

Jahresauswertung 2023
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 8
Anzahl Datensätze: 561
Datensatzversion: FREHA_HH 2023 2.1
Datenbankstand: 01. Februar 2024
2023 - D18768-L121391-P56245

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 2023 die Patienten ein, deren Entlassung im I. - IV. Quartal 2023 stattgefunden hat.

Analog zu dem aktuellen Auswertungsjahr fließen für die Berechnung der Vorjahresdaten die Patienten ein, deren Entlassung im I. - IV. Quartal 2022 stattgefunden hat.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			93,6%	>= 48,0%	6
2023/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			72,2%	>= 57,0%	8
2023/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			63,6%	nicht definiert	10
2023/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			60,8%	>= 44,0%	12
2023/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			46,6%	>= 33,0%	14
2023/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			49,6%	>= 44,0%	16
2023/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			24,4%	<= 21,0%	18

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/FREHA_HH/158956 QI 8: Sterblichkeit <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung und ohne Therapiezieländerung			1,1%	nicht definiert	20
2023/FREHA_HH/158957 QI 9: Sterblichkeit <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung und ohne Therapiezieländerung			1,1%	nicht definiert	22
QI 10: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen) 2023/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			7,0 Tage	nicht definiert	24
2023/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			14,0 Tage	nicht definiert	24

Übersicht Kennzahlen

Kennzahlen	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/FREHA_HH/151130 Kennzahl 1: Dekanülierung			57,3%	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: 2023/FREHA_HH/151124

Referenzbereich: $\geq 48,0\%$

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			483 / 516	93,6%
Vertrauensbereich				91,1% - 95,6%
Referenzbereich		$\geq 48,0\%$		$\geq 48,0\%$

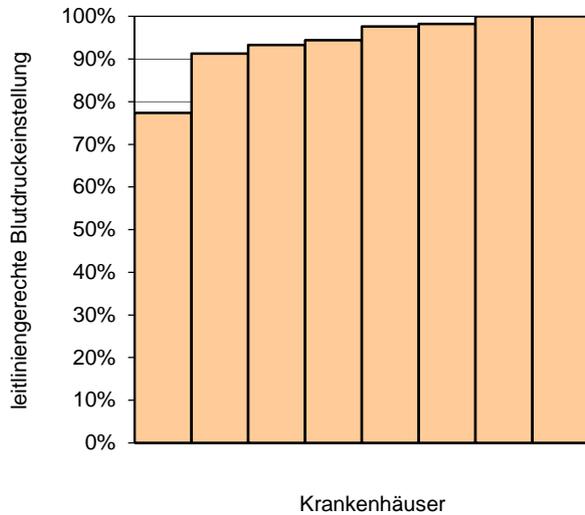
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			450 / 486	92,6%
Vertrauensbereich				89,9% - 94,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2023/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:

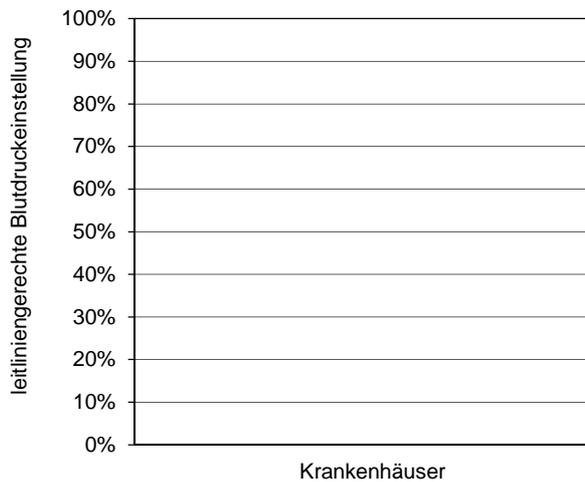
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,4	77,4	77,4	92,3	96,0	99,1	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: 2023/FREHA_HH/151125

Referenzbereich: >= 57,0%

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			257 / 356	72,2% 67,2% - 76,8% >= 57,0%

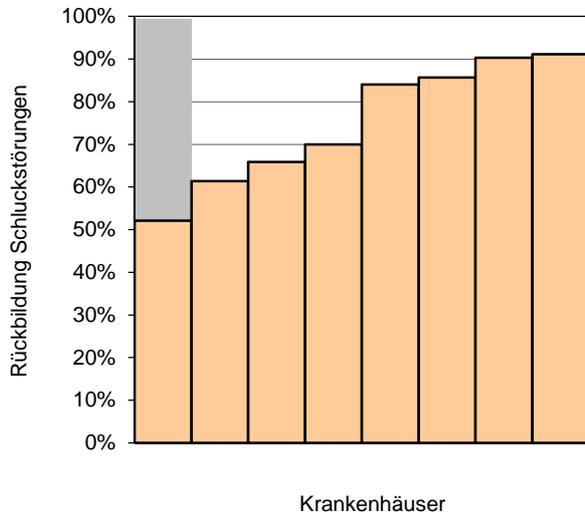
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			244 / 341	71,6% 66,4% - 76,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2023/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:

