

Auswertung 1. Quartal 2024
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 7
Anzahl Datensätze: 142
Datensatzversion: FREHA_HH 2024 2.1
Datenbankstand: 24. April 2024
2024 - D18779-L121502-P56275

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. Quartal 2024 die Patienten ein, deren Entlassung im I. Quartal 2024 stattgefunden hat.

Analog zu dem aktuellen Auswertungsjahr fließen für die Berechnung der Vorjahresdaten die Patienten ein, deren Entlassung im I. Quartal 2023 stattgefunden hat.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			97,1%	>= 48,0%	6
2024/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			75,3%	>= 57,0%	8
2024/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			73,9%	nicht definiert	10
2024/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			49,3%	>= 44,0%	12
2024/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			52,1%	>= 33,0%	14
2024/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			44,9%	>= 44,0%	16
2024/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			22,1%	<= 21,0%	18

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/FREHA_HH/158956 QI 8: Sterblichkeit <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung und ohne Therapiezieländerung			0,0%	nicht definiert	20
2024/FREHA_HH/158957 QI 9: Sterblichkeit <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung und ohne Therapiezieländerung			7,7%	nicht definiert	22
QI 10: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen) 2024/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			8,0 Tage	nicht definiert	24
2024/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			11,0 Tage	nicht definiert	24

Übersicht Kennzahlen

Kennzahlen	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/FREHA_HH/151130 Kennzahl 1: Dekanülierung			75,0%	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: 2024/FREHA_HH/151124

Referenzbereich: $\geq 48,0\%$

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			132 / 136	97,1%
Vertrauensbereich				92,6% - 99,2%
Referenzbereich		$\geq 48,0\%$		$\geq 48,0\%$

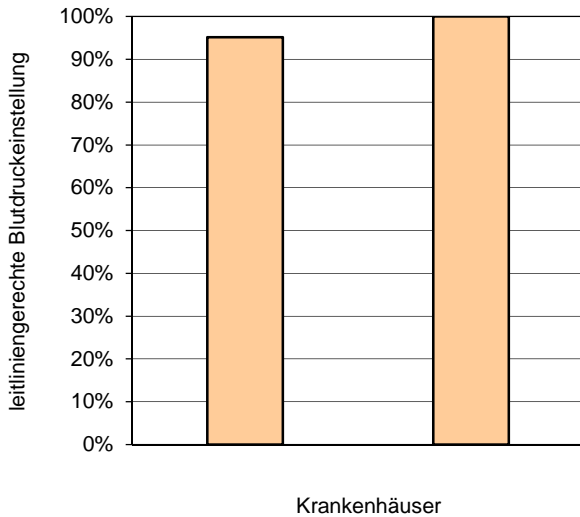
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			107 / 113	94,7%
Vertrauensbereich				88,7% - 98,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2024/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:

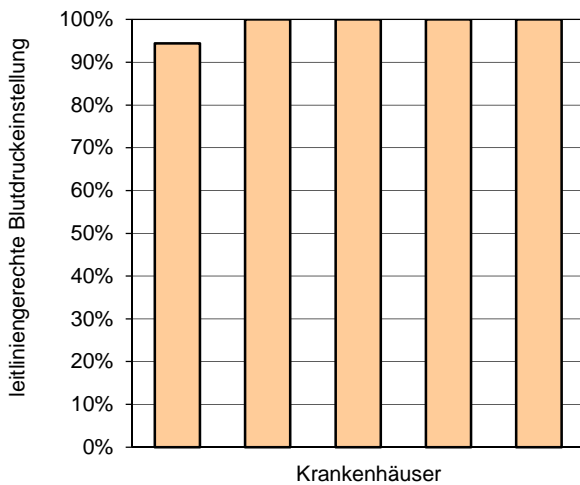
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2	95,2	95,2	95,2	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0

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
	94,4	94,4	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2024/FREHA_HH/151125

Referenzbereich: >= 57,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			70 / 93	75,3% 65,2% - 83,7% >= 57,0%

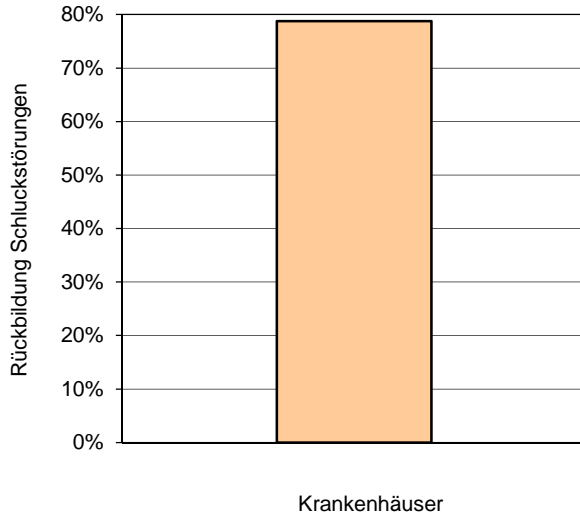
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			60 / 82	73,2% 62,2% - 82,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2024/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:

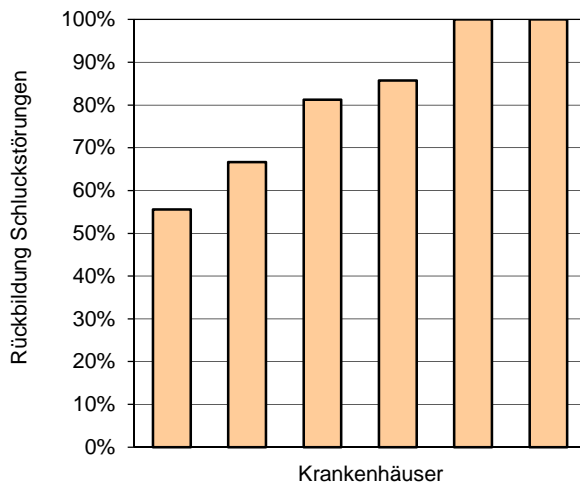
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,8	78,8	78,8	78,8	78,8	78,8	78,8	78,8	78,8

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
	55,6	55,6	55,6	66,7	83,5	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2024/FREHA_HH/151126

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			17 / 23	73,9%
Vertrauensbereich				51,5% - 89,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

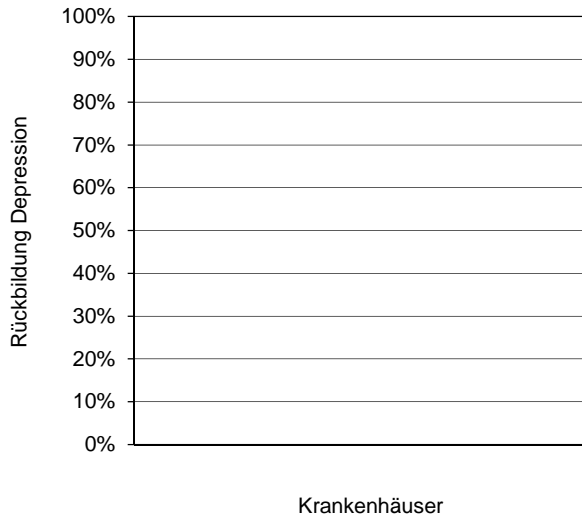
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			13 / 31	41,9%
Vertrauensbereich				24,4% - 61,1%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2024/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:

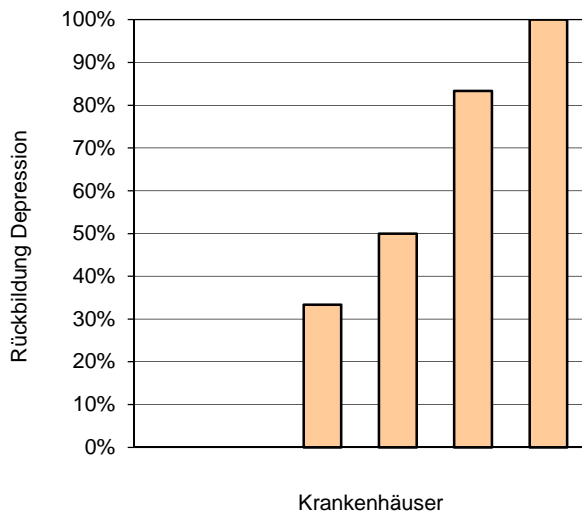
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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	0,0	41,7	83,3	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat 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: 2024/FREHA_HH/151127

Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			33 / 67	49,3%
Vertrauensbereich				36,8% - 61,8%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

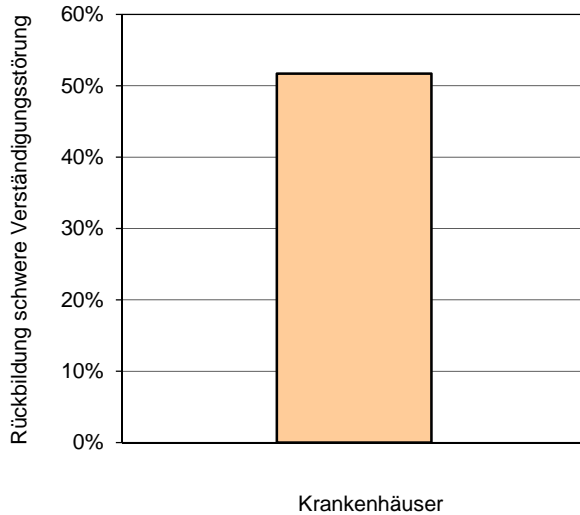
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			35 / 54	64,8%
Vertrauensbereich				50,6% - 77,4%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2024/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:

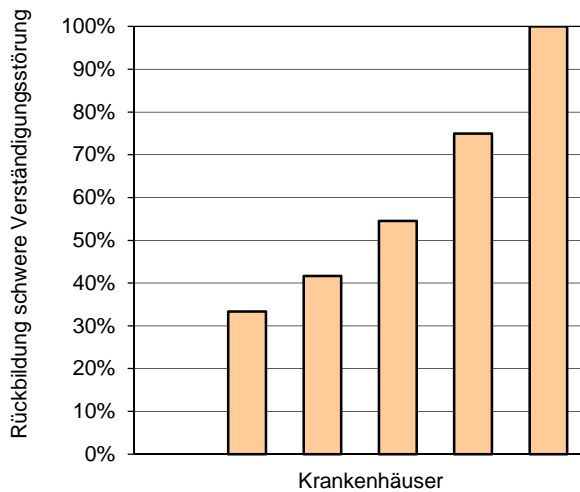
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7

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	33,3	48,1	75,0	100,0	100,0	100,0

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: 2024/FREHA_HH/151145

Referenzbereich: $\geq 33,0\%$

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	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)			63 / 121	52,1%
Vertrauensbereich				42,8% - 61,2%
Referenzbereich		$\geq 33,0\%$		$\geq 33,0\%$

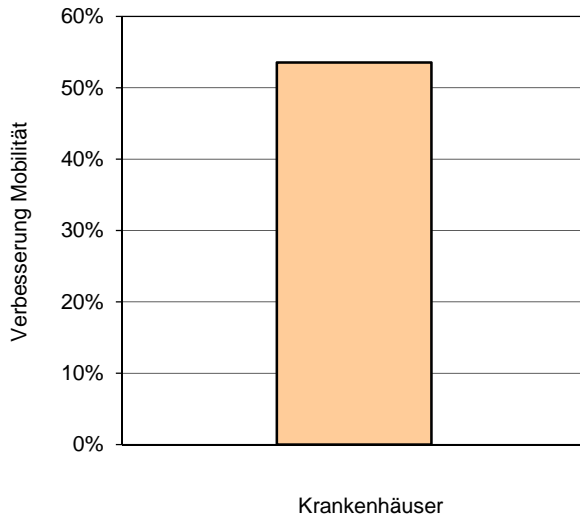
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			47 / 110	42,7%
Vertrauensbereich				33,3% - 52,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2024/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:

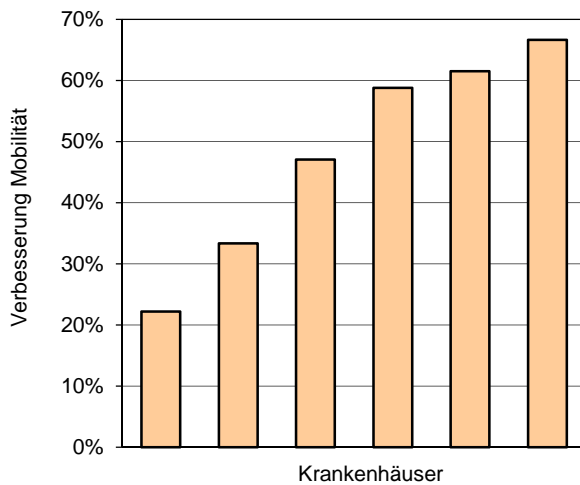
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6

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
	22,2	22,2	22,2	33,3	52,9	61,5	66,7	66,7	66,7

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: 2024/FREHA_HH/151128

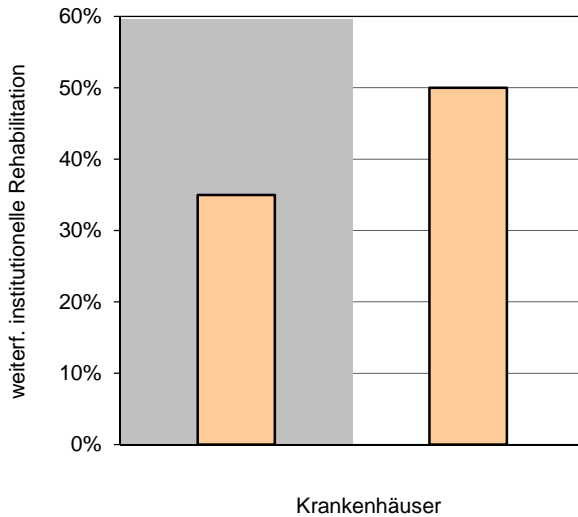
Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			61 / 136	44,9%
Vertrauensbereich				36,3% - 53,6%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			55 / 113	48,7%
Vertrauensbereich				39,1% - 58,3%

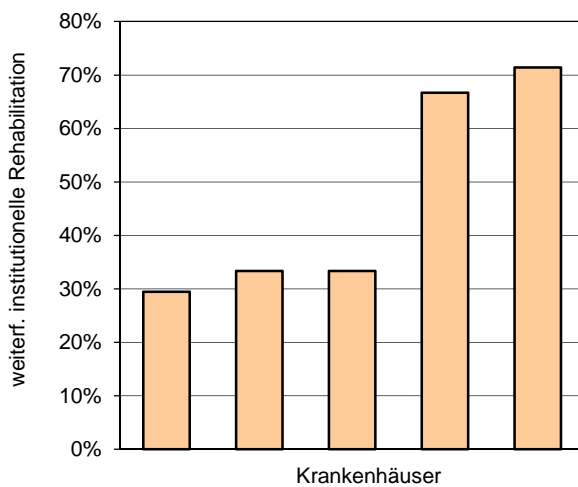
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2024/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,0	35,0	35,0	35,0	42,5	50,0	50,0	50,0	50,0

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
	29,4	29,4	29,4	33,3	33,3	66,7	71,4	71,4	71,4

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: 2024/FREHA_HH/151129

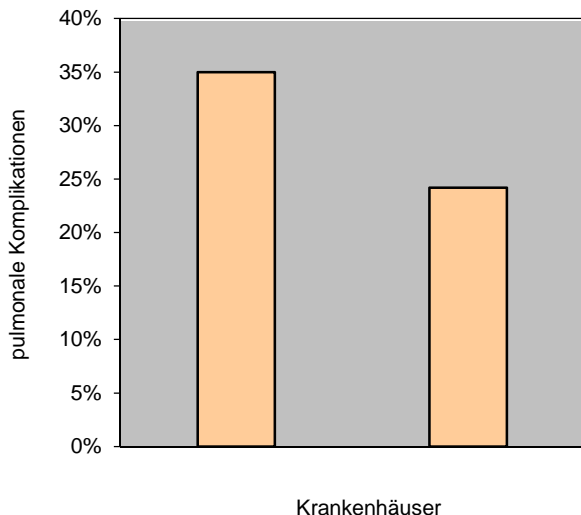
Referenzbereich: <= 21,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			30 / 136	22,1%
Vertrauensbereich				15,4% - 30,0%
Referenzbereich		<= 21,0%		<= 21,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			31 / 113	27,4%
Vertrauensbereich				19,4% - 36,7%

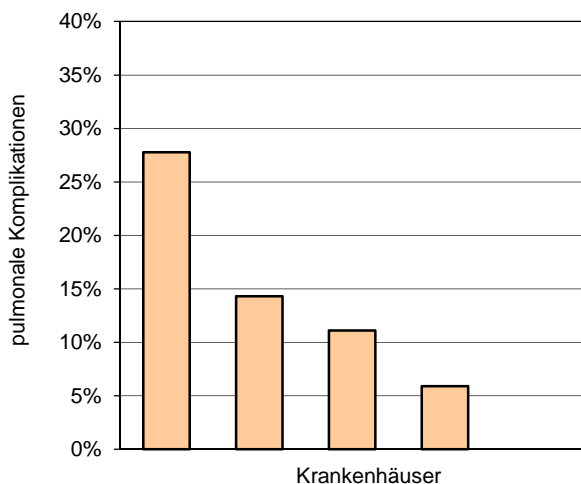
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2024/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,2	24,2	24,2	24,2	29,6	35,0	35,0	35,0	35,0

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	5,9	11,1	14,3	27,8	27,8	27,8

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: 2024/FREHA_HH/158956

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			0 / 129	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 2,8%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

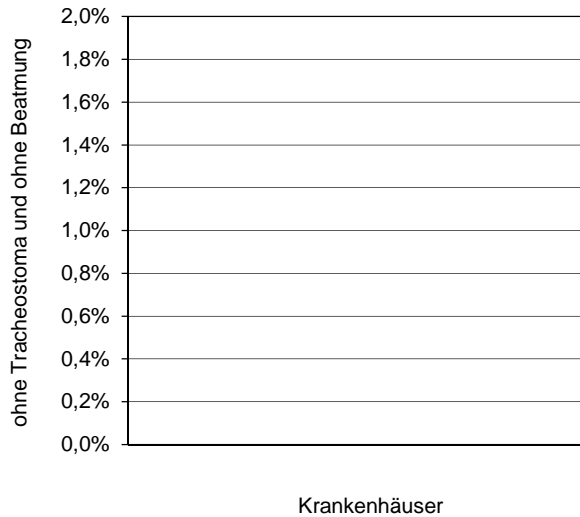
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			1 / 104	1,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 5,4%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2024/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:

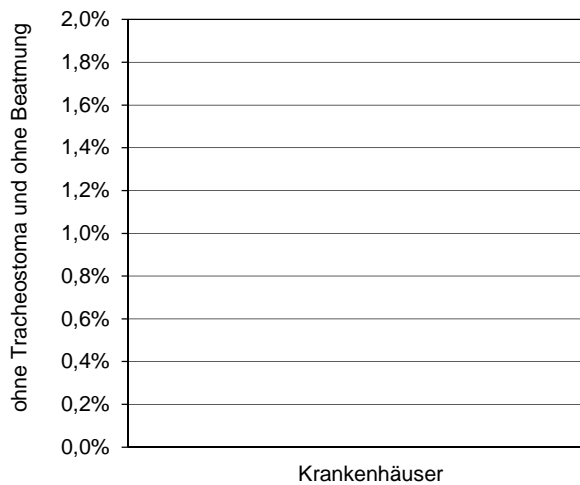
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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: 2024/FREHA_HH/158957

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			1 / 13	7,7%
Vertrauensbereich				0,1% - 36,1%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

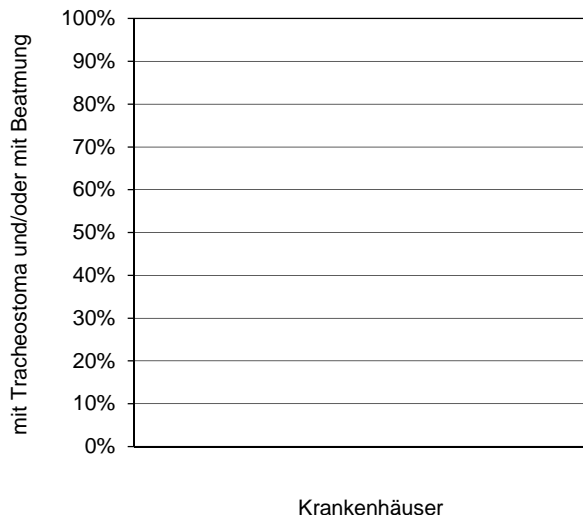
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung und ohne Therapiezieländerung, die während der Frührehabilitation versterben			0 / 18	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 18,6%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2024/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:

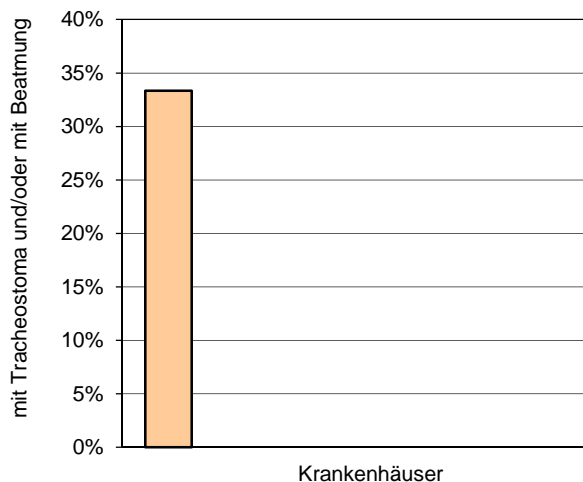
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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	33,3	33,3	33,3

2 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:	2024/FREHA_HH/151195	
	Gruppe 2:	2024/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 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	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				
			122	
1 bis 5 Tage			10 / 122	8,2%
6 bis 10 Tage			33 / 122	27,0%
11 bis 15 Tage			12 / 122	9,8%
16 bis 20 Tage			10 / 122	8,2%
21 bis 25 Tage			5 / 122	4,1%
26 bis 30 Tage			4 / 122	3,3%
31 bis 35 Tage			2 / 122	1,6%
36 bis 40 Tage			2 / 122	1,6%
41 bis 45 Tage			0 / 122	0,0%
Median				8,0 Tage
Mittelwert				14,1 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
			20	
1 bis 5 Tage			0 / 20	0,0%
6 bis 10 Tage			6 / 20	30,0%
11 bis 15 Tage			8 / 20	40,0%
16 bis 20 Tage			0 / 20	0,0%
21 bis 25 Tage			1 / 20	5,0%
26 bis 30 Tage			1 / 20	5,0%
31 bis 35 Tage			0 / 20	0,0%
36 bis 40 Tage			0 / 20	0,0%
41 bis 45 Tage			0 / 20	0,0%
Median				11,0 Tage
Mittelwert				29,5 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert

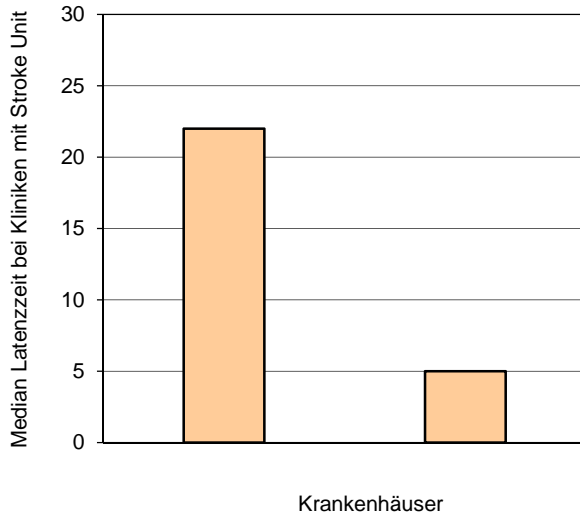
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median			7,0 Tage	
Mittelwert			13,2 Tage	
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median			14,0 Tage	
Mittelwert			25,5 Tage	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2024/FREHA_HH/151195]:

Median aller Angaben von Latenztagen 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:

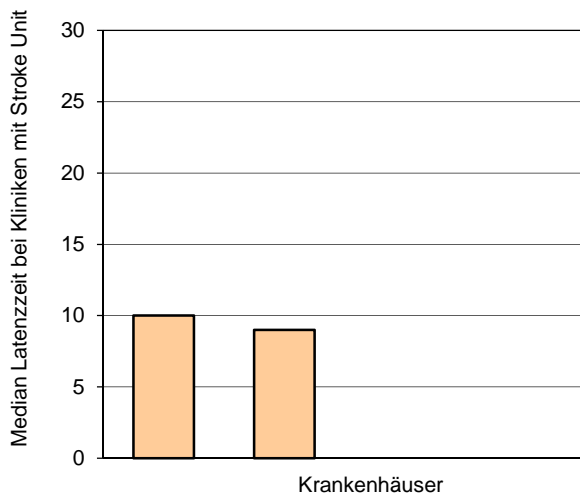
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,0	5,0	5,0	5,0	13,5	22,0	22,0	22,0	22,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 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	4,5	9,5	10,0	10,0	10,0

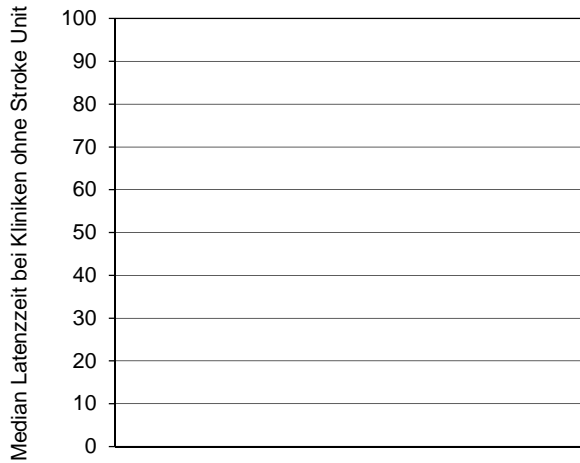
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2024/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:

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

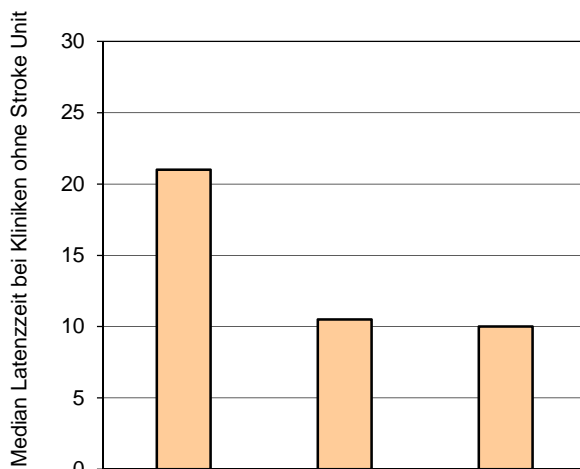


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,5	21,0	21,0	21,0	21,0

4 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: 2024/FREHA_HH/151130

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			9 / 12	75,0% 42,8% - 94,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			12 / 17	70,6% 44,0% - 89,7%

Basisdaten

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			142	100,0	122	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			142		122	

Patienten

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			142		122	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>70,0 Jahre</i>		<i>69,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			78	54,9	62	50,8
weiblich			64	45,1	60	49,2
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			0	0,0	0	0,0

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			15 / 142	10,6	3 / 122	2,5
nein			127 / 142	89,4	119 / 122	97,5
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 142	0,0	0 / 122	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 142	0,0	0 / 122	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			0 / 142	0,0	0 / 122	0,0
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			1 / 142	0,7	5 / 122	4,1
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			73 / 142	51,4	36 / 122	29,5
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			68 / 142	47,9	81 / 122	66,4
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	-40,0 Punkte		-40,0 Punkte	
Mittelwert		<i>Punkte</i>	-41,2 Punkte		-56,1 Punkte	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			99 / 142	69,7	89 / 122	73,0
nein			43 / 142	30,3	33 / 122	27,0
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			9 / 142	6,3	12 / 122	9,8
Beatmung			4 / 142	2,8	6 / 122	4,9
nein			129 / 142	90,8	104 / 122	85,2
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			13 / 142	9,2	17 / 122	13,9
nein			129 / 142	90,8	105 / 122	86,1

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			127 / 142	89,4	111 / 122	91,0
Locked in			1 / 142	0,7	0 / 122	0,0
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			1 / 142	0,7	1 / 122	0,8
Patient im Minimal Conscious State			4 / 142	2,8	3 / 122	2,5
Patient komatös			9 / 142	6,3	7 / 122	5,7
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			23 / 142	16,2	31 / 122	25,4
nein			68 / 142	47,9	57 / 122	46,7
nicht beurteilbar			51 / 142	35,9	34 / 122	27,9
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			70 / 142	49,3	60 / 122	49,2
nein			68 / 142	47,9	55 / 122	45,1
nicht beurteilbar			4 / 142	2,8	7 / 122	5,7
Neglect bei Aufnahme						
nein			68 / 142	47,9	52 / 122	42,6
mäßig			38 / 142	26,8	40 / 122	32,8
schwer			22 / 142	15,5	14 / 122	11,5
nicht beurteilbar			14 / 142	9,9	16 / 122	13,1

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			133 / 142	93,7	107 / 122	87,7
nein			9 / 142	6,3	15 / 122	12,3
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Früherer Schlaganfall			22 / 133	16,5	28 / 107	26,2
Diabetes mellitus			31 / 133	23,3	36 / 107	33,6
Arterielle Hypertonie			126 / 133	94,7	102 / 107	95,3
Vorhofflimmern			37 / 133	27,8	27 / 107	25,2
Dekubitus >= Grad 2			2 / 133	1,5	4 / 107	3,7
Dialysepflicht			0 / 133	0,0	3 / 107	2,8
MRE			8 / 133	6,0	6 / 107	5,6
Isolationspflicht			9 / 133	6,8	9 / 107	8,4
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			10 / 133	7,5	9 / 107	8,4
COPD Grad III oder IV			3 / 133	2,3	5 / 107	4,7

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			130 / 142	91,5	115 / 122	94,3
nein			12 / 142	8,5	7 / 122	5,7
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 130	0,0	4 / 115	3,5
suprapubischer Blasen- katheter			3 / 130	2,3	5 / 115	4,3
transurethraler Blasen- katheter			111 / 130	85,4	104 / 115	90,4
nasogastrale Sonde			59 / 130	45,4	47 / 115	40,9
PEG/PEJ			9 / 130	6,9	12 / 115	10,4
zentraler Venenkatheter			6 / 130	4,6	11 / 115	9,6
peripherer Venenkatheter			77 / 130	59,2	71 / 115	61,7

Komplikationen

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			82 / 142	57,7	81 / 122	66,4
nein			60 / 142	42,3	41 / 122	33,6
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			2 / 82	2,4	0 / 81	0,0
Delir oder Psychose			19 / 82	23,2	18 / 81	22,2
Pneumonie			35 / 82	42,7	35 / 81	43,2
Tracheobronchitis			1 / 82	1,2	4 / 81	4,9
MRE im Verlauf			8 / 82	9,8	4 / 81	4,9
infektiöse Gastroenteritis			2 / 82	2,4	4 / 81	4,9
Sepsis/SIRS			9 / 82	11,0	9 / 81	11,1
Thrombose			1 / 82	1,2	1 / 81	1,2
Lungenembolie			2 / 82	2,4	3 / 81	3,7
Re-Infarkt			2 / 82	2,4	2 / 81	2,5
Re-Blutung			0 / 82	0,0	0 / 81	0,0
Myokardinfarkt			0 / 82	0,0	1 / 81	1,2
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			6 / 82	7,3	5 / 81	6,2
akutes Nierenversagen			8 / 82	9,8	10 / 81	12,3
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			1 / 82	1,2	0 / 81	0,0
funktionelle beeinträchtigungende Kontrakturen			1 / 82	1,2	3 / 81	3,7
epileptischer Anfall			6 / 82	7,3	8 / 81	9,9
klinisch relevante Blutung			3 / 82	3,7	5 / 81	6,2
schmerzhafte Schulter			7 / 82	8,5	7 / 81	8,6
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			37 / 82	45,1	41 / 81	50,6
Dekubitus			2 / 82	2,4	2 / 81	2,5
Reanimationspflichtigkeit			1 / 82	1,2	1 / 81	1,2

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			0 / 136	0,0	0 / 113	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 136	0,0	0 / 113	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			4 / 136	2,9	6 / 113	5,3
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			34 / 136	25,0	21 / 113	18,6
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			78 / 136	57,4	61 / 113	54,0
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			20 / 136	14,7	25 / 113	22,1
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 136	0,0	0 / 113	0,0
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median	<i>Punkte</i>		<i>30,0 Punkte</i>		<i>30,0 Punkte</i>	
Mittelwert	<i>Punkte</i>		<i>19,4 Punkte</i>		<i>13,6 Punkte</i>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			132 / 136	97,1	105 / 113	92,9
ja			25 / 132	18,9	22 / 105	21,0
nein			107 / 132	81,1	83 / 105	79,0
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			115 / 136	84,6	91 / 113	80,5
ja			3 / 115	2,6	5 / 91	5,5
nein			112 / 115	97,4	86 / 91	94,5
Mobil bei Entlassung						
ja			75 / 136	55,1	49 / 113	43,4
nein			61 / 136	44,9	64 / 113	56,6

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			126 / 136	92,6	97 / 113	85,8
ja			35 / 126	27,8	20 / 97	20,6
nein			91 / 126	72,2	74 / 97	76,3
nicht beurteilbar			0 / 126	0,0	3 / 97	3,1
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			113 / 136	83,1	89 / 113	78,8
ja			12 / 113	10,6	17 / 89	19,1
nein			79 / 113	69,9	64 / 89	71,9
nicht beurteilbar			22 / 113	19,5	8 / 89	9,0
Neglect bei Entlassung						
nein			86 / 136	63,2	79 / 113	69,9
mäßig			39 / 136	28,7	23 / 113	20,4
schwer			7 / 136	5,1	3 / 113	2,7
nicht beurteilbar			4 / 136	2,9	8 / 113	7,1

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			55 / 136	40,4	45 / 113	39,8
nein			81 / 136	59,6	68 / 113	60,2
wenn ja: <i>(Mehrfachnennungen sind möglich)</i>						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 55	0,0	0 / 45	0,0
suprapubischer Blasenkatheter			5 / 55	9,1	4 / 45	8,9
transurethraler Blasenkatheter			35 / 55	63,6	29 / 45	64,4
nasogastrale Sonde			4 / 55	7,3	1 / 45	2,2
PEG/PEJ			24 / 55	43,6	25 / 45	55,6
zentraler Venenkatheter			0 / 55	0,0	2 / 45	4,4
peripherer Venenkatheter			2 / 55	3,6	4 / 45	8,9
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			5 / 142	3,5	6 / 122	4,9
RR <= 140/85 mmHg			133 / 142	93,7	107 / 122	87,7
Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?						
ja			4 / 142	2,8	9 / 122	7,4
nein			2 / 142	1,4	0 / 122	0,0
Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung						
ja			2 / 142	1,4	3 / 122	2,5
nein			4 / 142	2,8	6 / 122	4,9
Therapiezieländerung						
ja			13 / 142	9,2	24 / 122	19,7
nein			129 / 142	90,8	98 / 122	80,3
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		13,5 Tage		10,0 Tage

Entlassungsart

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			28 / 142	19,7	16 / 122	13,1
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			60 / 142	42,3	49 / 122	40,2
Phase D - Anschlussheilbehandlung (AHB)			0 / 142	0,0	2 / 122	1,6
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			1 / 142	0,7	4 / 122	3,3
Pflegeeinrichtung/Heim			36 / 142	25,4	35 / 122	28,7
Hospiz			1 / 142	0,7	0 / 122	0,0
Tod			6 / 142	4,2	9 / 122	7,4
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			10 / 142	7,0	7 / 122	5,7

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 2024.

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 2024 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2023 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 2023 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2024 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.

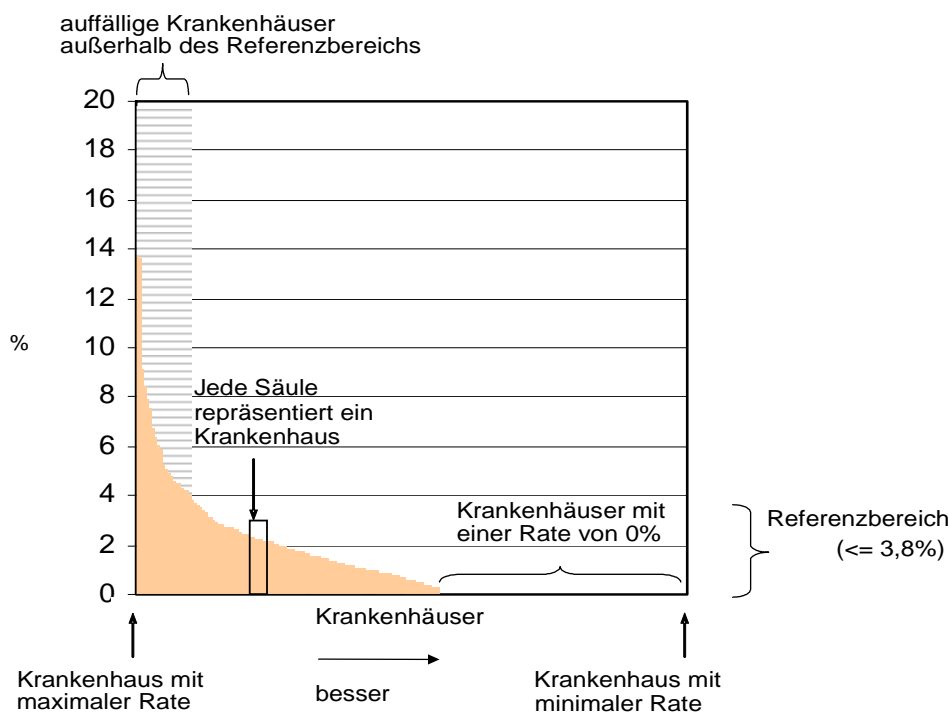
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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