

Jahresauswertung 2022
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 7
Anzahl Datensätze: 497
Datensatzversion: FREHA_HH 2022 2.1
Datenbankstand: 01. Februar 2023
2022 - D18744-L121181-P56169

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf

Kontakt:
Tel.: 040 / 25 40 78-40
E-Mail: info@bqs.de
URL: www.bqs.de

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

In die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und Basiskennzahlen fließen für die Auswertung im I. - IV. Quartal 2022 die Patienten ein, deren Entlassung im I. - IV. Quartal 2022 stattgefunden hat.

Analog zu dem aktuellen Auswertungsjahr fließen für die Berechnung der Vorjahresdaten die Patienten ein, deren Entlassung im I. - IV. Quartal 2021 stattgefunden hat.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			92,3%	>= 48,0%	6
2022/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			70,7%	>= 57,0%	8
2022/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			46,7%	nicht definiert	10
2022/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			62,7%	>= 44,0%	12
2022/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			51,8%	>= 33,0%	14
2022/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			50,2%	>= 44,0%	16
2022/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			28,1%	<= 21,0%	18

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/FREHA_HH/158956 QI 8: Sterblichkeit <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung und ohne Therapiezieländerung			1,2%	nicht definiert	20
2022/FREHA_HH/158957 QI 9: Sterblichkeit <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung und ohne Therapiezieländerung			2,5%	nicht definiert	22
QI 10: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen) 2022/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			9,0 Tage	nicht definiert	24
2022/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			13,0 Tage	nicht definiert	24

Übersicht Kennzahlen

Kennzahlen	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/FREHA_HH/151130 Kennzahl 1: Dekanülierung			53,0%	nicht definiert	28

Qualitätsindikator 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung

Qualitätsziel: Bei möglichst vielen Patienten liegen zwei der letzten drei aufeinanderfolgenden Messungen des Blutdruckes vor Entlassung $\leq 140/85$ mmHg

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/151124

Referenzbereich: $\geq 48,0\%$

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			430 / 466	92,3%
Vertrauensbereich				89,5% - 94,5%
Referenzbereich		$\geq 48,0\%$		$\geq 48,0\%$

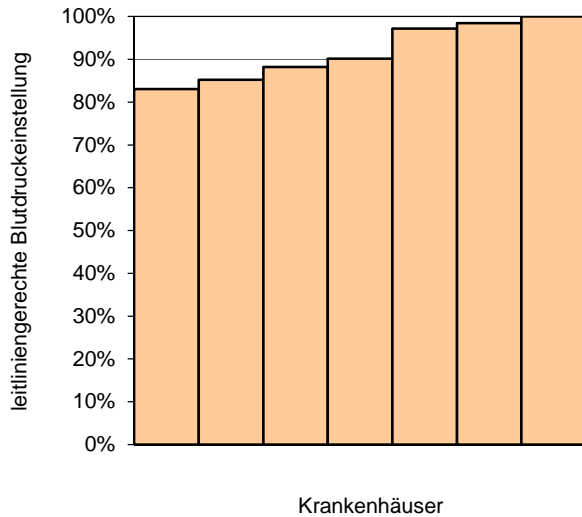
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			552 / 591	93,4%
Vertrauensbereich				91,1% - 95,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151124]:

Anteil von Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen \leq 140/85 mmHg an allen Patienten, außer Entlassungsgrund Tod

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

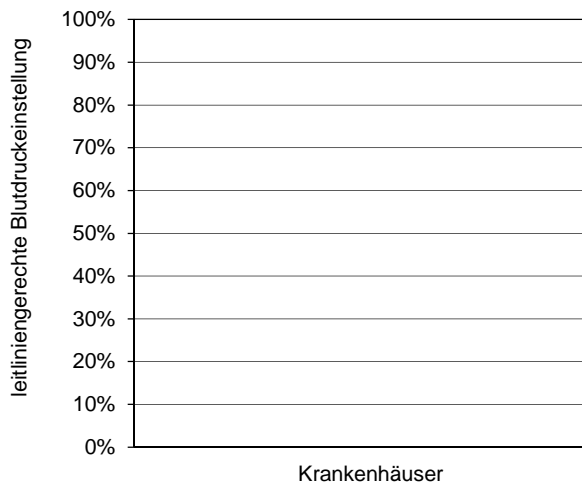
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,1	83,1	83,1	85,2	90,2	98,4	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen

- Qualitätsziel:** Möglichst großer Anteil von Patienten, bei denen sich die beaufsichtigungspflichtigen Schluckstörungen zurückbilden
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)
- Indikator-ID:** 2022/FREHA_HH/151125
- Referenzbereich:** >= 57,0%

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			229 / 324	70,7%
Referenzbereich		>= 57,0%		65,4% - 75,6% >= 57,0%

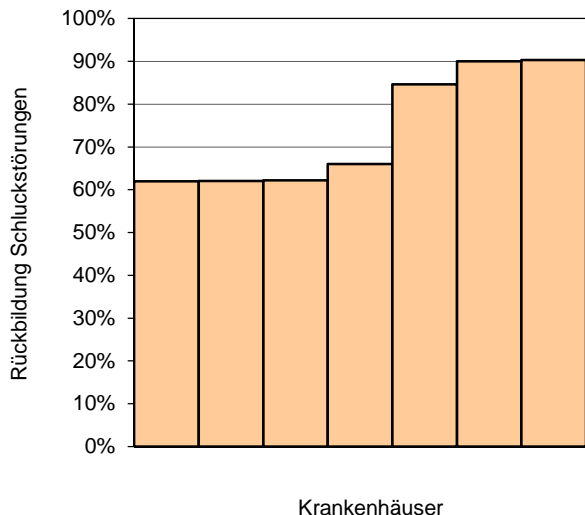
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			274 / 407	67,3%
				62,5% - 71,9%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151125]:

Anteil von Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung an allen Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

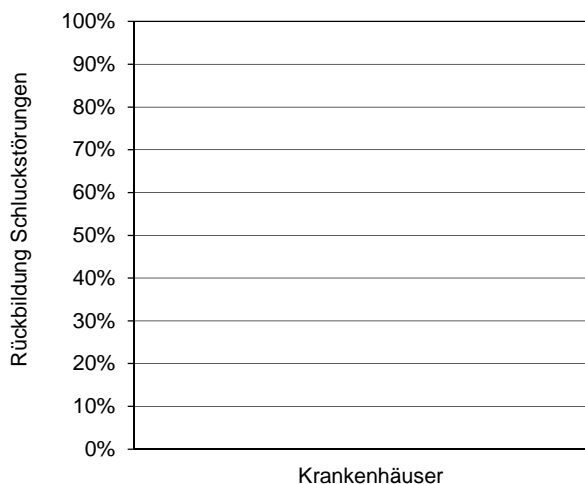
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,0	62,0	62,0	62,0	66,0	90,0	90,3	90,3	90,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Rückbildung einer Depression

Qualitätsziel: Frühzeitiges Erkennen und Behandeln einer Depression. Möglichst großer Anteil von Patienten, die ohne Depression verlegt/entlassen werden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf (GDS > 5 Punkte) (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/151126

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS ≤ 5 Punkte) Vertrauensbereich Referenzbereich			42 / 90	46,7% 36,0% - 57,5% nicht definiert

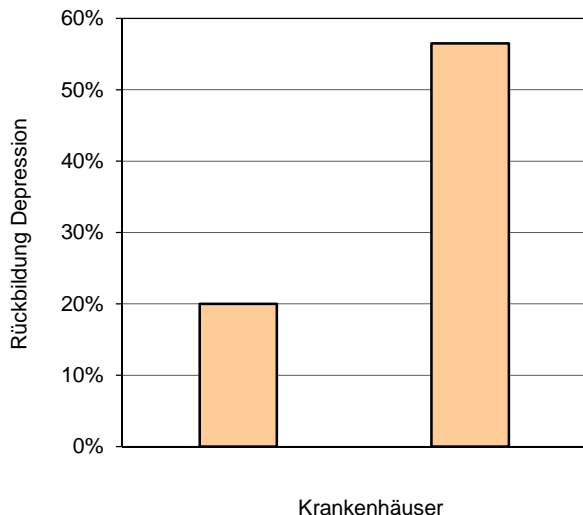
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS ≤ 5 Punkte) Vertrauensbereich			52 / 86	60,5% 49,3% - 70,9%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151126]:

Anteil von Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5) an allen Patienten mit dokumentierter Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf (GDS > 5 Punkte), außer Entlassungsgrund Tod

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

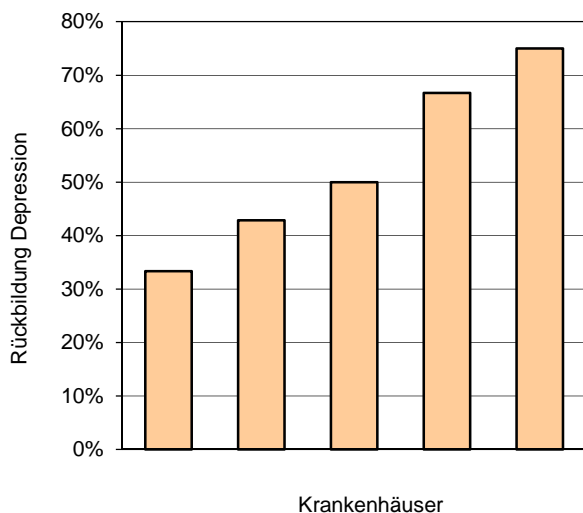
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,0	20,0	20,0	20,0	38,3	56,5	56,5	56,5	56,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	42,9	50,0	66,7	75,0	75,0	75,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung


Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil von Patienten, die mit einer Verständigungsstörung aufgenommen werden, können sich wieder verständlich machen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/151127

Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			160 / 255	62,7%
Vertrauensbereich				56,5% - 68,7%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

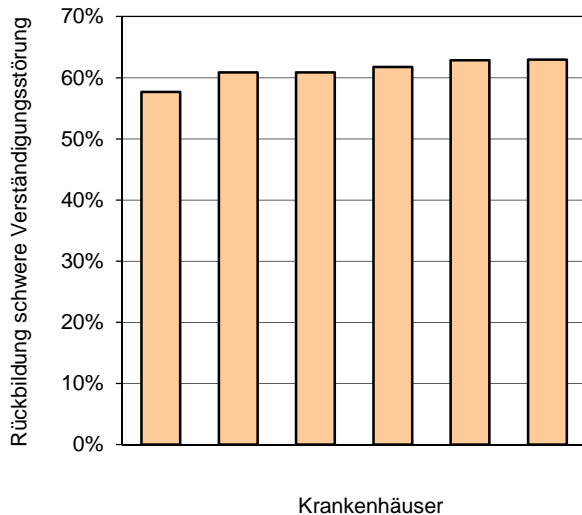
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			163 / 299	54,5%
Vertrauensbereich				48,7% - 60,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151127]:

Anteil von Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung an allen Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

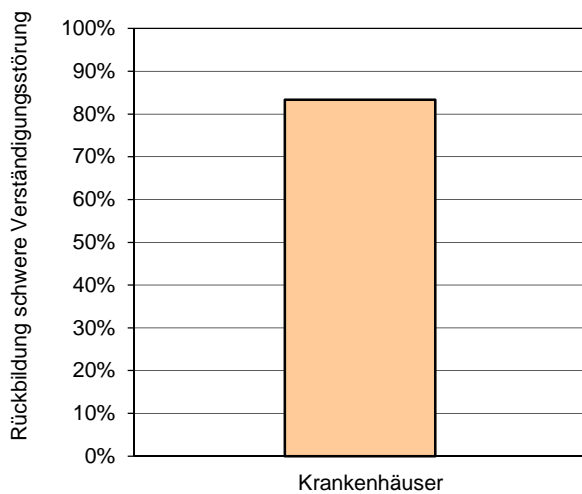
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,7	57,7	57,7	60,9	61,3	62,9	63,0	63,0	63,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Verbesserung der Mobilität

Qualitätsziel: Möglichst großer Anteil von Patienten mit Mobilitätseinschränkung (BI Fortbewegung = 0 Punkte) bei Aufnahme erreicht bei Entlassung einen BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht mobil sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/151145

Referenzbereich: $\geq 33,0\%$

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			232 / 448	51,8%
Vertrauensbereich				47,0% - 56,5%
Referenzbereich		$\geq 33,0\%$		$\geq 33,0\%$

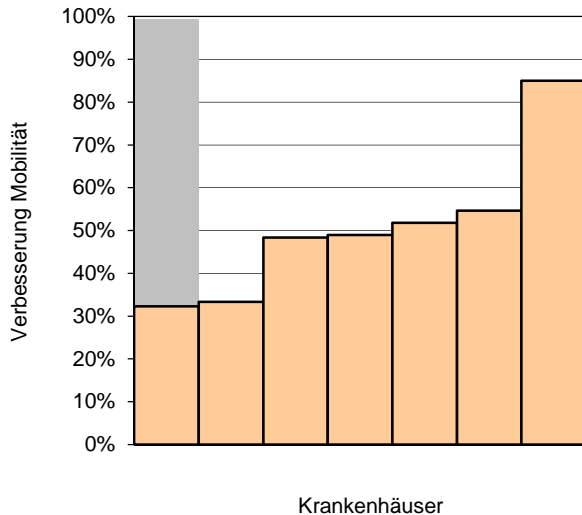
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			275 / 572	48,1%
Vertrauensbereich				43,9% - 52,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151145]:

Anteil von Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung >= 5 Punkte) an allen Patienten, die bei Aufnahme nicht mobil sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte), außer Entlassungsgrund Tod

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

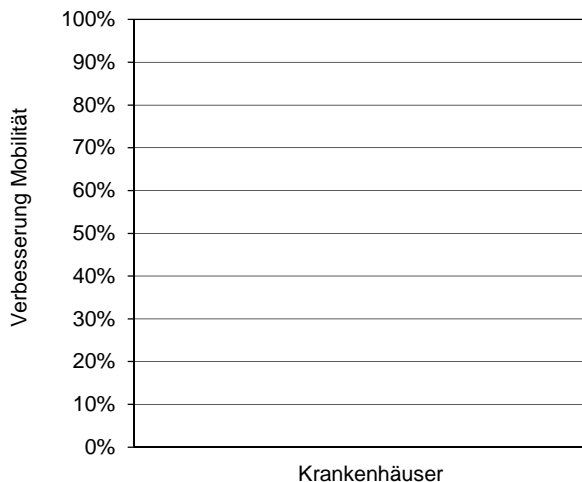
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	32,3	32,3	32,3	33,3	49,0	54,7	85,0	85,0	85,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation


Qualitätsziel: Möglichst viele Patienten werden in die Rehabilitationsphase C, D oder F entlassen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/151128

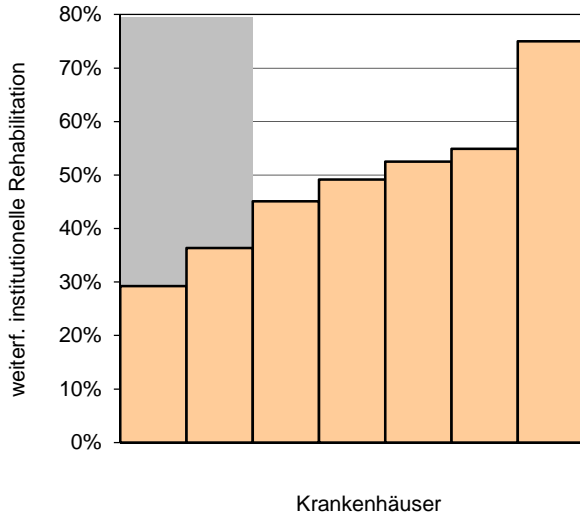
Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			234 / 466	50,2%
Vertrauensbereich				45,6% - 54,9%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			340 / 591	57,5%
Vertrauensbereich				53,4% - 61,6%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

