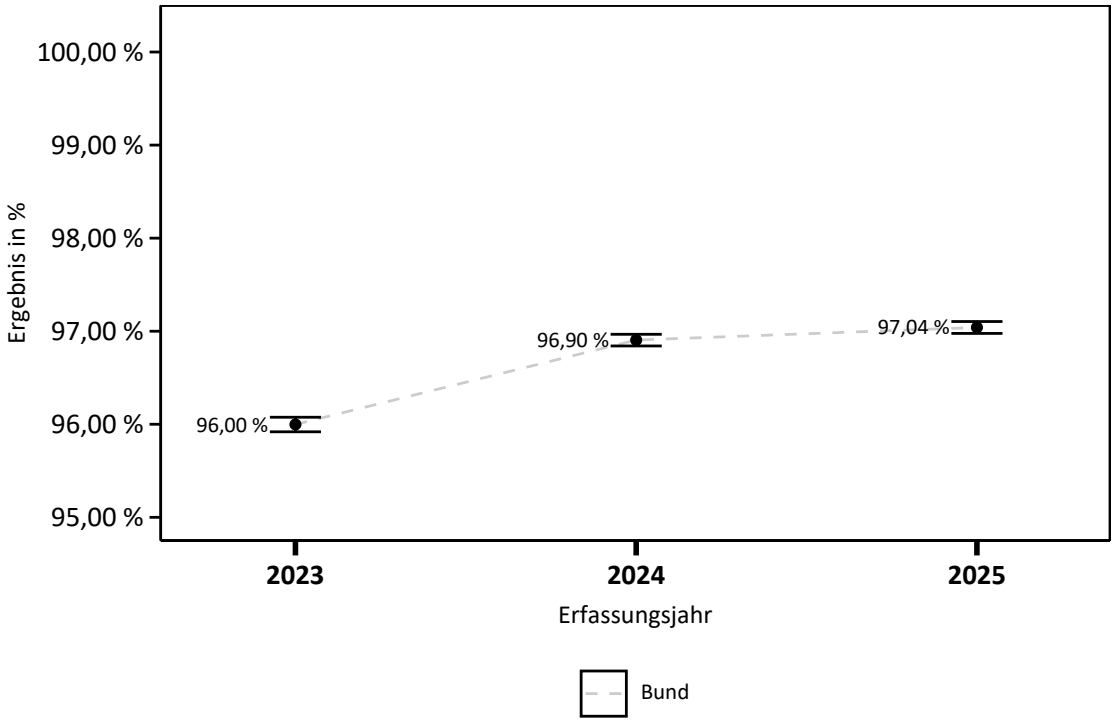
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung 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
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

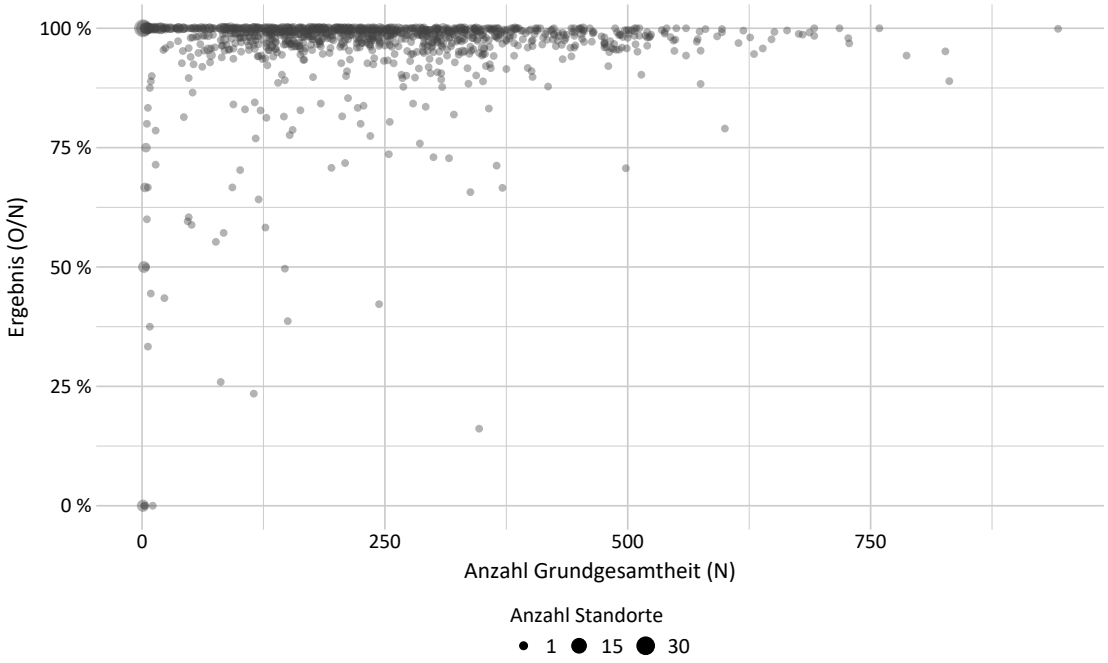
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	231.557 / 241.210	96,00	95,92 - 96,08
	2024	285.683 / 294.808	96,90	96,84 - 96,97
	2025	261.327 / 269.296	97,04	96,98 - 97,10

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 %
2025	1.233	0	0,00	100,00	99,21

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**	97,04 % 261.327/269.296
4.1.2	ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	97,01 % 249.281/256.951
4.1.3	ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 269.296/269.296
4.1.4	ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 269.296/269.296
4.1.5	ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	97,30 % 262.023/269.296
4.1.6	ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen	99,86 % 268.909/269.296
4.1.7	ID: 23_22023 Temperatur gemessen	99,85 % 268.902/269.296
4.1.8	ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen	99,59 % 268.187/269.296
4.1.9	ID: 23_22025 Blutdruck gemessen	99,84 % 268.877/269.296

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

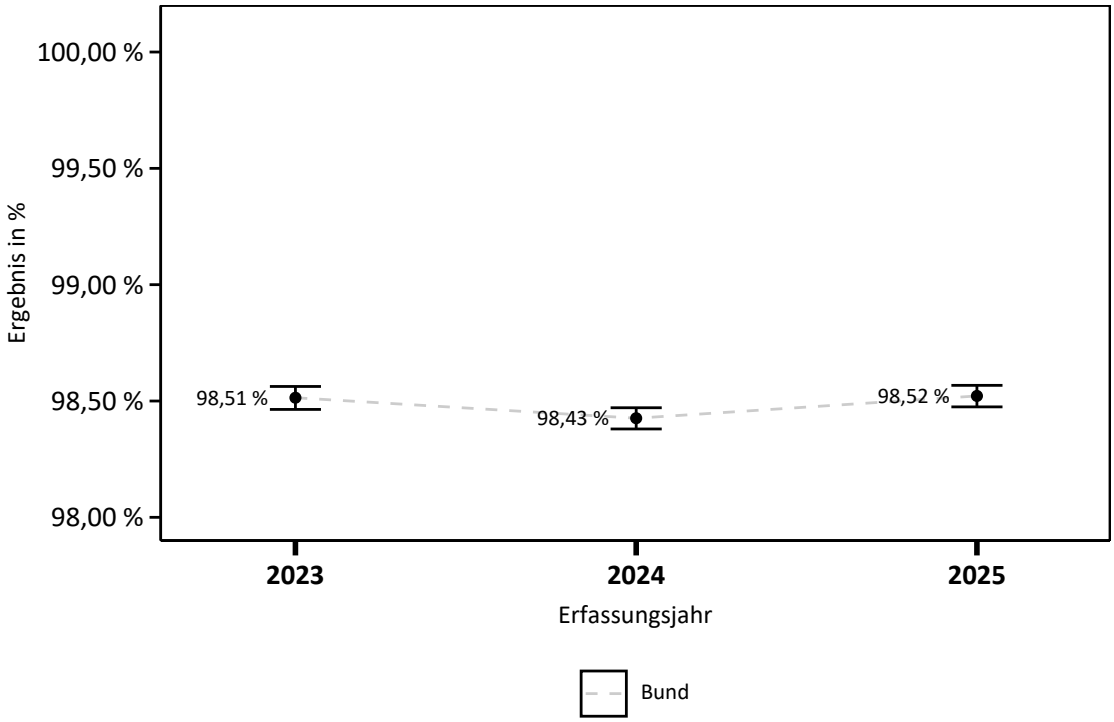
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet 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 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