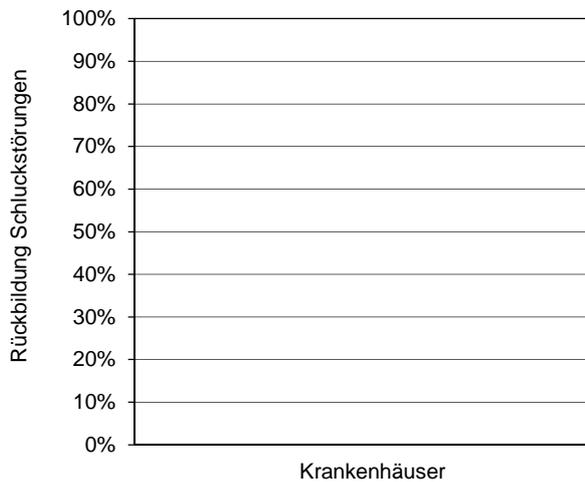
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,1	52,1	52,1	63,6	77,0	88,0	91,1	91,1	91,1

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: 2023/FREHA_HH/151126

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich Referenzbereich			75 / 118	63,6%
		nicht definiert		54,2% - 72,2% nicht definiert

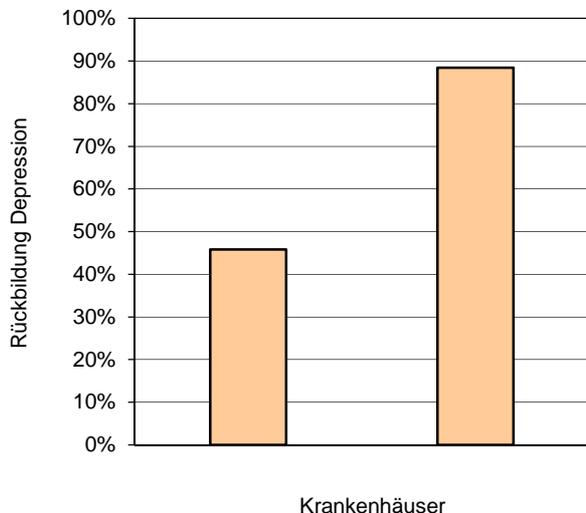
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich			50 / 99	50,5%
				40,2% - 60,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2023/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:

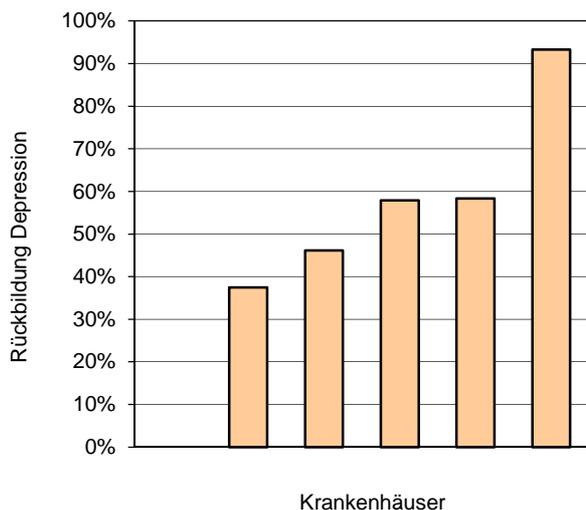
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,8	45,8	45,8	45,8	67,1	88,5	88,5	88,5	88,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 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	37,5	52,0	58,3	93,3	93,3	93,3

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: 2023/FREHA_HH/151127

Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			146 / 240	60,8%
Vertrauensbereich				54,3% - 67,1%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

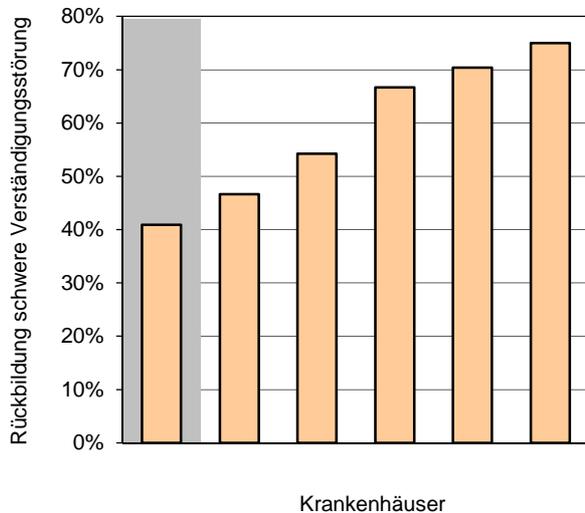
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			172 / 268	64,2%
Vertrauensbereich				58,1% - 69,9%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2023/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:

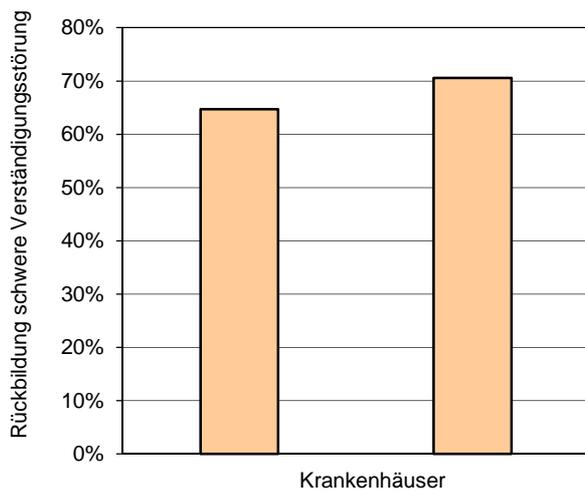
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,9	40,9	40,9	46,7	60,5	70,4	75,0	75,0	75,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,7	64,7	64,7	64,7	67,6	70,6	70,6	70,6	70,6

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: 2023/FREHA_HH/151145

Referenzbereich: $\geq 33,0\%$

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	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)			228 / 489	46,6%
Vertrauensbereich				42,1% - 51,2%
Referenzbereich		$\geq 33,0\%$		$\geq 33,0\%$

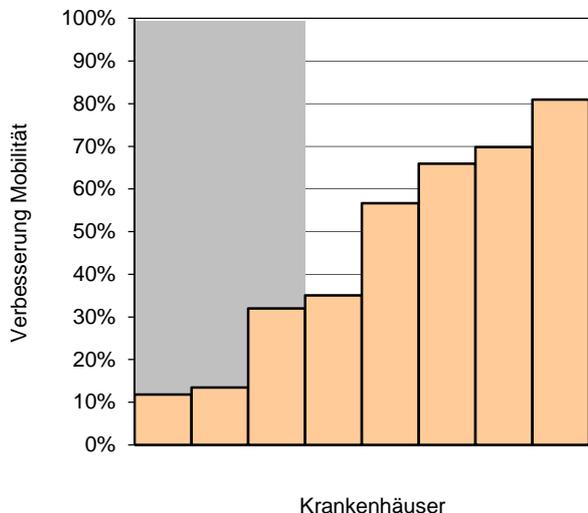
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			242 / 467	51,8%
Vertrauensbereich				47,2% - 56,4%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2023/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:

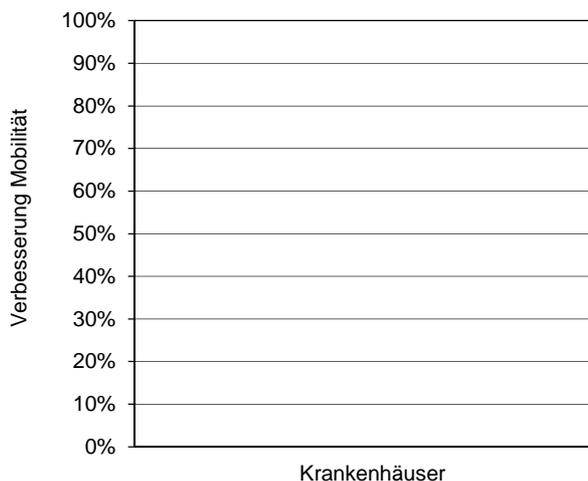
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,8	11,8	11,8	22,7	45,9	67,9	81,0	81,0	81,0

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: 2023/FREHA_HH/151128

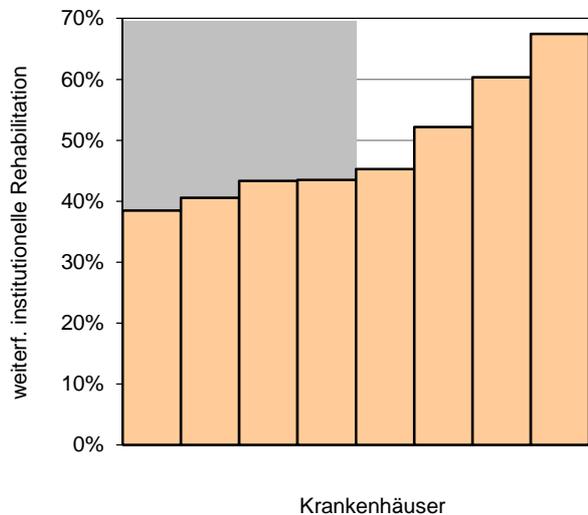
Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			256 / 516	49,6%
Vertrauensbereich				45,2% - 54,0%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			245 / 486	50,4%
Vertrauensbereich				45,9% - 54,9%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2023/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