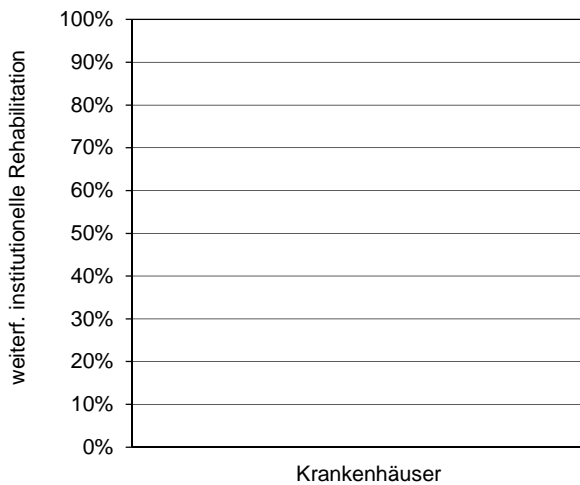
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,2	29,2	29,2	36,4	49,2	54,9	75,0	75,0	75,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Pulmonale Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten mit pulmonalen Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/151129

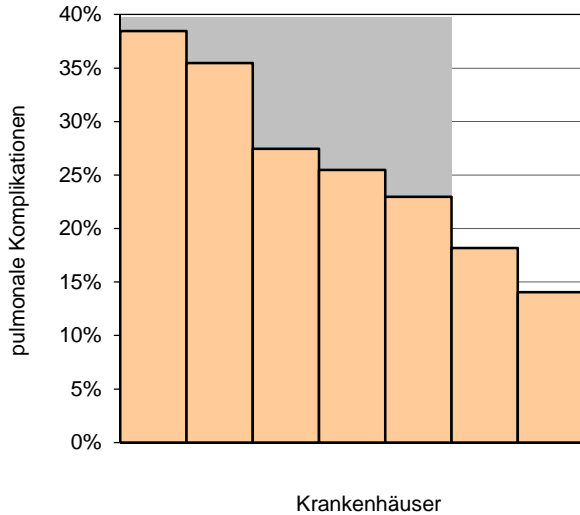
Referenzbereich: <= 21,0%

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			131 / 466	28,1%
Vertrauensbereich				24,1% - 32,4%
Referenzbereich		<= 21,0%		<= 21,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			121 / 591	20,5%
Vertrauensbereich				17,3% - 24,0%

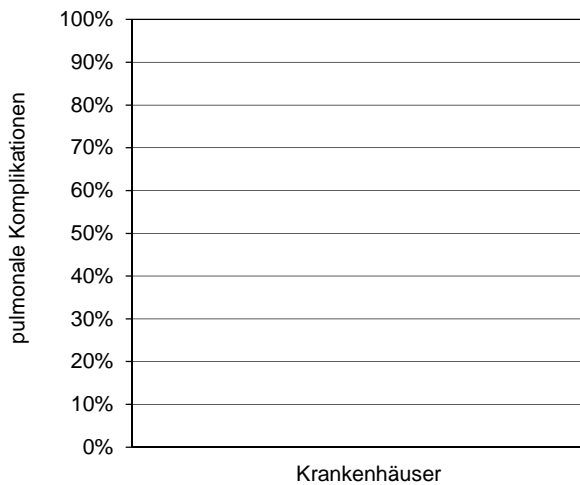
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	14,1	14,1	14,1	18,2	25,5	35,5	38,5	38,5	38,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Sterblichkeit ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil an Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Frührehabilitation an Spätkomplikationen des Schlaganfalls versterben

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung bei Aufnahme

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/158956

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			5 / 417	1,2%
Vertrauensbereich				0,4% - 2,8%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

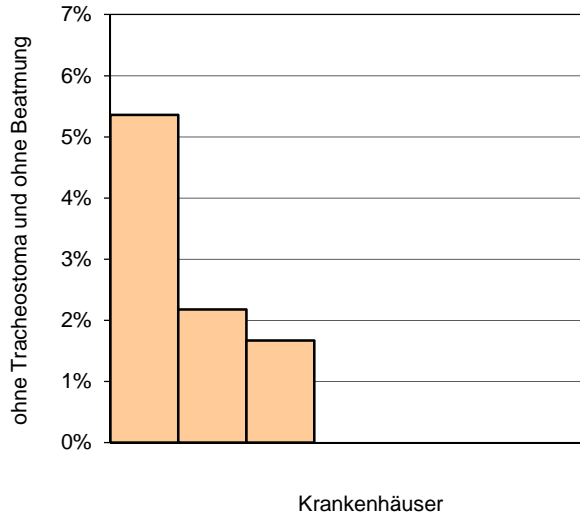
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			5 / 517	1,0%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/158956]:

Anteil von Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die nach der Frührehabilitation versterben an allen Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