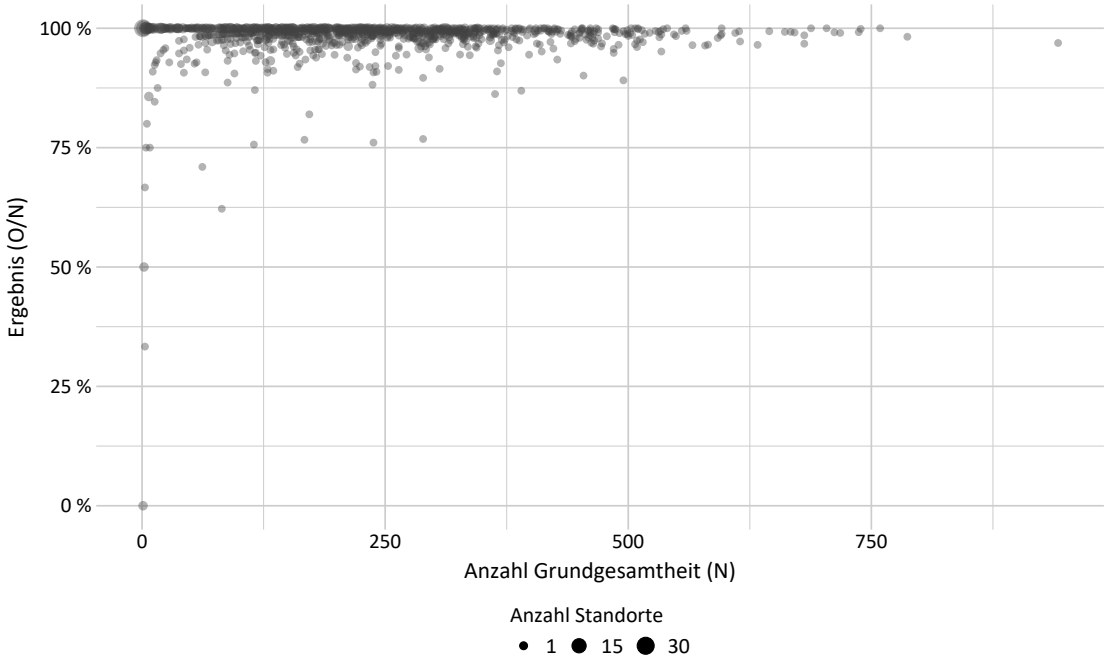
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	227.855 / 231.292	98,51	98,46 - 98,56
	2024	280.971 / 285.464	98,43	98,38 - 98,47
	2025	257.260 / 261.120	98,52	98,47 - 98,57

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 %
2025	1.223	0	0,00	100,00	99,44

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 Erfüllung von mind. 6 klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung**	98,52 % 257.260/261.120
5.1.1	ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,21 % 259.045/261.120
5.1.2	ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	96,56 % 252.129/261.120
5.1.3	ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute	97,82 % 255.432/261.120
5.1.4	ID: 23_22029 Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute	97,76 % 255.283/261.120
5.1.5	ID: 23_22030 Temperatur ≤ 37,8 °C	98,93 % 258.313/261.120
5.1.6	ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung ≥ 90 %	98,03 % 255.971/261.120
5.1.7	ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg	99,15 % 258.901/261.120

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)	98,54 % 245.445/249.079

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

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 Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Alter (linear bis 100) Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung Chronische Bettlägerigkeit Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43) Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100) Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60) Bösartige Tumorerkrankungen Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen & andere Herzerkrankungen chronische Lungenerkrankung chronische Magen-Darm- oder Lebererkrankungen chronische rheumatische Erkrankungen chronische zerebrovaskuläre oder neurologische Erkrankung
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

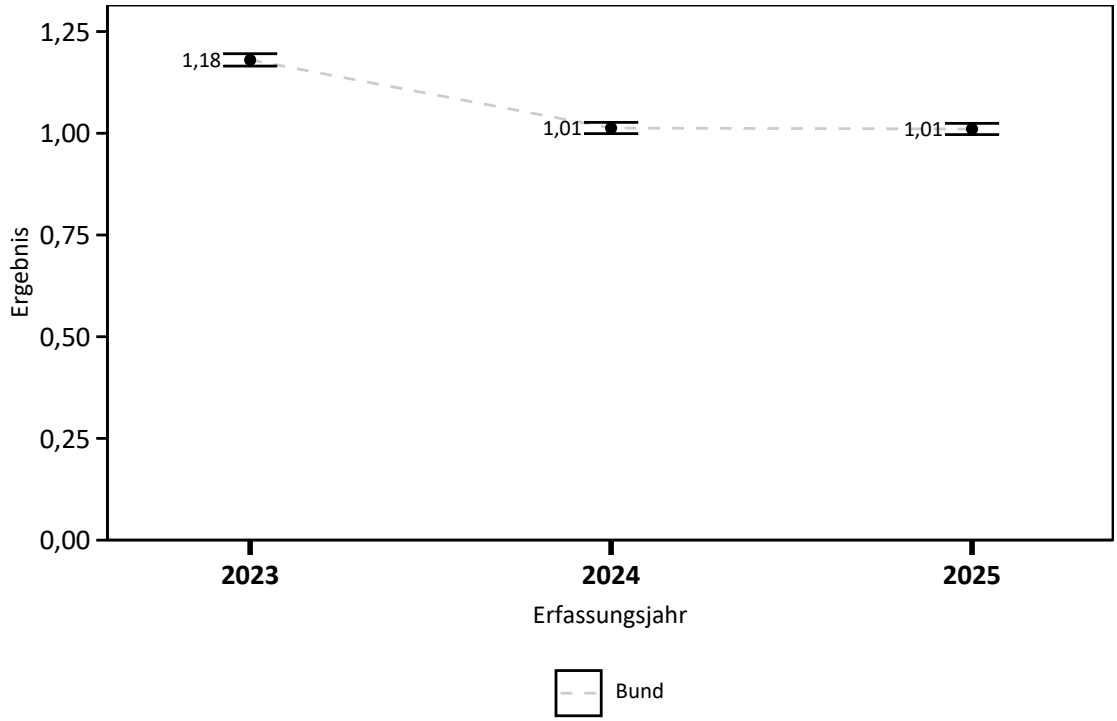
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	285.505	21.461 / 18.182,98	1,18	1,17 - 1,20
	2024	340.975	19.496 / 19.248,90	1,01	1,00 - 1,03
	2025	314.766	19.385 / 19.184,24	1,01	1,00 - 1,02