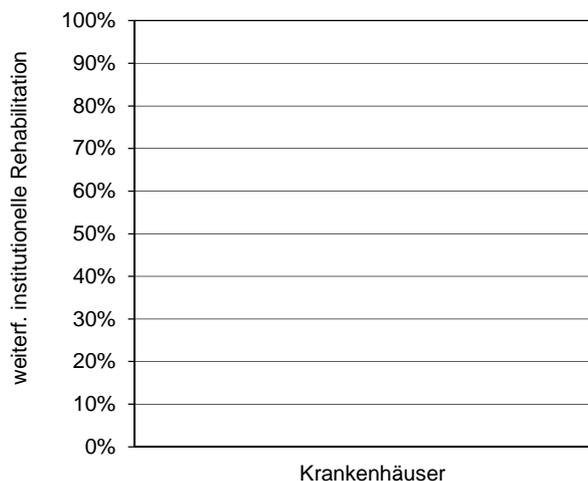
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,5	38,5	38,5	42,0	44,4	56,3	67,4	67,4	67,4

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 7: Pulmonale Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten mit pulmonalen Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2023/FREHA_HH/151129

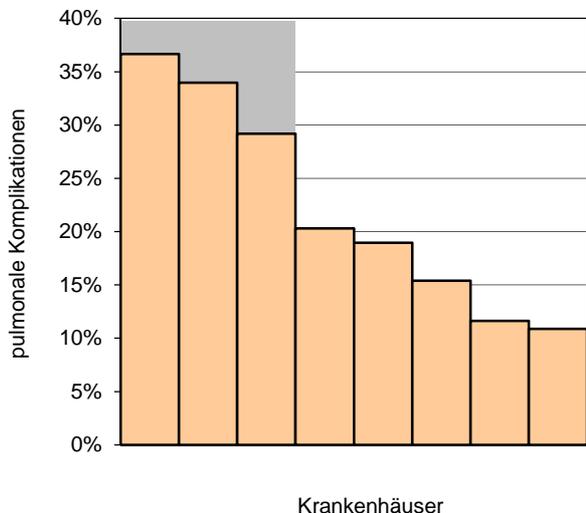
Referenzbereich: <= 21,0%

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			126 / 516	24,4%
Vertrauensbereich				20,8% - 28,4%
Referenzbereich		<= 21,0%		<= 21,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			136 / 486	28,0%
Vertrauensbereich				24,0% - 32,2%

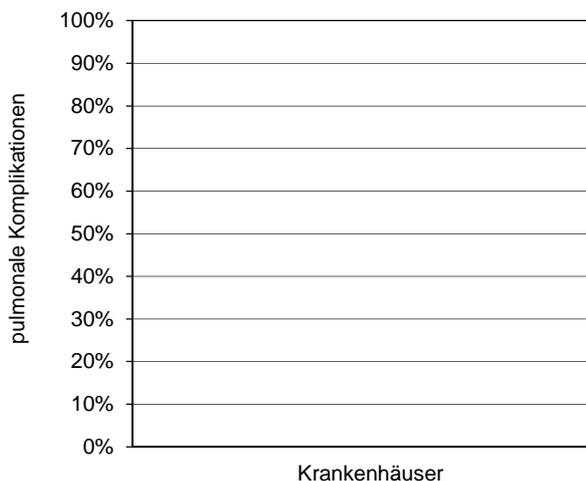
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2023/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,9	10,9	10,9	13,5	19,6	31,6	36,7	36,7	36,7

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: 2023/FREHA_HH/158956

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			5 / 473	1,1%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,5%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

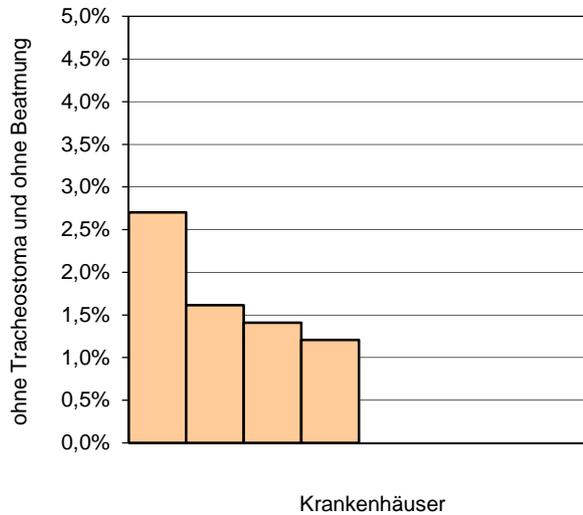
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			6 / 440	1,4%
Vertrauensbereich				0,5% - 3,0%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2023/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:

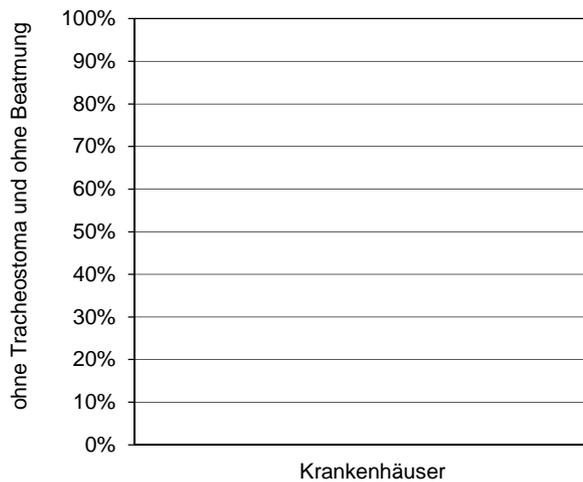
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,5	2,7	2,7	2,7