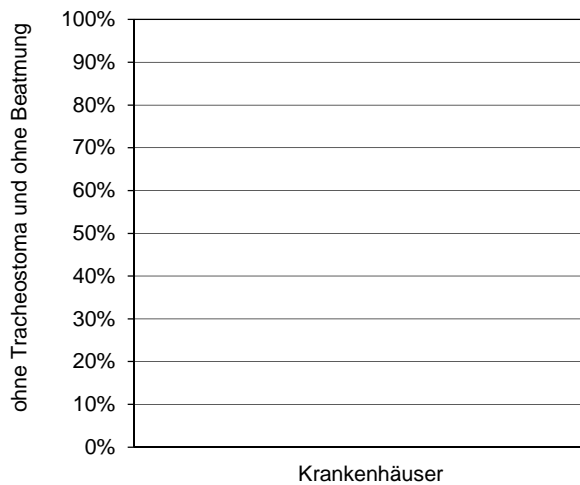
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	5,4	5,4	5,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Sterblichkeit mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil an Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Frührehabilitation an Spätkomplikationen des Schlaganfalls versterben

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung bei Aufnahme

Indikator-ID: 2022/FREHA_HH/158957

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			2 / 80	2,5%
Vertrauensbereich				0,2% - 8,9%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

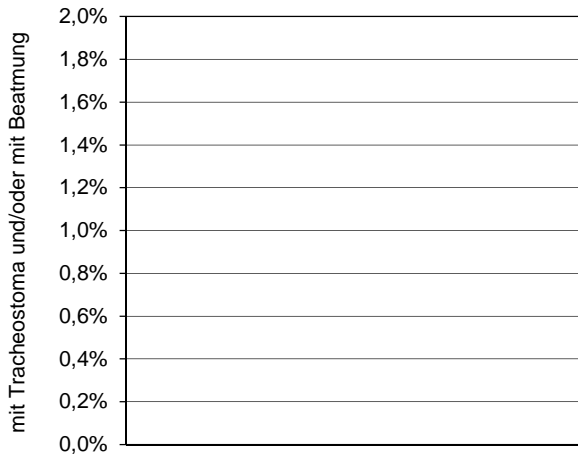
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			1 / 114	0,9%
Vertrauensbereich				0,0% - 4,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/158957]:

Anteil von Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die nach der Frührehabilitation versterben an allen Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

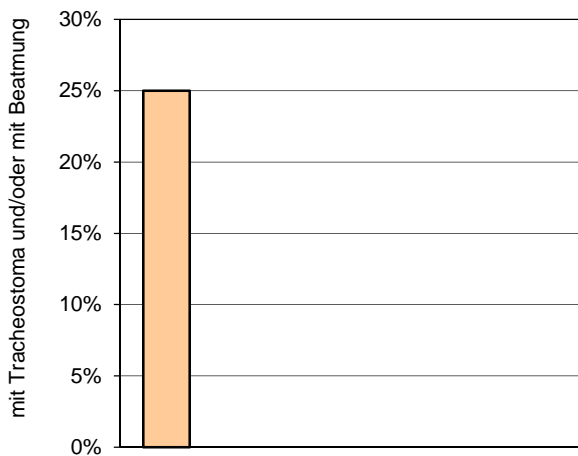


Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation

Qualitätsziel:	Minimierung des Zeitintervalls zwischen Schlaganfall und Frührehabilitation	
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit Schlaganfall (Diagnose I61.-, I63.-, I64.-)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2022/FREHA_HH/151195
	Gruppe 2:	2022/FREHA_HH/151200
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verteilung der Patienten auf die Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			332	
1 bis 5 Tage			28 / 332	8,4%
6 bis 10 Tage			72 / 332	21,7%
11 bis 15 Tage			50 / 332	15,1%
16 bis 20 Tage			26 / 332	7,8%
21 bis 25 Tage			18 / 332	5,4%
26 bis 30 Tage			11 / 332	3,3%
31 bis 35 Tage			9 / 332	2,7%
36 bis 40 Tage			3 / 332	0,9%
41 bis 45 Tage			1 / 332	0,3%
Median			9,0 Tage	
Mittelwert			14,5 Tage	
Referenzwert	nicht definiert		nicht definiert	
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			165	
1 bis 5 Tage			9 / 165	5,5%
6 bis 10 Tage			42 / 165	25,5%
11 bis 15 Tage			39 / 165	23,6%
16 bis 20 Tage			22 / 165	13,3%
21 bis 25 Tage			12 / 165	7,3%
26 bis 30 Tage			9 / 165	5,5%
31 bis 35 Tage			4 / 165	2,4%
36 bis 40 Tage			3 / 165	1,8%
41 bis 45 Tage			3 / 165	1,8%
Median			13,0 Tage	
Mittelwert			26,1 Tage	
Referenzwert	nicht definiert		nicht definiert	

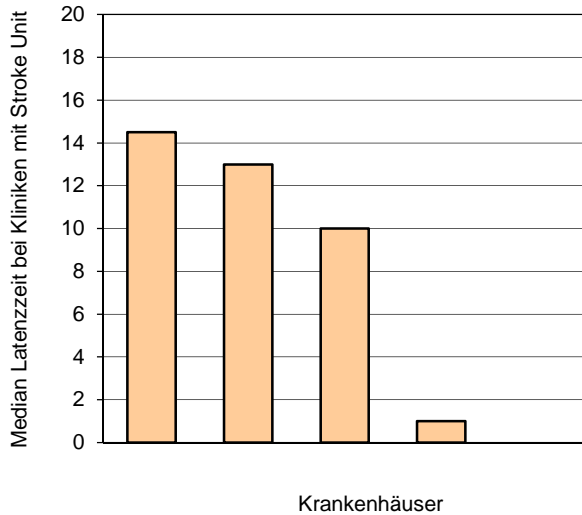
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median				9,0 Tage
Mittelwert				11,1 Tage
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median				13,0 Tage
Mittelwert				20,4 Tage