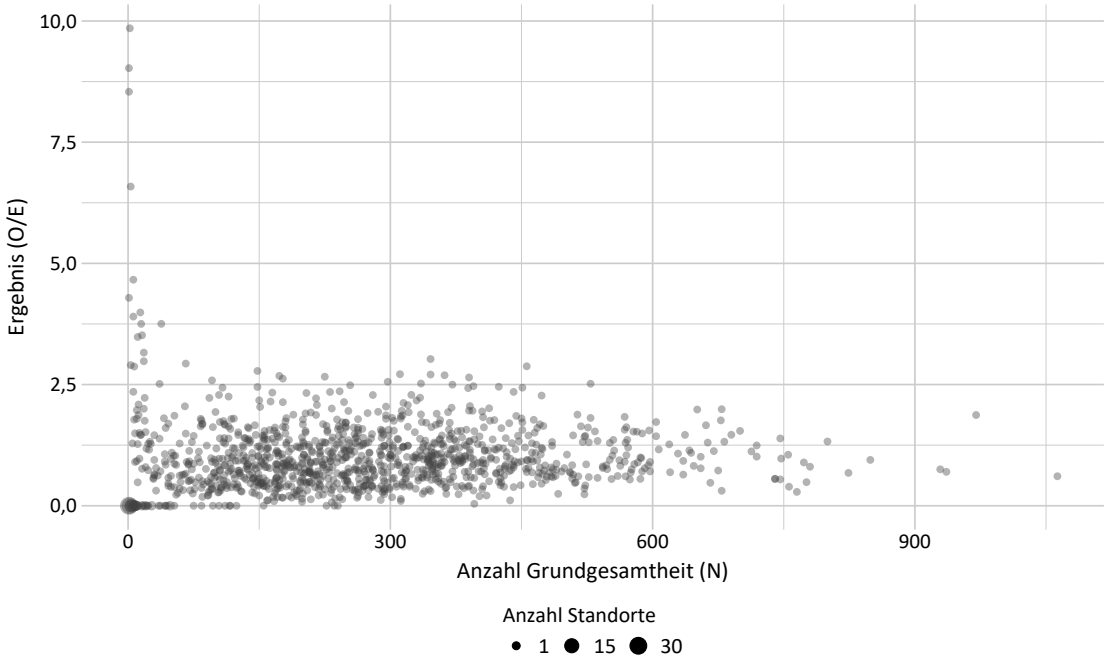
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

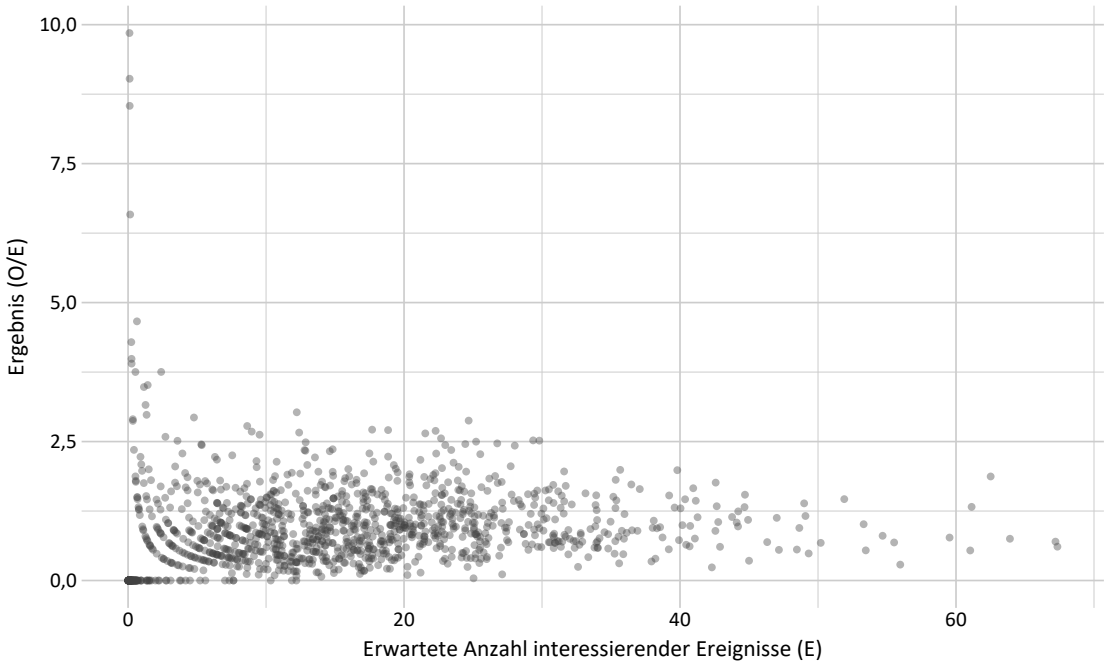
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



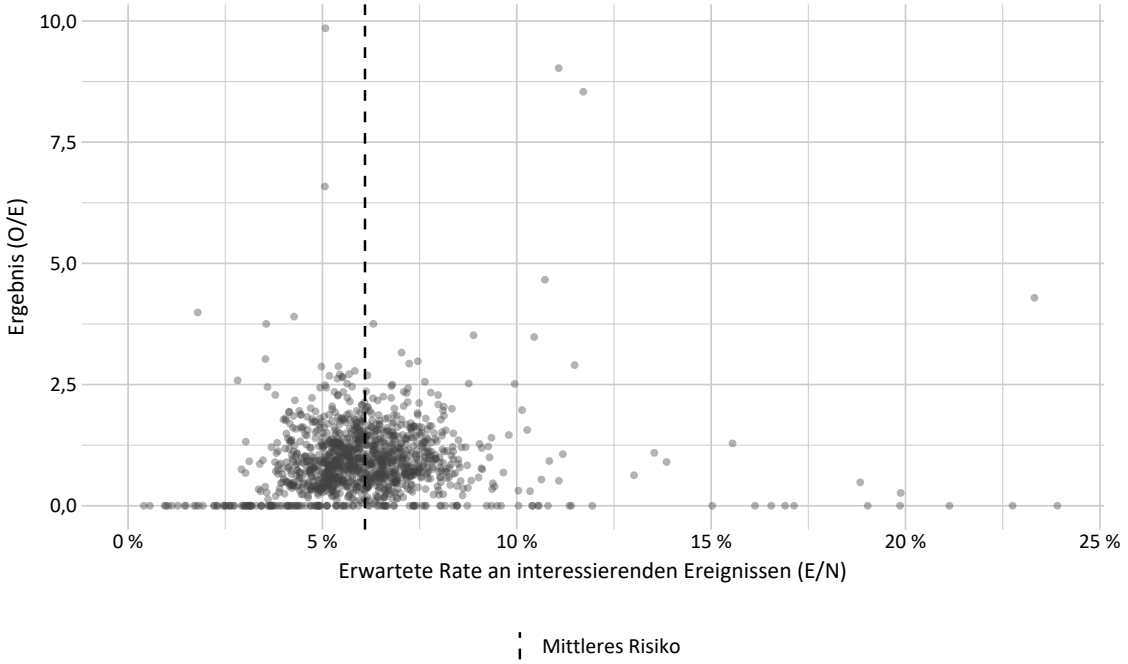
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.255	0	0,00	9,85	0,84