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: 2023/FREHA_HH/158957

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			1 / 88	1,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 6,3%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

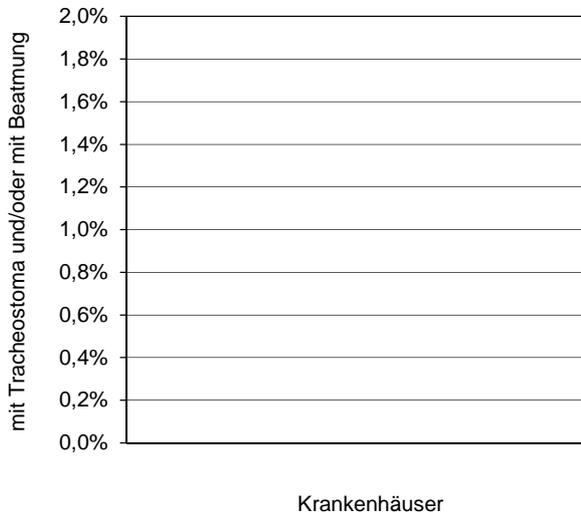
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			2 / 81	2,5%
Vertrauensbereich				0,2% - 8,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2023/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:

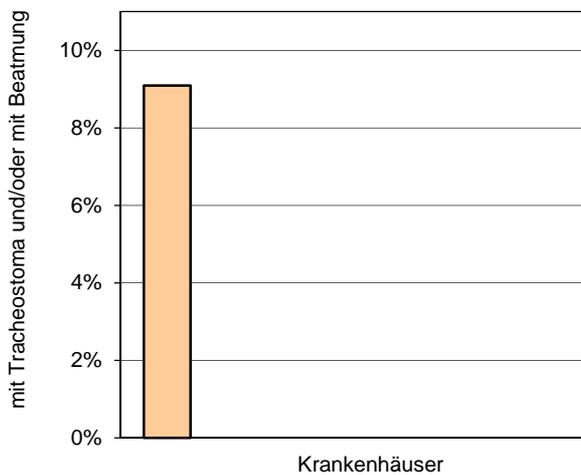
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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.



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	9,1	9,1	9,1

1 Krankenhaus hat 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:	2023/FREHA_HH/151195
	Gruppe 2:	2023/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 2023		Gesamt 2023	
	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			373	
1 bis 5 Tage			34 / 373	9,1%
6 bis 10 Tage			77 / 373	20,6%
11 bis 15 Tage			58 / 373	15,5%
16 bis 20 Tage			25 / 373	6,7%
21 bis 25 Tage			18 / 373	4,8%
26 bis 30 Tage			16 / 373	4,3%
31 bis 35 Tage			6 / 373	1,6%
36 bis 40 Tage			0 / 373	0,0%
41 bis 45 Tage			5 / 373	1,3%
Median			7,0 Tage	
Mittelwert			11,3 Tage	
Referenzwert	nicht definiert		nicht definiert	
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			188	
1 bis 5 Tage			11 / 188	5,9%
6 bis 10 Tage			39 / 188	20,7%
11 bis 15 Tage			40 / 188	21,3%
16 bis 20 Tage			20 / 188	10,6%
21 bis 25 Tage			14 / 188	7,4%
26 bis 30 Tage			13 / 188	6,9%
31 bis 35 Tage			6 / 188	3,2%
36 bis 40 Tage			1 / 188	0,5%
41 bis 45 Tage			2 / 188	1,1%
Median			14,0 Tage	
Mittelwert			31,6 Tage	
Referenzwert	nicht definiert		nicht definiert	

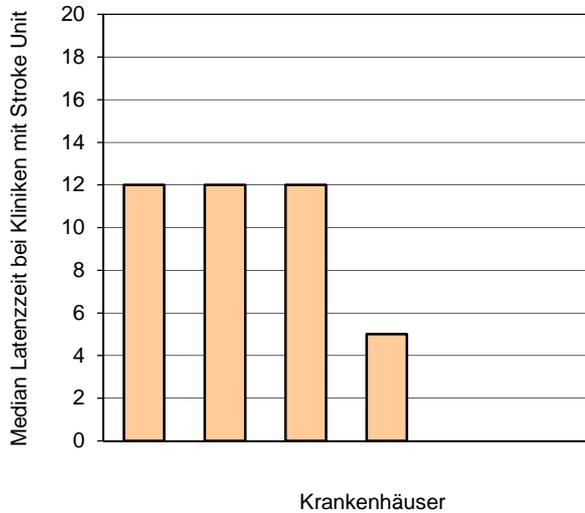
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median			8,0 Tage	
Mittelwert			13,7 Tage	
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median			13,0 Tage	
Mittelwert			26,3 Tage	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2023/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:

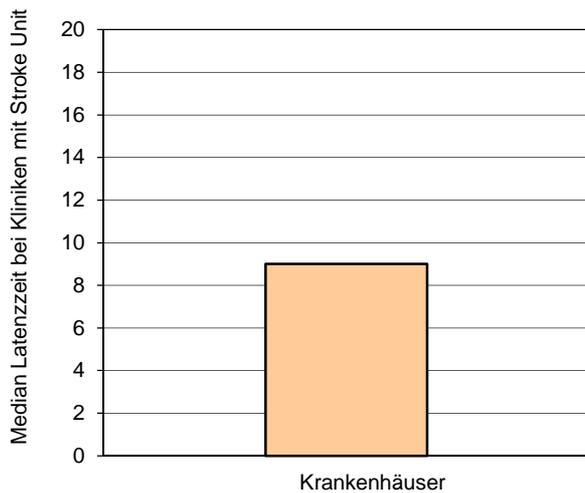
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5	12,0	12,0	12,0	12,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

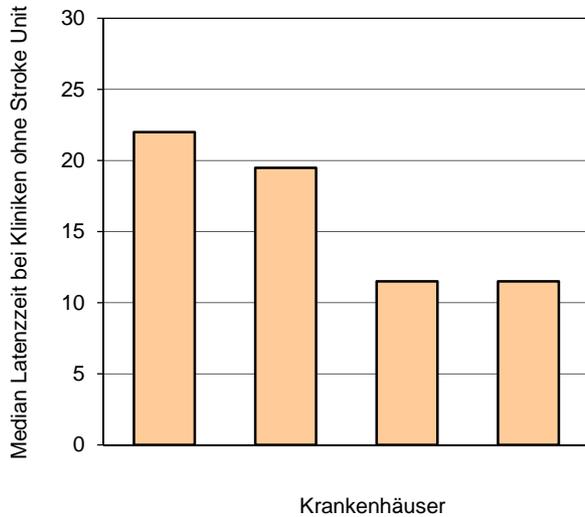
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2023/FREHA_HH/151200]:

Median aller Angaben von Latenztage 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:

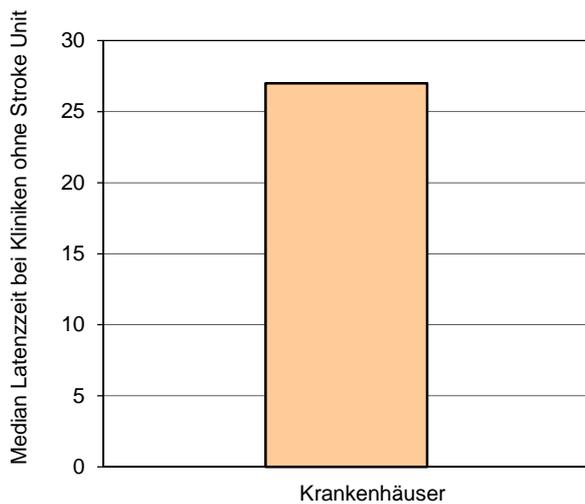
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,5	11,5	11,5	11,5	15,5	20,8	22,0	22,0	22,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0

3 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: 2023/FREHA_HH/151130

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			43 / 75	57,3% 45,3% - 68,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			36 / 66	54,5% 41,8% - 66,9%

Basisdaten

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			122	21,7	111	21,3
2. Quartal			146	26,0	154	29,6
3. Quartal			147	26,2	139	26,7
4. Quartal			146	26,0	117	22,5
Gesamt			561		521	

Patienten

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			561		521	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>69,0 Jahre</i>		<i>69,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			309	55,1	300	57,6
weiblich			252	44,9	221	42,4
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			0	0,0	0	0,0

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			28 / 561	5,0	21 / 521	4,0
nein			533 / 561	95,0	500 / 521	96,0
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			1 / 561	0,2	2 / 521	0,4
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 561	0,0	0 / 521	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			1 / 561	0,2	0 / 521	0,0
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			17 / 561	3,0	10 / 521	1,9
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			173 / 561	30,8	145 / 521	27,8
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			369 / 561	65,8	364 / 521	69,9
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	-40,0	<i>Punkte</i>	-40,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	-59,4	<i>Punkte</i>	-69,5	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			395 / 561	70,4	370 / 521	71,0
nein			166 / 561	29,6	151 / 521	29,0
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			53 / 561	9,4	50 / 521	9,6
Beatmung			35 / 561	6,2	31 / 521	6,0
nein			473 / 561	84,3	440 / 521	84,5
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			80 / 561	14,3	73 / 521	14,0
nein			481 / 561	85,7	448 / 521	86,0

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			519 / 561	92,5	470 / 521	90,2
Locked in			1 / 561	0,2	2 / 521	0,4
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			4 / 561	0,7	2 / 521	0,4
Patient im Minimal Conscious State			11 / 561	2,0	24 / 521	4,6
Patient komatös			26 / 561	4,6	23 / 521	4,4
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			121 / 561	21,6	104 / 521	20,0
nein			268 / 561	47,8	244 / 521	46,8
nicht beurteilbar			172 / 561	30,7	173 / 521	33,2
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			267 / 561	47,6	291 / 521	55,9
nein			266 / 561	47,4	206 / 521	39,5
nicht beurteilbar			28 / 561	5,0	24 / 521	4,6
Neglect bei Aufnahme						
nein			252 / 561	44,9	218 / 521	41,8
mäßig			162 / 561	28,9	149 / 521	28,6
schwer			75 / 561	13,4	83 / 521	15,9
nicht beurteilbar			72 / 561	12,8	71 / 521	13,6

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			502 / 561	89,5	463 / 521	88,9
nein			59 / 561	10,5	58 / 521	11,1
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
Früherer Schlaganfall			102 / 502	20,3	90 / 463	19,4
Diabetes mellitus			154 / 502	30,7	121 / 463	26,1
Arterielle Hypertonie			456 / 502	90,8	428 / 463	92,4
Vorhofflimmern			144 / 502	28,7	140 / 463	30,2
Dekubitus >= Grad 2			14 / 502	2,8	16 / 463	3,5
Dialysepflicht			4 / 502	0,8	2 / 463	0,4
MRE			31 / 502	6,2	23 / 463	5,0
Isolationspflicht			37 / 502	7,4	24 / 463	5,2
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			57 / 502	11,4	45 / 463	9,7
COPD Grad III oder IV			12 / 502	2,4	21 / 463	4,5

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			529 / 561	94,3	491 / 521	94,2
nein			32 / 561	5,7	30 / 521	5,8
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
naso/orotrachealer Tubus			15 / 529	2,8	11 / 491	2,2
suprapubischer Blasen- katheter			13 / 529	2,5	24 / 491	4,9
transurethraler Blasen-katheter			473 / 529	89,4	429 / 491	87,4
nasogastrale Sonde			220 / 529	41,6	233 / 491	47,5
PEG/PEJ			52 / 529	9,8	44 / 491	9,0
zentraler Venenkatheter			45 / 529	8,5	52 / 491	10,6
peripherer Venenkatheter			320 / 529	60,5	306 / 491	62,3

Komplikationen

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			356 / 561	63,5	335 / 521	64,3
nein			205 / 561	36,5	186 / 521	35,7
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			1 / 356	0,3	5 / 335	1,5
Delir oder Psychose			88 / 356	24,7	99 / 335	29,6
Pneumonie			148 / 356	41,6	149 / 335	44,5
Tracheobronchitis			23 / 356	6,5	22 / 335	6,6
MRE im Verlauf			23 / 356	6,5	28 / 335	8,4
infektiöse Gastroenteritis			21 / 356	5,9	11 / 335	3,3
Sepsis/SIRS			24 / 356	6,7	32 / 335	9,6
Thrombose			4 / 356	1,1	8 / 335	2,4
Lungenembolie			6 / 356	1,7	5 / 335	1,5
Re-Infarkt			11 / 356	3,1	7 / 335	2,1
Re-Blutung			4 / 356	1,1	5 / 335	1,5
Myokardinfarkt			2 / 356	0,6	1 / 335	0,3
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			24 / 356	6,7	24 / 335	7,2
akutes Nierenversagen			27 / 356	7,6	29 / 335	8,7
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			4 / 356	1,1	15 / 335	4,5
funktionelle beeinträchtigung						
gung Kontrakturen			5 / 356	1,4	8 / 335	2,4
epileptischer Anfall			28 / 356	7,9	28 / 335	8,4
klinisch relevante Blutung			18 / 356	5,1	29 / 335	8,7
schmerzhafte Schulter			31 / 356	8,7	33 / 335	9,9
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			171 / 356	48,0	152 / 335	45,4
Dekubitus			8 / 356	2,2	15 / 335	4,5
Reanimationspflichtigkeit			5 / 356	1,4	7 / 335	2,1

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			1 / 516	0,2	1 / 486	0,2
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			4 / 516	0,8	10 / 486	2,1
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			25 / 516	4,8	30 / 486	6,2
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			112 / 516	21,7	109 / 486	22,4
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			272 / 516	52,7	252 / 486	51,9
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			102 / 516	19,8	82 / 486	16,9
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 516	0,0	2 / 486	0,4
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	11,5	<i>Punkte</i>	10,9	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			485 / 516	94,0	453 / 486	93,2
ja			101 / 485	20,8	100 / 453	22,1
nein			384 / 485	79,2	353 / 453	77,9
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			401 / 516	77,7	349 / 486	71,8
ja			34 / 401	8,5	32 / 349	9,2
nein			367 / 401	91,5	317 / 349	90,8
Mobil bei Entlassung						
ja			248 / 516	48,1	259 / 486	53,3
nein			268 / 516	51,9	227 / 486	46,7