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151195]:

Median aller Angaben von Latenztage zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen bei Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit von allen Patienten mit Schlaganfall (Diagnose I61.-, I63.-, I64.-)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

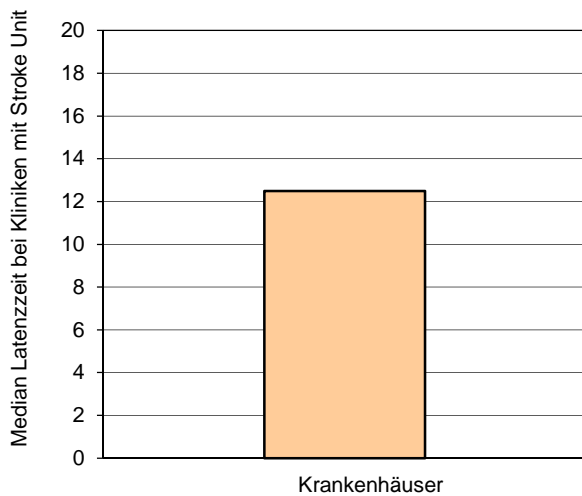
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,0	10,0	13,0	14,5	14,5	14,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5

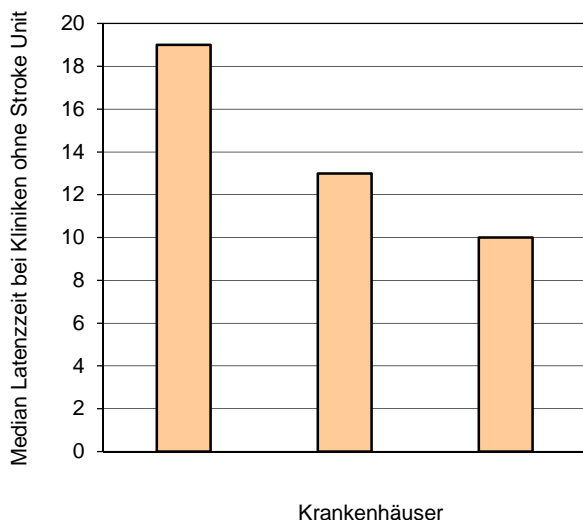
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2022/FREHA_HH/151200]:

Median aller Angaben von Latenztagen zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen bei Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit von allen Patienten mit Schlaganfall (Diagnose I61.-, I63.-, I64.-)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

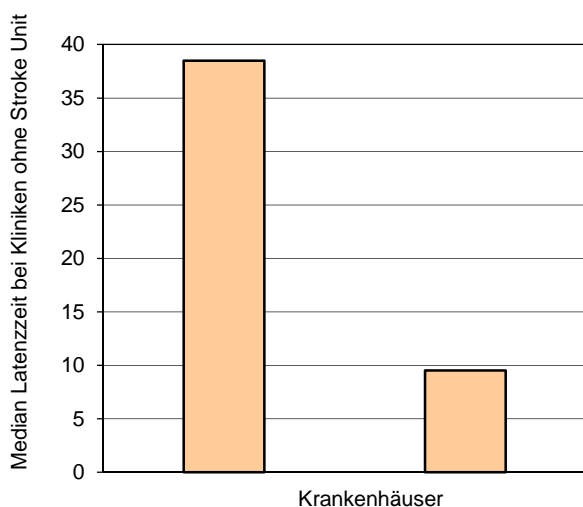
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,0	10,0	10,0	10,0	13,0	19,0	19,0	19,0	19,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,5	9,5	9,5	9,5	24,0	38,5	38,5	38,5	38,5

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl 1: Dekanülierung

Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil von Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt nicht mehr auf die Trachealkanüle angewiesen sind

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Kennzahl-ID: 2022/FREHA_HH/151130

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			35 / 66	53,0% 40,3% - 65,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			65 / 104	62,5% 52,4% - 71,8%

Basisdaten

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			106	21,3	133	21,1
2. Quartal			149	30,0	164	26,0
3. Quartal			132	26,6	169	26,8
4. Quartal			110	22,1	165	26,1
Gesamt			497		631	

Patienten

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			497		631	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>68,0 Jahre</i>		<i>70,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			285	57,3	372	59,0
weiblich			212	42,7	259	41,0
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			0	0,0	0	0,0

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			20 / 497	4,0	21 / 631	3,3
nein			477 / 497	96,0	610 / 631	96,7
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			2 / 497	0,4	0 / 631	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 497	0,0	0 / 631	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			0 / 497	0,0	1 / 631	0,2
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			10 / 497	2,0	19 / 631	3,0
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			143 / 497	28,8	199 / 631	31,5
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			342 / 497	68,8	412 / 631	65,3
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>		<i>-40,0 Punkte</i>		<i>-45,0 Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>		<i>-69,6 Punkte</i>		<i>-70,2 Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			349 / 497	70,2	438 / 631	69,4
nein			148 / 497	29,8	193 / 631	30,6
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			49 / 497	9,9	54 / 631	8,6
Beatmung			31 / 497	6,2	60 / 631	9,5
nein			417 / 497	83,9	517 / 631	81,9
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			72 / 497	14,5	111 / 631	17,6
nein			425 / 497	85,5	520 / 631	82,4