231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

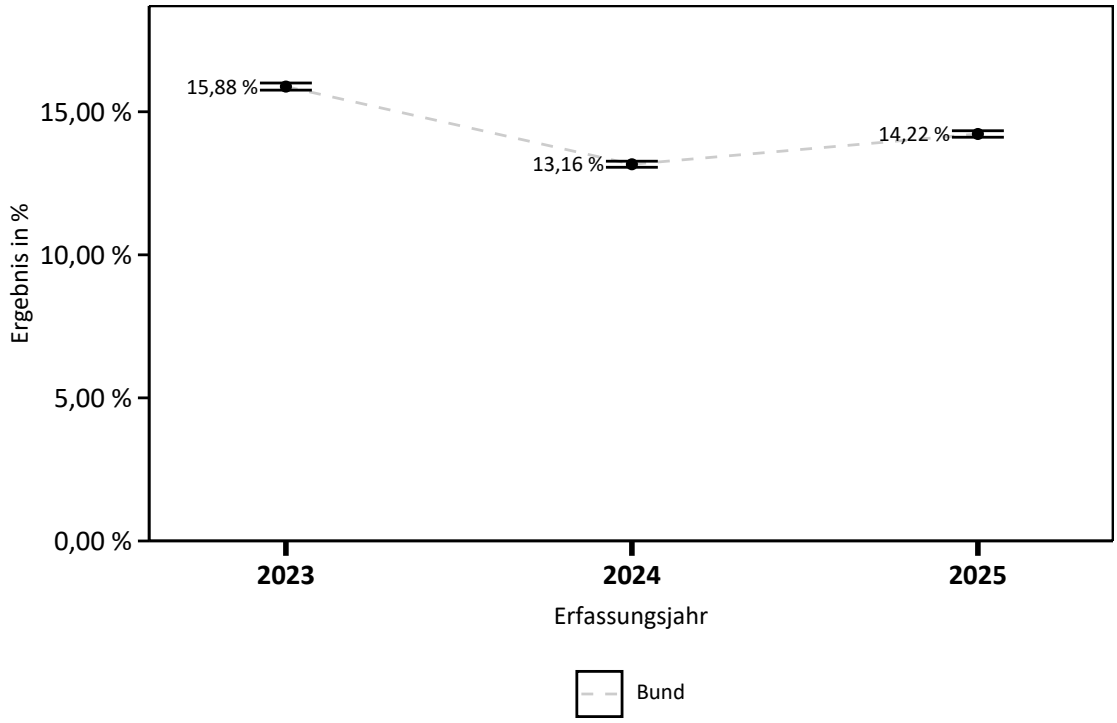
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

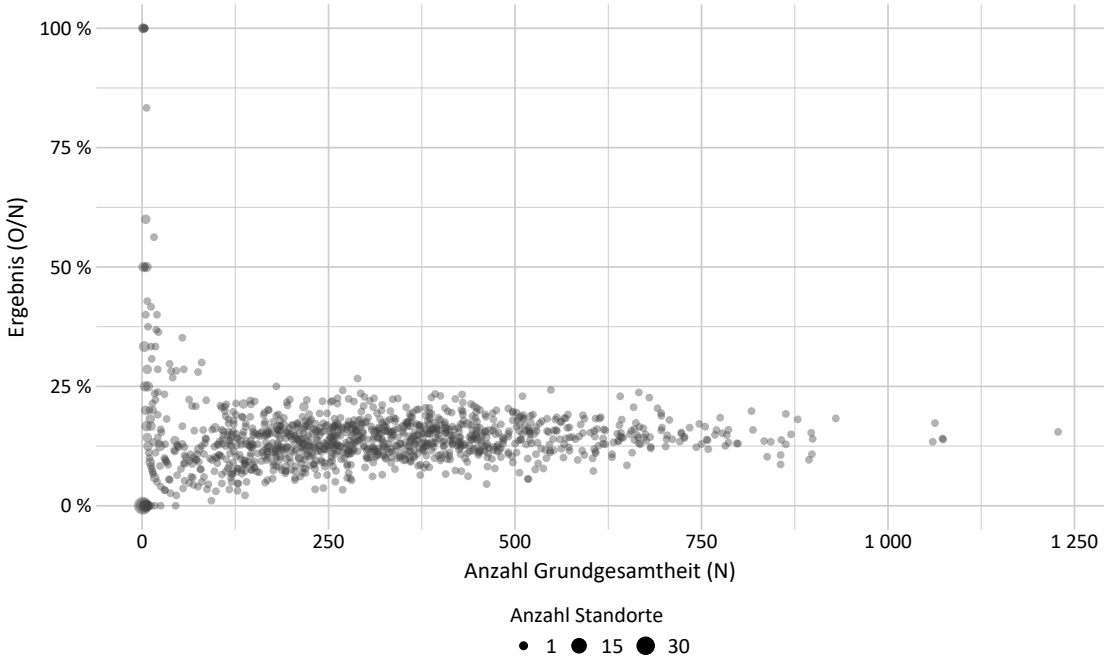
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	52.984 / 333.649	15,88	15,76 - 16,00
	2024	51.407 / 390.484	13,16	13,06 - 13,27
	2025	52.064 / 366.072	14,22	14,11 - 14,34

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 %
2025	1.258	0	0,00	100,00	13,63

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 palliativer Therapiezielsetzung (inkl. COVID-19-Fälle)	6,16 % 19.385/314.766
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
6.1.1.1	ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet)	6,16 % 19.385/314.766
6.1.1.2	ID: E_50778 E/N (expected, erwartet)	6,09 % 19.184,24/314.766
6.1.1.3	**ID: 50778** **O/E**	1,01

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (ohne COVID-19-Fälle)	6,11 % 18.338/300.191
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
6.2.1.1	ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet)	6,11 % 18.338/300.191
6.2.1.2	ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet)	6,02 % 18.074,88/300.191
6.2.1.3	ID: 232007_50778 O/E (ohne COVID-19-Fälle)	1,01

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	7,18 % 1.047/14.575
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
6.3.1.1	ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet)	7,18 % 1.047/14.575
6.3.1.2	ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet)	7,61 % 1.109,36/14.575

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.3	ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle)	0,94

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	2,94 % 1.795/61.102
6.4.1	ID: 23_22038 ohne palliative Therapiezielsetzung	1,37 % 810/59.271
6.4.2	ID: 23_22039 mit palliativer Therapiezielsetzung	53,80 % 985/1.831

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) (inkl. COVID-19-Fälle)	14,70 % 41.832/284.489
6.5.1	ID: 23_22041 ohne palliative Therapiezielsetzung	6,54 % 15.826/242.072
6.5.2	ID: 23_22042 mit palliativer Therapiezielsetzung	61,31 % 26.006/42.417

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) (inkl. COVID-19-Fälle)	41,19 % 8.437/20.481
6.6.1	ID: 23_22044 ohne palliative Therapiezielsetzung	20,48 % 2.749/13.423
6.6.2	ID: 23_22045 mit palliativer Therapiezielsetzung	80,59 % 5.688/7.058

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	14,22 % 52.064/366.072

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.1	ID: 23_22047 18 - 19 Jahre	2,13 % 17/797
6.7.2	ID: 23_22048 20 - 29 Jahre	1,65 % 80/4.851
6.7.3	ID: 23_22049 30 - 39 Jahre	1,91 % 175/9.172
6.7.4	ID: 23_22050 40 - 49 Jahre	3,51 % 455/12.979
6.7.5	ID: 23_22051 50 - 59 Jahre	5,93 % 1.541/25.993
6.7.6	ID: 23_22052 60 - 69 Jahre	9,23 % 5.531/59.931
6.7.7	ID: 23_22053 70 - 79 Jahre	12,93 % 10.942/84.656
6.7.8	ID: 23_22054 80 - 89 Jahre	18,41 % 23.411/127.196
6.7.9	ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre	24,48 % 9.912/40.497

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 52.064/52.064
6.8.1	ID: 23_22057 18 - 19 Jahre	0,03 % 17/52.064
6.8.2	ID: 23_22058 20 - 29 Jahre	0,15 % 80/52.064
6.8.3	ID: 23_22059 30 - 39 Jahre	0,34 % 175/52.064
6.8.4	ID: 23_22060 40 - 49 Jahre	0,87 % 455/52.064
6.8.5	ID: 23_22061 50 - 59 Jahre	2,96 % 1.541/52.064
6.8.6	ID: 23_22062 60 - 69 Jahre	10,62 % 5.531/52.064
6.8.7	ID: 23_22063 70 - 79 Jahre	21,02 % 10.942/52.064
6.8.8	ID: 23_22064 80 - 89 Jahre	44,97 % 23.411/52.064

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8.9	ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre	19,04 % 9.912/52.064