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			440 / 516	85,3	415 / 486	85,4
ja			101 / 440	23,0	96 / 415	23,1
nein			333 / 440	75,7	314 / 415	75,7
nicht beurteilbar			6 / 440	1,4	5 / 415	1,2
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			388 / 516	75,2	359 / 486	73,9
ja			53 / 388	13,7	55 / 359	15,3
nein			298 / 388	76,8	253 / 359	70,5
nicht beurteilbar			37 / 388	9,5	51 / 359	14,2
Neglect bei Entlassung						
nein			362 / 516	70,2	359 / 486	73,9
mäßig			106 / 516	20,5	88 / 486	18,1
schwer			21 / 516	4,1	19 / 486	3,9
nicht beurteilbar			27 / 516	5,2	20 / 486	4,1

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			239 / 516	46,3	213 / 486	43,8
nein			277 / 516	53,7	273 / 486	56,2
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus suprapubischer			1 / 239	0,4	3 / 213	1,4
Blasenkatheter transurethraler			20 / 239	8,4	20 / 213	9,4
Blasenkatheter nasogastrale Sonde			155 / 239	64,9	142 / 213	66,7
PEG/PEJ			3 / 239	1,3	6 / 213	2,8
zentraler Venenkatheter			116 / 239	48,5	118 / 213	55,4
peripherer Venenkatheter			3 / 239	1,3	10 / 213	4,7
			12 / 239	5,0	9 / 213	4,2
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			34 / 561	6,1	36 / 521	6,9
RR <= 140/85 mmHg			487 / 561	86,8	452 / 521	86,8
Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?						
ja			36 / 561	6,4	26 / 521	5,0
nein			9 / 561	1,6	9 / 521	1,7
Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung						
ja			12 / 561	2,1	8 / 521	1,5
nein			33 / 561	5,9	27 / 521	5,2
Therapiezieländerung						
ja			98 / 561	17,5	60 / 521	11,5
nein			463 / 561	82,5	461 / 521	88,5
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		33,0 Tage		34,0 Tage

Entlassungsart

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			72 / 561	12,8	70 / 521	13,4
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			220 / 561	39,2	218 / 521	41,8
Phase D - Anschlussheilbe- handlung (AHB)			13 / 561	2,3	13 / 521	2,5
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			23 / 561	4,1	14 / 521	2,7
Pflegeeinrichtung/Heim			151 / 561	26,9	126 / 521	24,2
Hospiz			2 / 561	0,4	3 / 521	0,6
Tod			45 / 561	8,0	35 / 521	6,7
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			35 / 561	6,2	42 / 521	8,1

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 2023.

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 2023 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2022 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 2022 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2023 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.

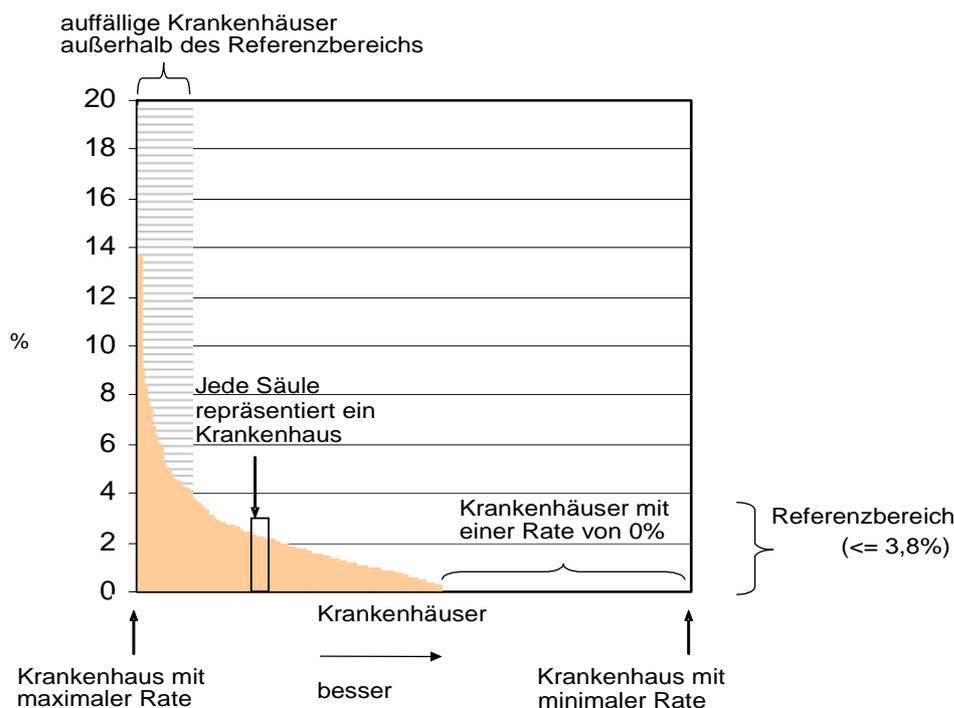
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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