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			445 / 497	89,5	564 / 631	89,4
Locked in			2 / 497	0,4	1 / 631	0,2
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			2 / 497	0,4	14 / 631	2,2
Patient im Minimal Conscious State			24 / 497	4,8	21 / 631	3,3
Patient komatös			24 / 497	4,8	31 / 631	4,9
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			94 / 497	18,9	88 / 631	13,9
nein			229 / 497	46,1	303 / 631	48,0
nicht beurteilbar			174 / 497	35,0	240 / 631	38,0
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			275 / 497	55,3	325 / 631	51,5
nein			198 / 497	39,8	274 / 631	43,4
nicht beurteilbar			24 / 497	4,8	32 / 631	5,1
Neglect bei Aufnahme						
nein			209 / 497	42,1	287 / 631	45,5
mäßig			135 / 497	27,2	107 / 631	17,0
schwer			81 / 497	16,3	147 / 631	23,3
nicht beurteilbar			72 / 497	14,5	90 / 631	14,3

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			441 / 497	88,7	557 / 631	88,3
nein			56 / 497	11,3	74 / 631	11,7
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
Früherer Schlaganfall			88 / 441	20,0	115 / 557	20,6
Diabetes mellitus			117 / 441	26,5	149 / 557	26,8
Arterielle Hypertonie			406 / 441	92,1	487 / 557	87,4
Vorhofflimmern			139 / 441	31,5	189 / 557	33,9
Dekubitus >= Grad 2			16 / 441	3,6	18 / 557	3,2
Dialysepflicht			2 / 441	0,5	3 / 557	0,5
MRE			23 / 441	5,2	63 / 557	11,3
Isolationspflicht			24 / 441	5,4	63 / 557	11,3
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			45 / 441	10,2	58 / 557	10,4
COPD Grad III oder IV			21 / 441	4,8	16 / 557	2,9

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			470 / 497	94,6	585 / 631	92,7
nein			27 / 497	5,4	46 / 631	7,3
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
naso/orotrachealer Tubus			11 / 470	2,3	7 / 585	1,2
suprapubischer Blasen- katheter			18 / 470	3,8	15 / 585	2,6
transurethraler Blasen-katheter			417 / 470	88,7	531 / 585	90,8
nasogastrale Sonde			223 / 470	47,4	266 / 585	45,5
PEG/PEJ			44 / 470	9,4	60 / 585	10,3
zentraler Venenkatheter			51 / 470	10,9	83 / 585	14,2
peripherer Venenkatheter			286 / 470	60,9	342 / 585	58,5

Komplikationen

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			324 / 497	65,2	374 / 631	59,3
nein			173 / 497	34,8	257 / 631	40,7
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			5 / 324	1,5	3 / 374	0,8
Delir oder Psychose			98 / 324	30,2	98 / 374	26,2
Pneumonie			141 / 324	43,5	129 / 374	34,5
Tracheobronchitis			22 / 324	6,8	30 / 374	8,0
MRE im Verlauf			28 / 324	8,6	36 / 374	9,6
infektiöse Gastroenteritis			11 / 324	3,4	17 / 374	4,5
Sepsis/SIRS			31 / 324	9,6	31 / 374	8,3
Thrombose			8 / 324	2,5	11 / 374	2,9
Lungenembolie			5 / 324	1,5	9 / 374	2,4
Re-Infarkt			7 / 324	2,2	14 / 374	3,7
Re-Blutung			5 / 324	1,5	12 / 374	3,2
Myokardinfarkt			0 / 324	0,0	5 / 374	1,3
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			24 / 324	7,4	28 / 374	7,5
akutes Nierenversagen			30 / 324	9,3	36 / 374	9,6
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			15 / 324	4,6	2 / 374	0,5
funktionelle beeinträchtigung						
gung Kontrakturen			8 / 324	2,5	10 / 374	2,7
epileptischer Anfall			26 / 324	8,0	30 / 374	8,0
klinisch relevante Blutung			29 / 324	9,0	17 / 374	4,5
schmerzhafte Schulter			32 / 324	9,9	38 / 374	10,2
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			151 / 324	46,6	168 / 374	44,9
Dekubitus			15 / 324	4,6	11 / 374	2,9
Reanimationspflichtigkeit			6 / 324	1,9	9 / 374	2,4

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			1 / 466	0,2	1 / 591	0,2
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			10 / 466	2,1	10 / 591	1,7
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			27 / 466	5,8	42 / 591	7,1
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			105 / 466	22,5	132 / 591	22,3
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			242 / 466	51,9	302 / 591	51,1
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			79 / 466	17,0	104 / 591	17,6
Tod infolge des Schlaganfalls			2 / 466	0,4	0 / 591	0,0
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median	<i>Punkte</i>		30,0	<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert	<i>Punkte</i>		9,7	<i>Punkte</i>	4,2	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			433 / 466	92,9	444 / 591	75,1
ja			98 / 433	22,6	134 / 444	30,2
nein			335 / 433	77,4	310 / 444	69,8
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			329 / 466	70,6	253 / 591	42,8
ja			32 / 329	9,7	39 / 253	15,4
nein			297 / 329	90,3	214 / 253	84,6
Mobil bei Entlassung						
ja			248 / 466	53,2	292 / 591	49,4
nein			218 / 466	46,8	299 / 591	50,6