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	6,16 % 19.385/314.766
6.9.1	ID: 23_22067 18 - 19 Jahre	1,28 % 10/784
6.9.2	ID: 23_22068 20 - 29 Jahre	0,86 % 41/4.775
6.9.3	ID: 23_22069 30 - 39 Jahre	0,90 % 81/8.994
6.9.4	ID: 23_22070 40 - 49 Jahre	1,89 % 239/12.625
6.9.5	ID: 23_22071 50 - 59 Jahre	2,82 % 694/24.653
6.9.6	ID: 23_22072 60 - 69 Jahre	4,28 % 2.360/55.183
6.9.7	ID: 23_22073 70 - 79 Jahre	5,75 % 4.291/74.652
6.9.8	ID: 23_22074 80 - 89 Jahre	8,00 % 8.281/103.456
6.9.9	ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre	11,43 % 3.388/29.644

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 19.385/19.385
6.10.1	ID: 23_22077 18 - 19 Jahre	0,05 % 10/19.385
6.10.2	ID: 23_22078 20 - 29 Jahre	0,21 % 41/19.385
6.10.3	ID: 23_22079 30 - 39 Jahre	0,42 % 81/19.385

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10.4	ID: 23_22080 40 - 49 Jahre	1,23 % 239/19.385
6.10.5	ID: 23_22081 50 - 59 Jahre	3,58 % 694/19.385
6.10.6	ID: 23_22082 60 - 69 Jahre	12,17 % 2.360/19.385
6.10.7	ID: 23_22083 70 - 79 Jahre	22,14 % 4.291/19.385
6.10.8	ID: 23_22084 80 - 89 Jahre	42,72 % 8.281/19.385
6.10.9	ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre	17,48 % 3.388/19.385

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	**ID: 231900** **Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)**	14,22 % 52.064/366.072

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	14,14 % 49.360/348.972

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

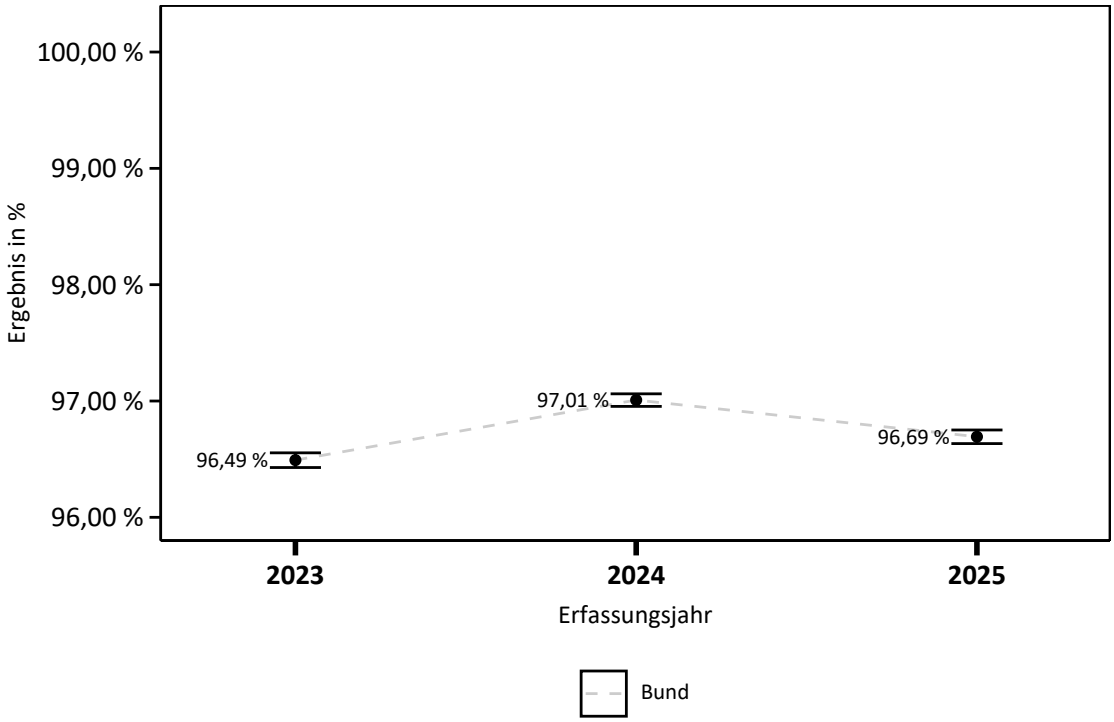
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

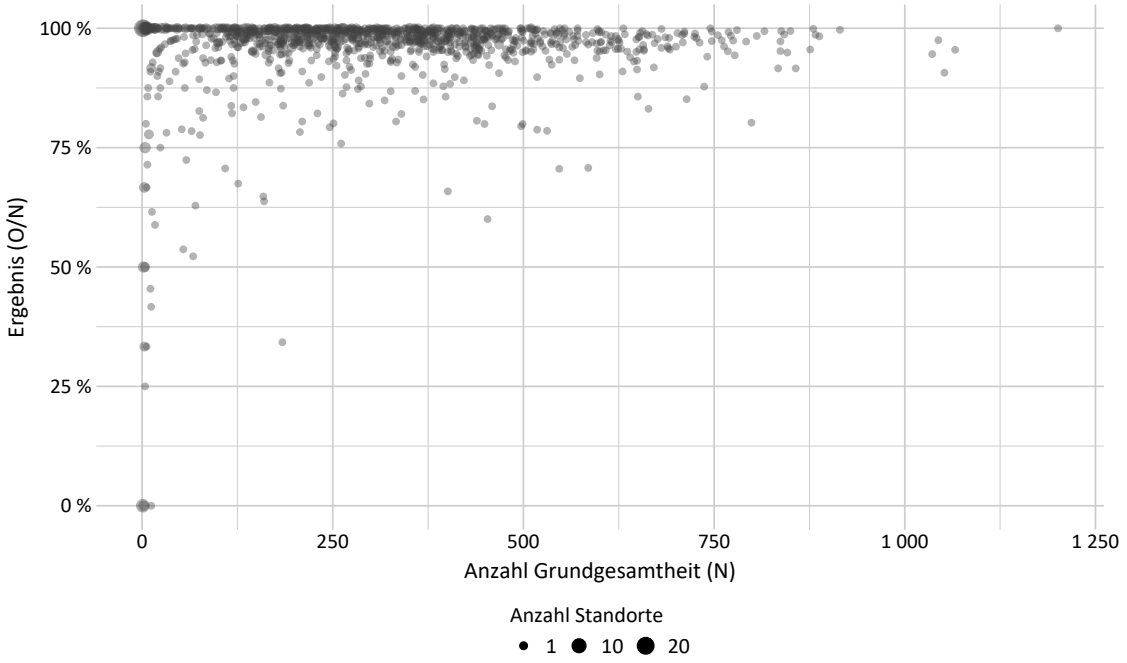
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	315.019 / 326.472	96,49	96,43 - 96,55
	2024	371.511 / 382.969	97,01	96,95 - 97,06
	2025	346.952 / 358.818	96,69	96,63 - 96,75

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 %
2025	1.256	0	0,00	100,00	98,41

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	**ID: 50722** **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**	96,69 % 346.952/358.818

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,67 % 330.591/341.973

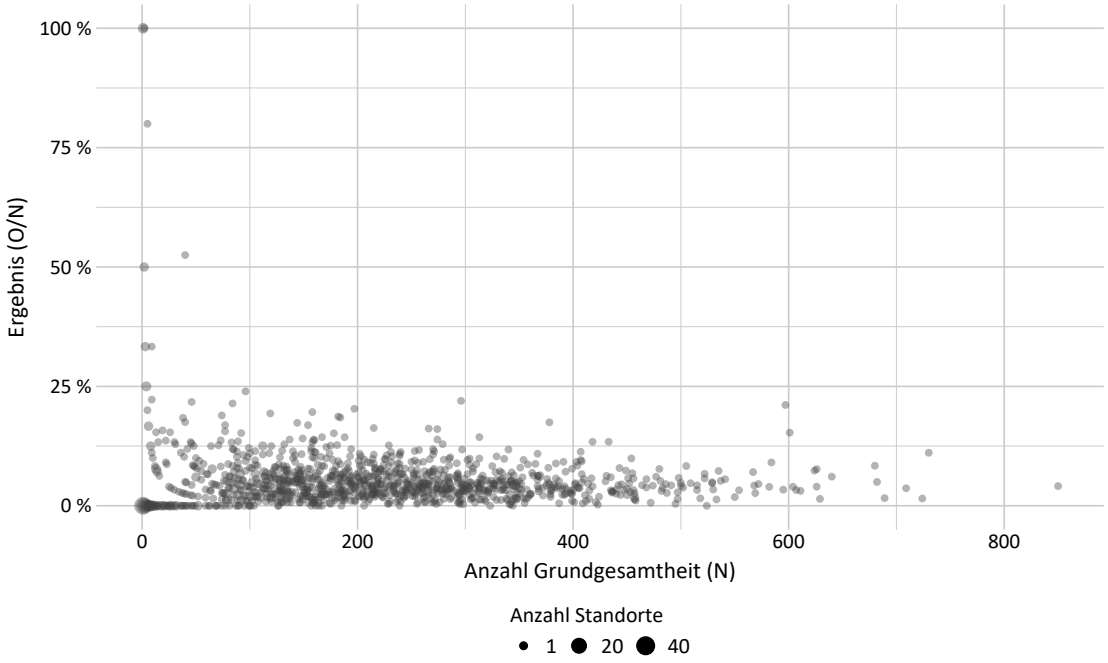
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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 dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.251	0	0,00	100,00	4,00

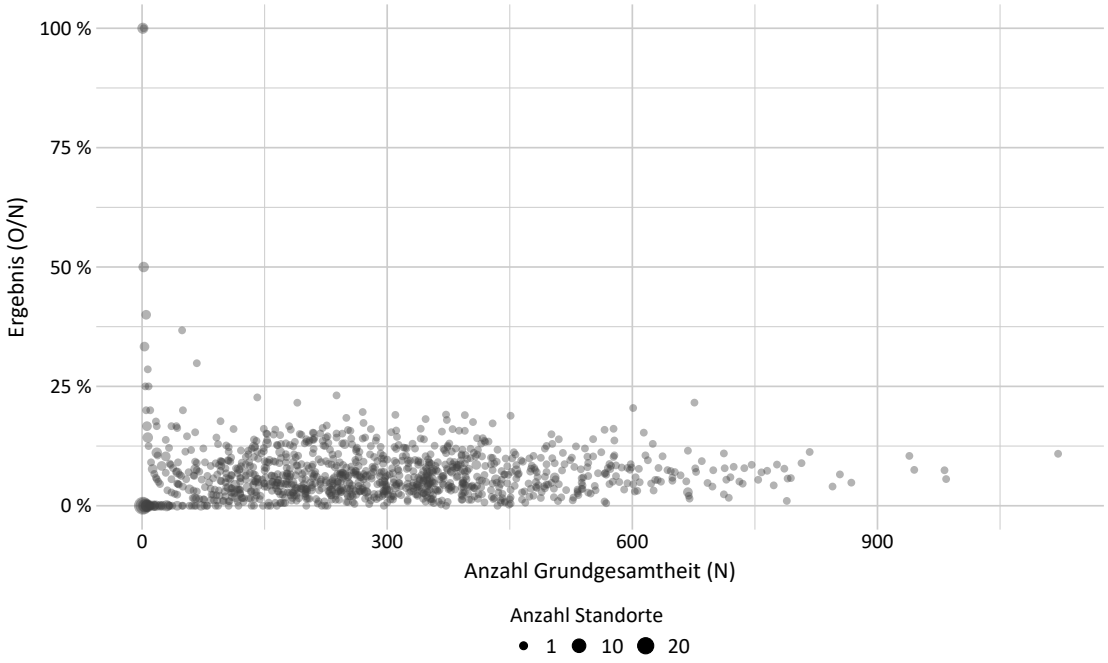
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	12.486 / 254.655	4,90	0,00 % 0 / 1.251

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

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	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.242	0	0,00	100,00	5,40

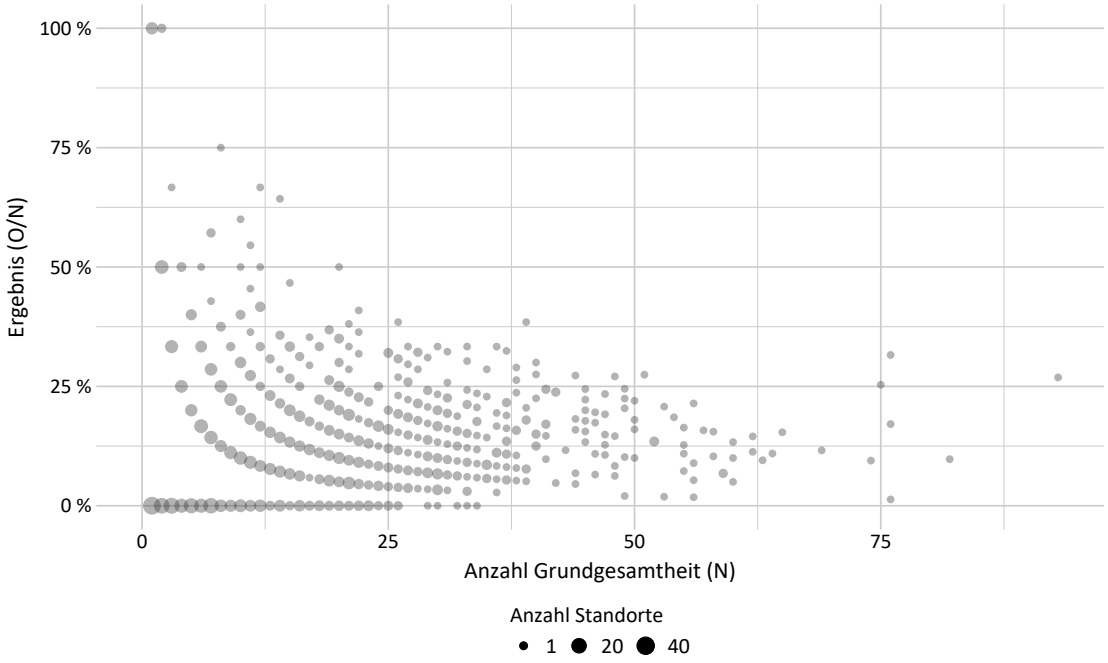
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	21.858 / 330.591	6,61	0,00 % 0 / 1.242

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung 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 eine dokumentierte palliative Therapiezielsetzung 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 dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war
Zähler	Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.115	0	0,00	100,00	11,11

Detailergebnisse

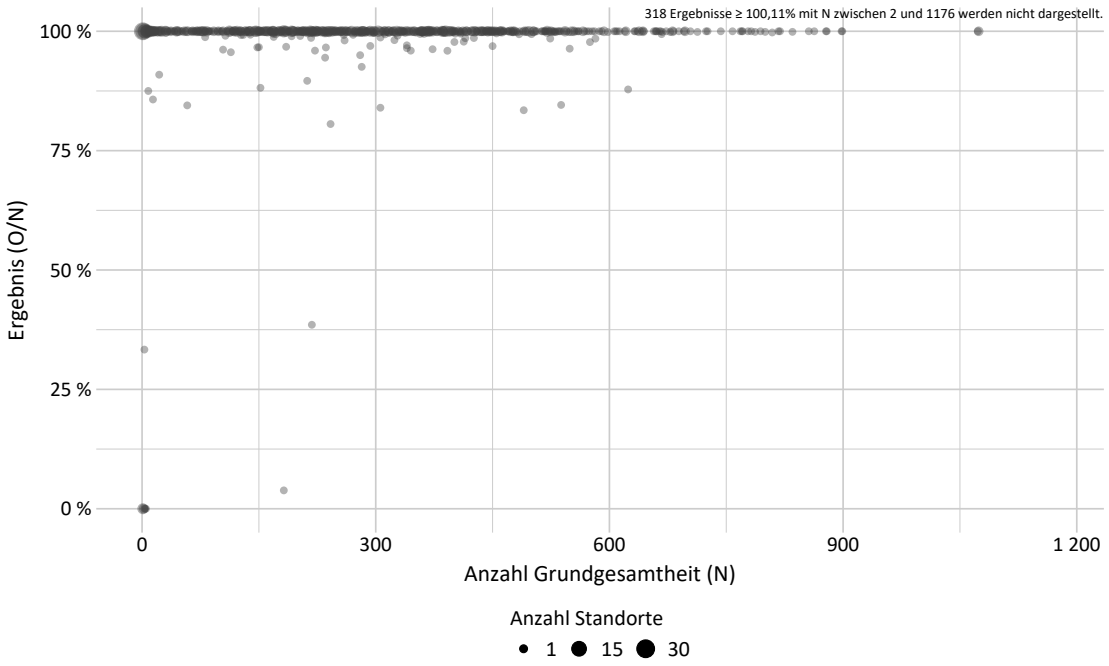
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.801 / 19.733	14,19	0,00 % 0 / 1.115

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.265	0	0,00	250,00	100,00

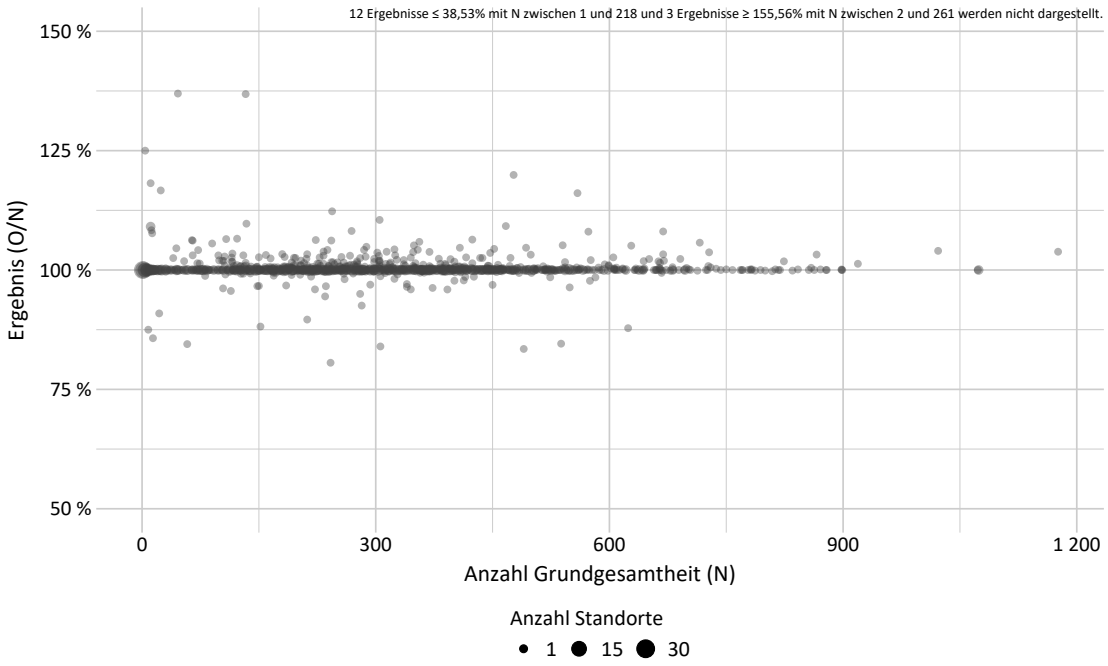
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	366.706 / 364.620	100,57	0,00 % 0 / 1.265

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.265	0	0,00	250,00	100,00

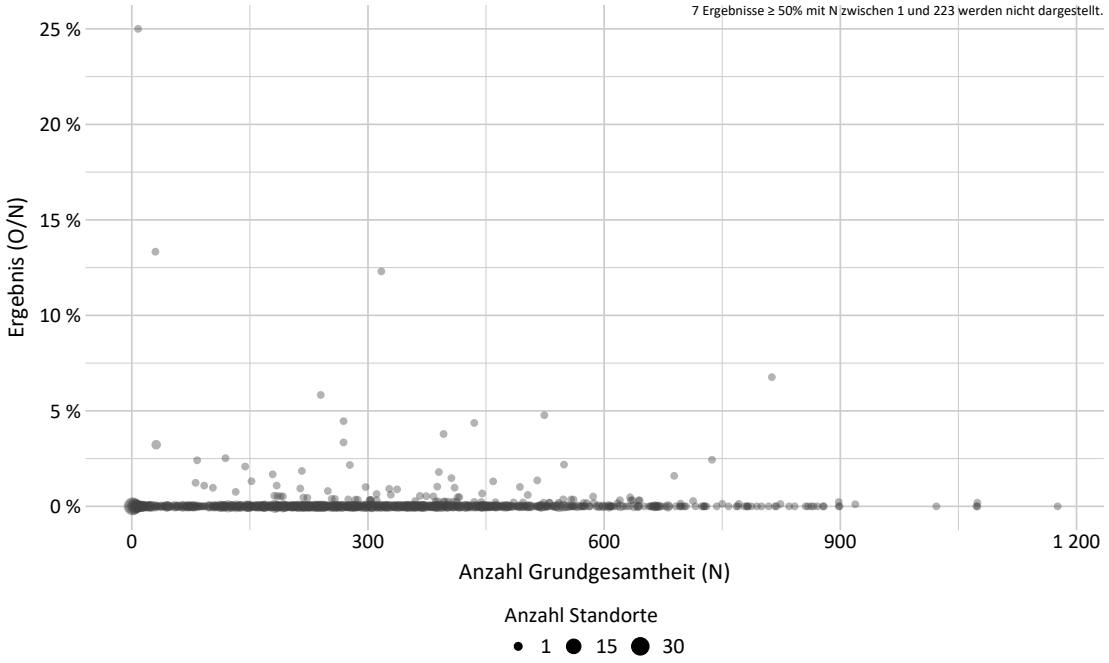
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	366.706 / 364.620	100,57	0,00 % 0 / 1.265

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.265	0	0,00	118,18	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	634 / 364.620	0,17	0,00 % 0 / 1.265

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	11.413	3,12
1. Quartal	132.213	36,12
2. Quartal	80.519	22,00
3. Quartal	65.596	17,92
4. Quartal	76.331	20,85

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Altersverteilung[5]		
< 20 Jahre	797	0,22
20 - 29 Jahre	4.851	1,33
30 - 39 Jahre	9.172	2,51
40 - 49 Jahre	12.979	3,55
50 - 59 Jahre	25.993	7,10
60 - 69 Jahre	59.931	16,37
70 - 79 Jahre	84.656	23,13
80 - 89 Jahre	127.196	34,75
≥ 90 Jahre	40.497	11,06

[5] Patientinnen und Patienten mit Angaben > 0 und < 150 Jahren

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	366.072
Minimum	18,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	66,00
Mittelwert	74,32
Median	78,00
75. Perzentil	86,00
95. Perzentil	92,00
Maximum	114,00

[6] Patientinnen und Patienten mit Angaben > 0 und < 150 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Geschlecht		
(1) männlich	207.544	56,69
(2) weiblich	158.516	43,30
(3) divers	8	0,00
(8) unbestimmt	4	0,00

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht[7]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten					
Bund (gesamt)					
< 30 Jahre	3.282 **0,90 %**	2.366 **0,65 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	5.648 **1,54 %**
30 - 39 Jahre	5.054 **1,38 %**	4.117 **1,12 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	9.172 **2,51 %**
40 - 49 Jahre	7.766 **2,12 %**	5.210 **1,42 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	12.979 **3,55 %**
50 - 59 Jahre	15.872 **4,34 %**	10.120 **2,76 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	25.993 **7,10 %**
60 - 69 Jahre	36.663 **10,02 %**	23.267 **6,36 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	59.931 **16,37 %**
70 - 79 Jahre	51.476 **14,06 %**	33.179 **9,06 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	84.656 **23,13 %**
80 - 89 Jahre	69.436 **18,97 %**	57.755 **15,78 %**	4 **0,00 %**	≤3 **x %**	127.196 **34,75 %**
≥ 90 Jahre	17.995 **4,92 %**	22.502 **6,15 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	40.497 **11,06 %**
Gesamt	207.544 **56,69 %**	158.516 **43,30 %**	8 **0,00 %**	4 **0,00 %**	366.072 **100,00 %**

[7] Patientinnen und Patienten mit Angaben > 0 und < 150 Jahren

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Aufnahmeanlass		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	78.802	21,53
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.837	4,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Chronische Bettlägerigkeit		
(0) nein	310.216	84,74
(1) ja	55.856	15,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme		
(1) ja	7.254	1,98
(0) nein	358.818	98,02
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme		
(0) nein	250.361	69,77
(1) ja, pneumoniebedingt	27.074	7,55
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	69.954	19,50
(9) nicht beurteilbar	11.429	3,19
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60)		
1 - 9 / min.	499	0,14
10 - 19 / min.	208.577	58,13
20 - 29 / min.	114.920	32,03
30 - 60 / min.	22.861	6,37
nicht bestimmt	11.866	3,31
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme		
systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg	14.507	4,04
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	145.582	40,57
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	32.198	8,97
systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg	2.835	0,79
nicht bestimmt	0	0,00

CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden	**N = 358.818**	
CRB-65-Score ohne beatmete Patientinnen und Patienten		
CRB-65-Index = 0	61.102	17,03
CRB-65-Index = 1	205.931	57,39
CRB-65-Index = 2	78.558	21,89
CRB-65-Index = 3	12.235	3,41
CRB-65-Index = 4	992	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz	**N = 11.866**	
CRB-65-Risiko bei Patientinnen und Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patientinnen und Patienten)		
CRB-65-Index = 0	2.186	18,42
CRB-65-Index = 1	6.843	57,67
CRB-65-Index = 2	2.576	21,71
CRB-65-Index = 3	261	2,20
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	2.153	0,59
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	360.309	98,43
(2) 4 bis unter 8 Stunden	2.152	0,59
(3) 8 Stunden und später	1.458	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	**N = 363.919**	
Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme		
mindestens 90%	300.270	82,51
davon mit Sauerstoffgabe	108.876	36,26
unter 90%	63.649	17,49
davon mit Sauerstoffgabe	23.568	37,03
Erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst		
(0) nein	231.475	63,61
(1) ja	132.444	36,39
Erste Sauerstoffsättigung unter nichtinvasiver Beatmung oder CPAP erfasst		
(0) nein	347.104	95,38
(1) ja	16.815	4,62

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Initiale antibiotische Therapie		
(0) keine antibiotische Therapie	9.006	2,46
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	304.972	83,31
(2) 4 bis unter 8 Stunden	21.941	5,99
(3) 8 Stunden und später	18.048	4,93
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie	12.105	3,31

Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Beginn der Mobilisation[8]		
(0) keine Mobilisation	59.401	16,23
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	282.893	77,28
(2) nach 24 Stunden und später	23.778	6,50
Maschinelle Beatmung		
(0) nein	322.060	87,98
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	24.755	6,76
(2) ja, ausschließlich invasiv	9.400	2,57
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	9.857	2,69
Dokumentierter Therapieverzicht[9]		
(0) nein	314.766	85,98
(1) ja	51.306	14,02
davon		
Behandlung regulär beendet	9.667	18,84
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6.963	13,57
im Krankenhaus verstorben	32.679	63,69
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.997	3,89

[8] mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)
[9] 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	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten		
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	286.221	78,19
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung		
(0) nein	230.943	80,69
(1) ja, pneumoniebedingt	2.535	0,89
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	52.743	18,43
davon Patientinnen und Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme		
(0) nein	11.624	4,06
(1) ja	274.597	95,94
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz		
(1) maximal 24/min	271.590	94,89
(2) über 24/min	6.292	2,20
(3) nicht bestimmt	8.100	2,83
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	239	0,08
davon Patientinnen und Patienten mit Herzfrequenz		
(1) maximal 100/min	278.982	97,47
(2) über 100/min	6.783	2,37
(3) nicht bestimmt	456	0,16
davon Patientinnen und Patienten mit Temperatur		
(1) maximal 37,8°C	282.573	98,73
(2) über 37,8°C	3.181	1,11
(3) nicht bestimmt	467	0,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
davon Patientinnen und Patienten mit Sauerstoffsättigung		
(1) unter 90%	6.197	2,17
(2) mindestens 90%	278.780	97,40
(3) nicht bestimmt	1.244	0,43
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck, systolisch		
(1) unter 90 mmHg	2.602	0,91
(2) mindestens 90 mmHg	283.125	98,92
(3) nicht bestimmt	494	0,17

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Stationärer Aufenthalt		
< 1 Tag	5.057	1,38
1 - 7 Tage	202.277	55,26
8 - 14 Tage	116.509	31,83
15 - 21 Tage	27.098	7,40
> 21 Tage	15.131	4,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[10]		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	25.320	6,92
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	20.128	5,50
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	7.858	2,15
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	3.039	0,83
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	97.049	26,51
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	2.089	0,57
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	185.999	50,81
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	35.220	9,62
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	2.147	0,59

[10] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19[11]		
(U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen	13.099	3,58
(U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	4.018	1,10

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	229.437	62,68
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.731	1,57
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	466	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	5.248	1,43
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	5	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	19.968	5,45
(07) Tod	52.064	14,22
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[12]	710	0,19
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.641	0,72
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	47.654	13,02
(11) Entlassung in ein Hospiz	399	0,11
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	265	0,07
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	27	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	133	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[13]	851	0,23
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	15	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[14]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	418	0,11
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[15]		
(1) ja	39	0,01

[12] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[13] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[14] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[15] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei allen Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten	366.072	100,00
davon verstorben	52.064	14,22
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	78.802	21,53
davon verstorben	19.563	24,83
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.837	4,60
davon verstorben	3.242	19,26
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	349.235	95,40
davon verstorben	48.822	13,98
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	7.254	1,98
davon verstorben	2.864	39,48
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	1.826	0,50
davon verstorben	620	33,95
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	44.012	12,02
davon verstorben	15.309	34,78
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	24.755	6,76
davon verstorben	6.720	27,15
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	9.400	2,57
davon verstorben	4.482	47,68
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	9.857	2,69
davon verstorben	4.107	41,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung	314.766	100,00
davon verstorben	19.385	6,16
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	56.201	17,85
davon verstorben	6.255	11,13
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	14.094	4,48
davon verstorben	1.215	8,62
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne palliative Therapiezielsetzung	300.672	95,52
davon verstorben	18.170	6,04
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	5.187	1,65
davon verstorben	1.123	21,65
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	1.413	0,45
davon verstorben	263	18,61
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	32.733	10,40
davon verstorben	5.933	18,13
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	18.819	5,98
davon verstorben	2.085	11,08
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	6.581	2,09
davon verstorben	1.983	30,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	7.333	2,33
davon verstorben	1.865	25,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	51.306	100,00
davon verstorben	32.679	63,69