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			395 / 466	84,8	374 / 591	63,3
ja			95 / 395	24,1	139 / 374	37,2
nein			295 / 395	74,7	233 / 374	62,3
nicht beurteilbar			5 / 395	1,3	2 / 374	0,5
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			338 / 466	72,5	228 / 591	38,6
ja			54 / 338	16,0	37 / 228	16,2
nein			233 / 338	68,9	144 / 228	63,2
nicht beurteilbar			51 / 338	15,1	47 / 228	20,6
Neglect bei Entlassung						
nein			344 / 466	73,8	375 / 591	63,5
mäßig			82 / 466	17,6	130 / 591	22,0
schwer			19 / 466	4,1	39 / 591	6,6
nicht beurteilbar			21 / 466	4,5	47 / 591	8,0

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			208 / 466	44,6	256 / 591	43,3
nein			258 / 466	55,4	335 / 591	56,7
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			3 / 208	1,4	0 / 256	0,0
suprapubischer Blasenkatheter			20 / 208	9,6	16 / 256	6,3
transurethraler Blasenkatheter			137 / 208	65,9	169 / 256	66,0
nasogastrale Sonde			6 / 208	2,9	9 / 256	3,5
PEG/PEJ			118 / 208	56,7	150 / 256	58,6
zentraler Venenkatheter			9 / 208	4,3	4 / 256	1,6
peripherer Venenkatheter			9 / 208	4,3	16 / 256	6,3
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			36 / 497	7,2	39 / 631	6,2
RR <= 140/85 mmHg			432 / 497	86,9	553 / 631	87,6
Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?						
ja			22 / 497	4,4	31 / 631	4,9
nein			9 / 497	1,8	9 / 631	1,4
Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung						
ja			8 / 497	1,6	9 / 631	1,4
nein			23 / 497	4,6	31 / 631	4,9
Therapiezieländerung						
ja			52 / 497	10,5	100 / 631	15,8
nein			445 / 497	89,5	531 / 631	84,2
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		35,0 Tage		49,0 Tage

Entlassungsart

	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			67 / 497	13,5	56 / 631	8,9
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			206 / 497	41,4	291 / 631	46,1
Phase D - Anschlussheilbe- handlung (AHB)			13 / 497	2,6	11 / 631	1,7
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			15 / 497	3,0	38 / 631	6,0
Pflegeeinrichtung/Heim			122 / 497	24,5	140 / 631	22,2
Hospiz			3 / 497	0,6	6 / 631	1,0
Tod			31 / 497	6,2	40 / 631	6,3
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			40 / 497	8,0	49 / 631	7,8

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel, sofern es von der Fachgruppe definiert worden ist, sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z.B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein 'oder' als logisches, d. h. inklusives 'oder' zu verstehen im Sinne von 'und/oder'.

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit
2. der Anzahl der Fälle (z.B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z.B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion).

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

Beispiel: Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2022.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten 'Sentinel Event'-Indikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich 'Sentinel Event' aufgeführt.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.' bzw 'nicht definiert' platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2022 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2021 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2021 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2022 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle 'Vorjahresdaten' erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die grau hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens einen Fall in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als einem dokumentierten Fall in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

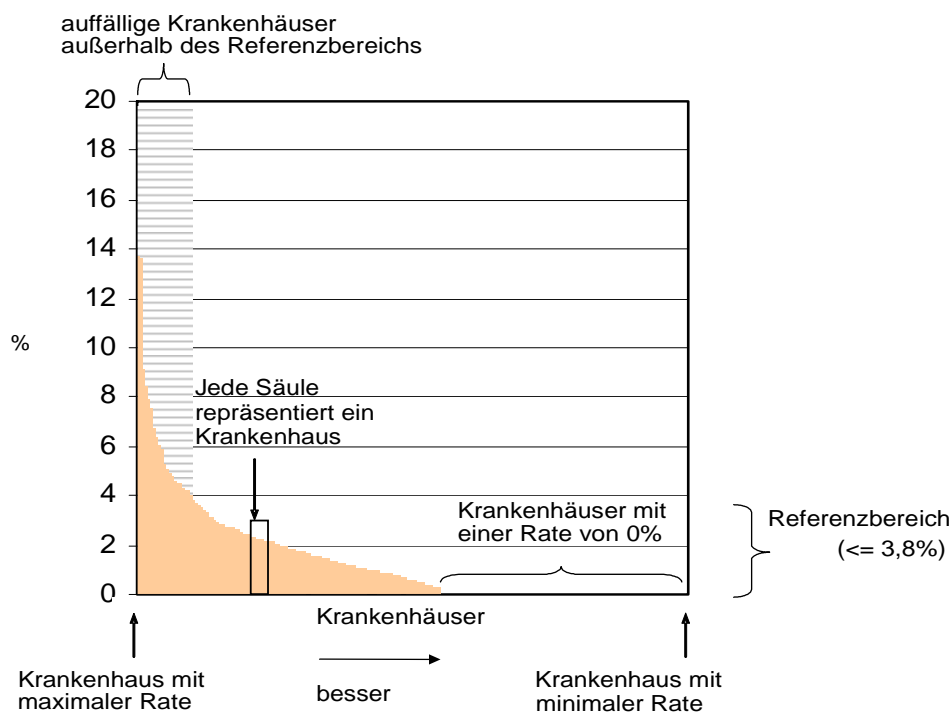
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Median der Krankenhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

Verhältnis

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung 'Verhältnis' verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Standort Hamburg
Wendenstraße 375
D-20537 Hamburg

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf