Jahresauswertung 2017
Stationäre neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 6
Anzahl Datensätze Gesamt: 673
Datensatzversion: FREHA_HH 2017 2.1
Datenbankstand: 02. Januar 2018
2017 - D17240-L108069-P52118

Eine Auswertung des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2018

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2017 im I. - IV. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Im Verfahrensjahr 2017 wurden erstmalig Daten für die stationäre neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation erfasst. Daher werden in dieser Auswertung die Vorjahresdaten nicht dargestellt.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Seite
2017/FREHA_HH/151124 **QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung**			83,1%	nicht definiert	5
2017/FREHA_HH/151125 **QI 2: Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen**			68,5%	nicht definiert	7
2017/FREHA_HH/151126 **QI 3: Rückbildung einer Depression**			49,7%	nicht definiert	9
2017/FREHA_HH/151127 **QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung**			59,8%	nicht definiert	11
2017/FREHA_HH/151145 **QI 5: Verbesserung der Mobilität**			38,4%	nicht definiert	13
2017/FREHA_HH/151128 **QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation**			59,8%	nicht definiert	15
2017/FREHA_HH/151129 **QI 7: Pulmonale Komplikationen**			23,0%	nicht definiert	17

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz-bereich	Seite
2017/FREHA_HH/151130					
QI 8: Dekanülierung			53,4%	nicht definiert	19
2017/FREHA_HH/151131					
QI 9: Überlebensrate ohne Tracheostoma und ohne Beatmung			0,3%	nicht definiert	21
2017/FREHA_HH/151132					
QI 10: Überlebensrate mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung			6,2%	nicht definiert	23
QI 11: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen)					
2017/FREHA_HH/151195					
Klinik mit Stroke Unit			10,0 Tage	nicht definiert	25
2017/FREHA_HH/151200					
Klinik ohne Stroke Unit			29,0 Tage	nicht definiert	25

Qualitätsindikator 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151124

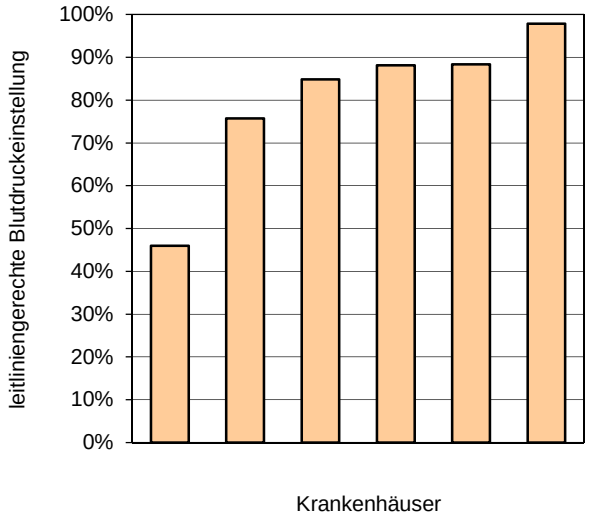
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen <= 140/85 mmHg			535 / 644	83,1%
Vertrauensbereich				79,9% - 85,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen <= 140/85 mmHg	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

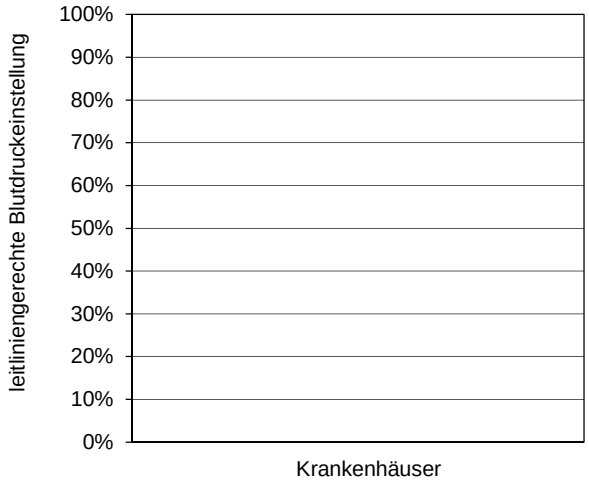
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151124]:
Anteil von Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen <= 140/85 mmHg an allen Patienten, außer Entlassungsgrund Tod

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
	46,0	46,0	46,0	75,8	86,5	88,4	97,9	97,9	97,9

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: 2017/FREHA_HH/151125

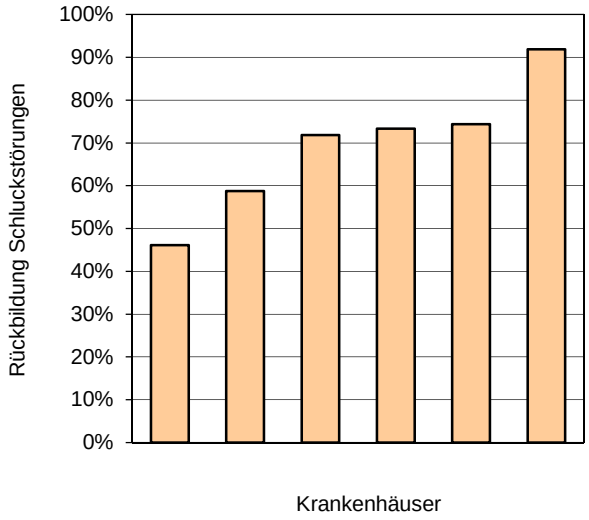
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung			296 / 432	68,5%
Vertrauensbereich				63,9% - 72,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

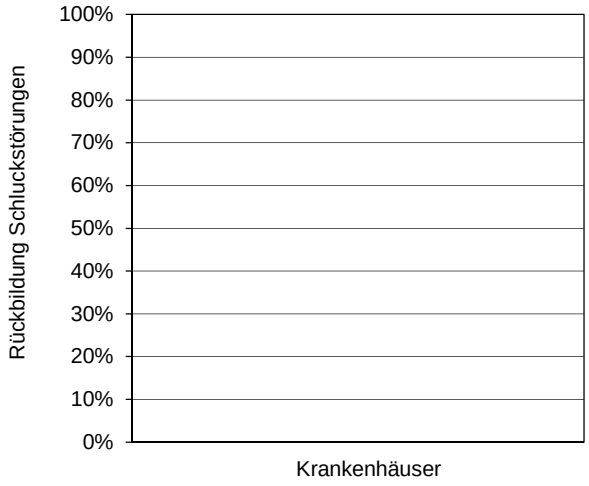
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151125]:
Anteil von Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung an allen Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,2	46,2	46,2	58,8	72,6	74,4	91,9	91,9	91,9

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), außer Entlassungsgrund Tod

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151126

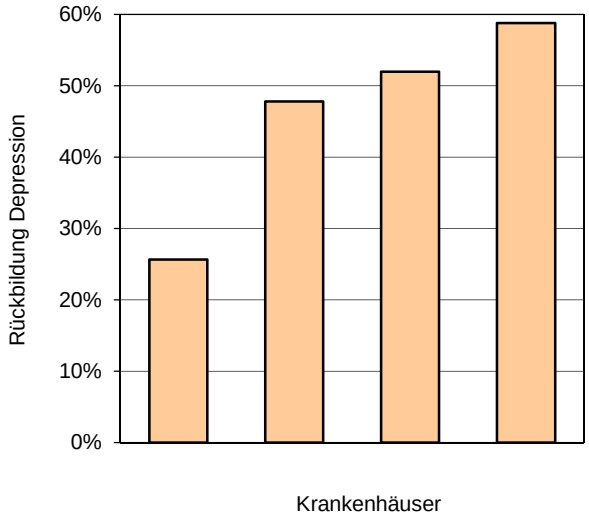
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depressionen bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			79 / 159	49,7%
Vertrauensbereich				41,7% - 57,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depressionen bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

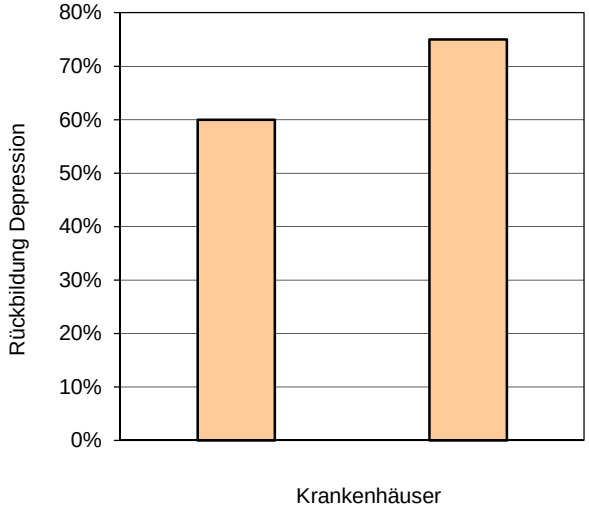
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151126]:
Anteil von Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5) an allen Patienten mit dokumentierter Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf (GDS > 5 Punkte), außer Entlassungsgrund Tod

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,6	25,6	25,6	36,7	49,9	55,4	58,8	58,8	58,8

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
	60,0	60,0	60,0	60,0	67,5	75,0	75,0	75,0	75,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung

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

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

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151127

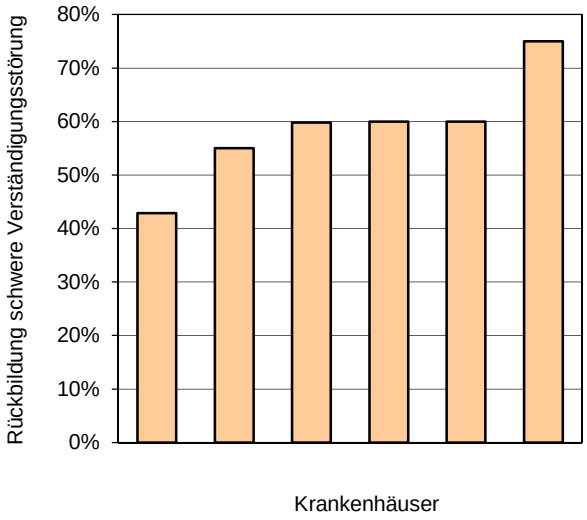
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			168 / 281	59,8%
Vertrauensbereich				53,8% - 65,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

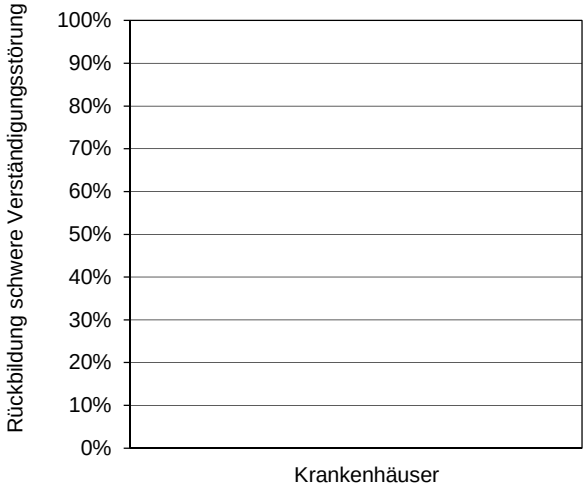
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151127]:
Anteil von Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung an allen Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod

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
	42,9	42,9	42,9	55,0	59,9	60,0	75,0	75,0	75,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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), außer Entlassungsgrund Tod

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151145

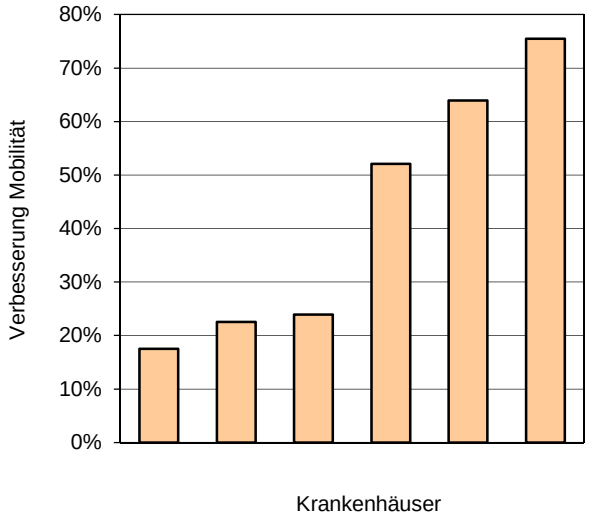
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	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)			236 / 614	38,4%
Vertrauensbereich				34,6% - 42,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	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)	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

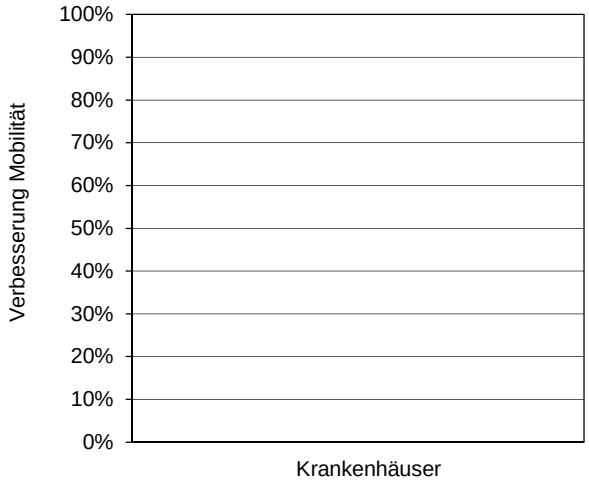
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151145]:
Anteil von Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung >= 5 Punkte) an allen Patienten, die bei Aufnahme nicht mobil sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte), außer Entlassungsgrund Tod

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	17,5	17,5	17,5	22,5	38,0	63,9	75,5	75,5	75,5

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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: 2017/FREHA_HH/151128

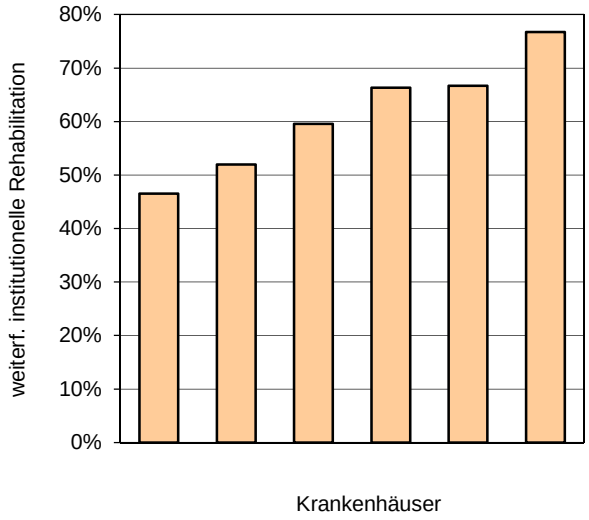
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			385 / 644	59,8%
Vertrauensbereich				55,9% - 63,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

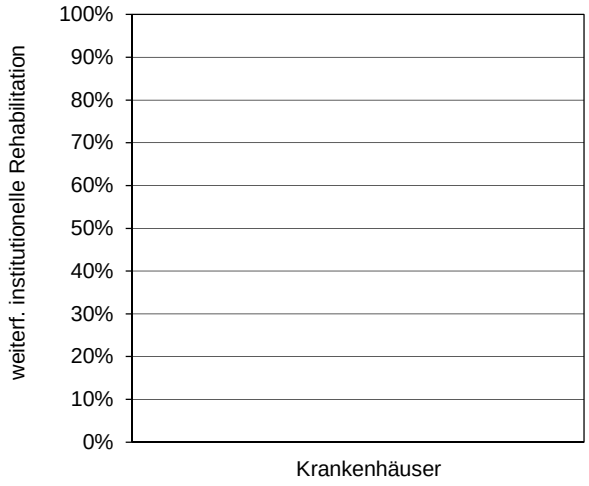
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,5	46,5	46,5	52,0	63,0	66,7	76,8	76,8	76,8

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: 2017/FREHA_HH/151129

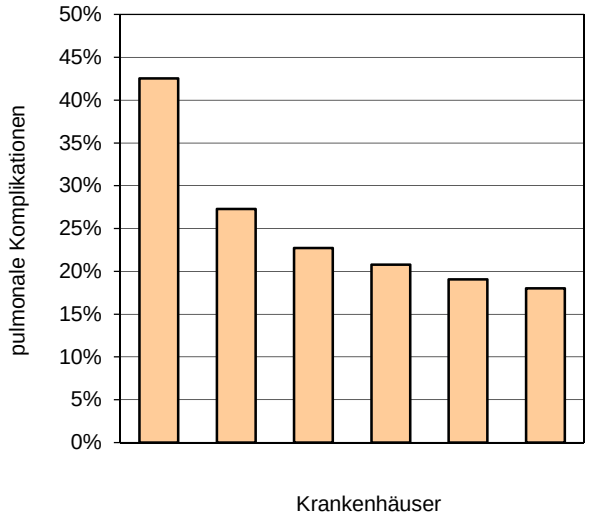
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			148 / 644	23,0%
Vertrauensbereich				19,8% - 26,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

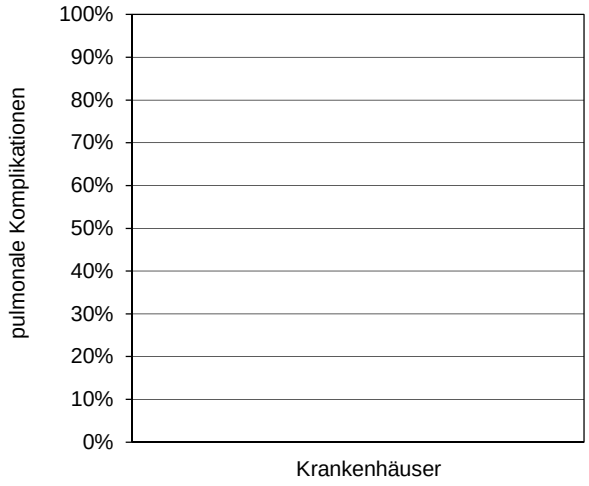
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer Entlassungsgrund Tod

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	18,0	18,0	18,0	19,1	21,8	27,3	42,6	42,6	42,6

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: 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)

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151130

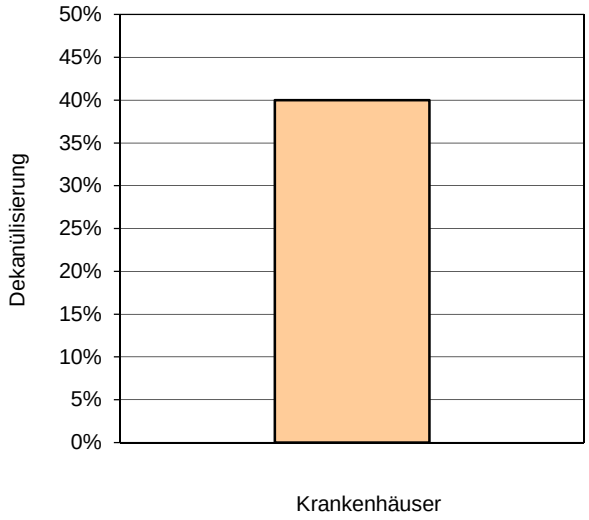
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			31 / 58	53,4%
Vertrauensbereich				39,8% - 66,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

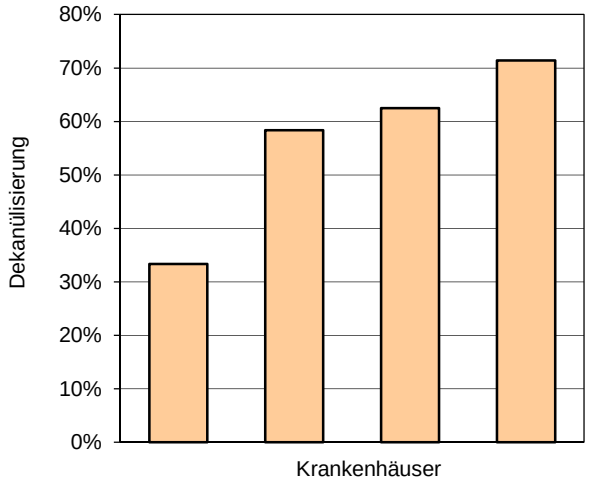
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151130]:
Anteil von Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung an allen Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod

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
	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	45,8	60,4	67,0	71,4	71,4	71,4

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Überlebensrate ohne Tracheostoma und ohne Beatmung

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung bei Aufnahme

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151131

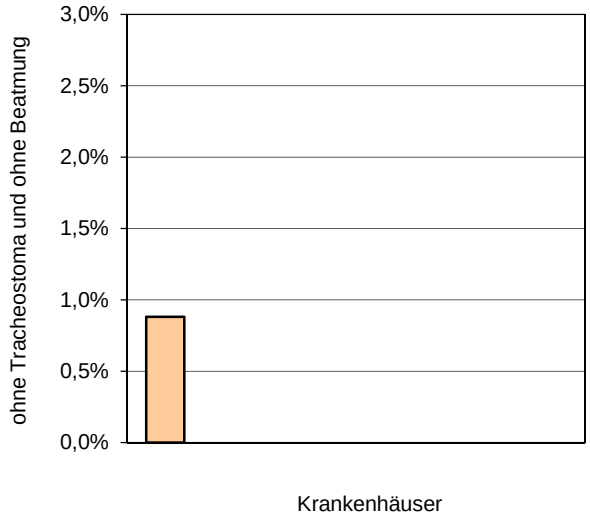
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			2 / 608	0,3%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

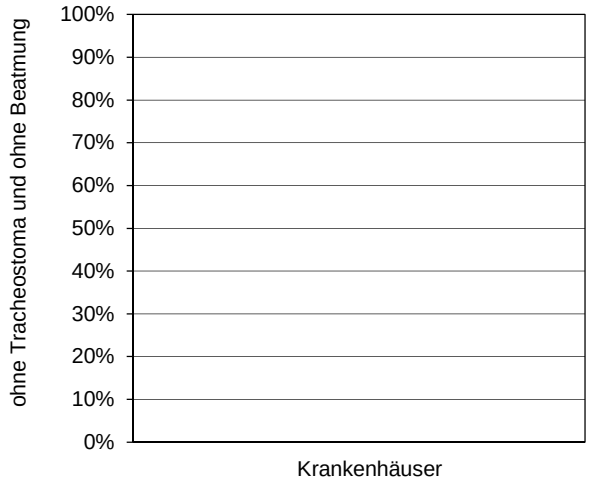
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151131]:
Anteil von Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben an allen Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung bei Aufnahme

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9

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 10: Überlebensrate mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben

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

Indikator-ID: 2017/FREHA_HH/151132

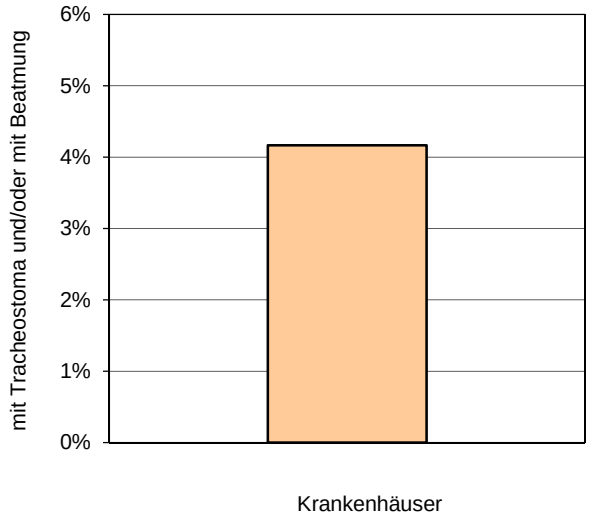
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			4 / 65	6,2%
Vertrauensbereich				1,6% - 15,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

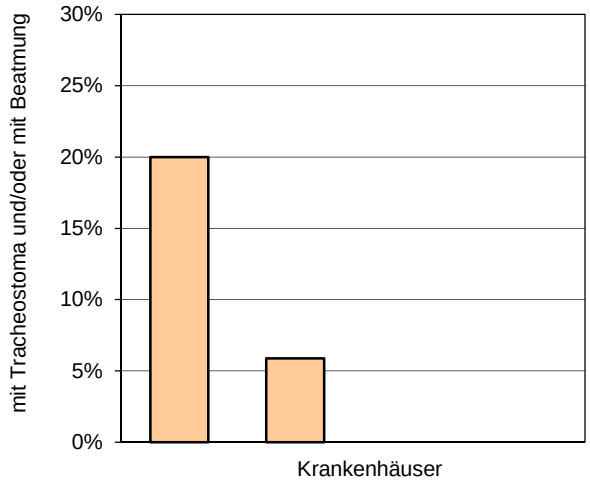
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151132]:
Anteil von Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben an allen Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung bei Aufnahme

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
	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 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	2,9	12,9	20,0	20,0	20,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: 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: 2017/FREHA_HH/151195
Gruppe 2: 2017/FREHA_HH/151200

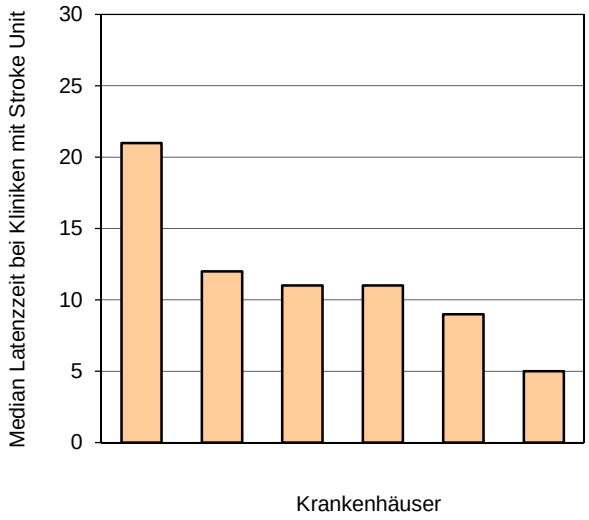
Referenzbereich:
Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verteilung der Patienten auf die Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Kliniken mit Stroke Unit				
alle Patienten			672	
1 bis 5 Tage			76 / 672	11,3%
6 bis 10 Tage			199 / 672	29,6%
11 bis 15 Tage			124 / 672	18,5%
16 bis 20 Tage			71 / 672	10,6%
21 bis 25 Tage			45 / 672	6,7%
26 bis 30 Tage			32 / 672	4,8%
31 bis 35 Tage			24 / 672	3,6%
36 bis 40 Tage			12 / 672	1,8%
41 bis 45 Tage			5 / 672	0,7%
Median				10,0 Tage
Mittelwert				*14,2 Tage*
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2: Alle Kliniken ohne Stroke Unit				
alle Patienten			1	
1 bis 5 Tage			0 / 1	0,0
6 bis 10 Tage			0 / 1	0,0
11 bis 15 Tage			0 / 1	0,0
16 bis 20 Tage			0 / 1	0,0
21 bis 25 Tage			0 / 1	0,0
26 bis 30 Tage			1 / 1	100,0
31 bis 35 Tage			0 / 1	0,0
36 bis 40 Tage			0 / 1	0,0
41 bis 45 Tage			0 / 1	0,0
Median				29,0 Tage
Mittelwert				*29,0 Tage*
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Kliniken mit Stroke Unit				
Median		-		-
Mittelwert		-		-
Gruppe 2: Alle Kliniken ohne Stroke Unit				
Median		-		-
Mittelwert		-		-

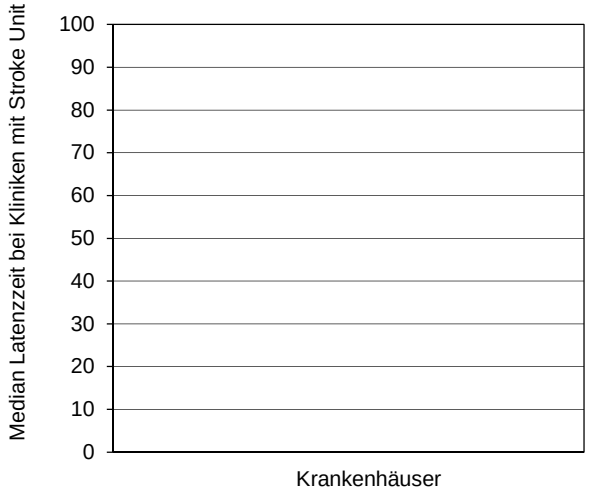
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151195]:
Median aller Angaben von Latenztagen zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen bei Klinik mit Stroke Unit von allen Patienten mit Schlaganfall (Diagnose I61.-, I63.-, I64.-)

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
	5,0	5,0	5,0	9,0	11,0	12,0	21,0	21,0	21,0

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

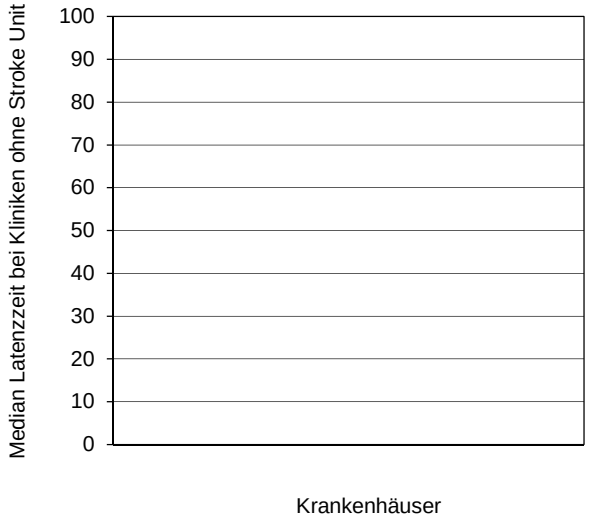


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

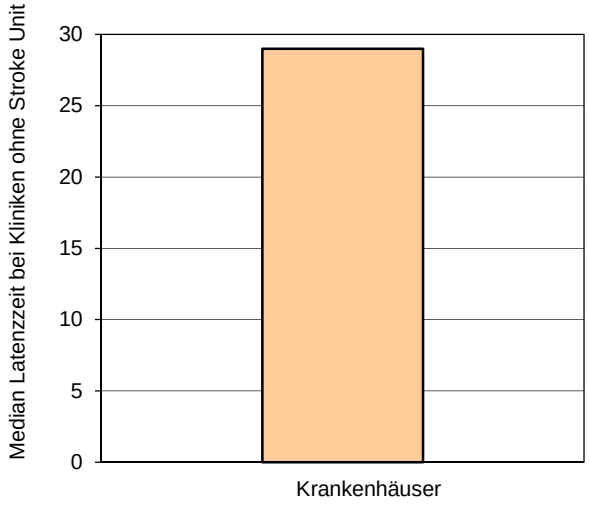
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2017/FREHA_HH/151200]:
Median aller Angaben von Latenztagen zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen bei Klinik ohne Stroke Unit von allen Patienten mit Schlaganfall (Diagnose I61.-, I63.-, I64.-)

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



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

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
	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0	29,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			175	26,0	-	-
2. Quartal			184	27,3	-	-
3. Quartal			182	27,0	-	-
4. Quartal			132	19,6	-	-
Gesamt			673		-	

Patienten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			673		-	
Alter (Jahre)						
Median	*Jahre*		*74,0 Jahre*		-	
Geschlecht						
männlich			372	55,3	-	-
weiblich			301	44,7	-	-

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			30 / 673	4,5	-	-
nein			643 / 673	95,5	-	-
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 673	0,0	-	-
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 673	0,0	-	-
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			5 / 673	0,7	-	-
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			47 / 673	7,0	-	-
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			213 / 673	31,6	-	-
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			408 / 673	60,6	-	-
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median	*Punkte*		*0,0 Punkte*		-	
Mittelwert	*Punkte*		*-30,8 Punkte*		-	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			459 / 673	68,2	-	-
nein			214 / 673	31,8	-	-
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			49 / 673	7,3	-	-
Beatmung			16 / 673	2,4	-	-
nein			608 / 673	90,3	-	-
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			64 / 673	9,5	-	-
nein			609 / 673	90,5	-	-

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			590 / 673	87,7	-	-
Locked in			3 / 673	0,4	-	-
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			24 / 673	3,6	-	-
Patient im Minimal Conscious State			31 / 673	4,6	-	-
Patient komatös			25 / 673	3,7	-	-
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			163 / 673	24,2	-	-
nein			334 / 673	49,6	-	-
nicht beurteilbar			176 / 673	26,2	-	-
Schwere Verständigungs-störungen bei Aufnahme						
ja			301 / 673	44,7	-	-
nein			341 / 673	50,7	-	-
nicht beurteilbar			31 / 673	4,6	-	-
Neglect bei Aufnahme						
nein			303 / 673	45,0	-	-
mäßig			152 / 673	22,6	-	-
schwer			149 / 673	22,1	-	-
nicht beurteilbar			69 / 673	10,3	-	-

Therapie

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			113 / 673	16,8	-	-
RR <= 140/85 mmHg			560 / 673	83,2	-	-

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			608 / 673	90,3	-	-
nein			65 / 673	9,7	-	-
wenn ja: *(Mehrfachnennungen sind möglich)*						
Früherer Schlaganfall			136 / 608	22,4	-	-
Diabetis mellitus			158 / 608	26,0	-	-
Arterielle Hypertonie			533 / 608	87,7	-	-
Vorhofflimmern			215 / 608	35,4	-	-
Dekubitus >= Grad 2			15 / 608	2,5	-	-
Dialysepflicht			6 / 608	1,0	-	-
MRE			39 / 608	6,4	-	-
Isolationspflicht			43 / 608	7,1	-	-
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			67 / 608	11,0	-	-
COPD Grad III oder IV			25 / 608	4,1	-	-

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			601 / 673	89,3	-	-
nein			72 / 673	10,7	-	-
wenn ja: *(Mehrfachnennungen sind möglich)*						
naso/orotrachealer Tubus			4 / 601	0,7	-	-
suprapubischer Blasenkatheter			14 / 601	2,3	-	-
transurethraler Blasenkatheter			542 / 601	90,2	-	-
nasogastrale Sonde			244 / 601	40,6	-	-
PEG/PEJ			50 / 601	8,3	-	-
zentraler Venenkatheter			65 / 601	10,8	-	-
peripherer Venenkatheter			236 / 601	39,3	-	-

Komplikationen

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			380 / 673	56,5	-	-
nein			293 / 673	43,5	-	-
wenn ja: *(Mehrfachnennungen sind möglich)*						
Sturz mit Fraktur			6 / 380	1,6	-	-
Delir oder Psychose			91 / 380	23,9	-	-
Pneumonie			130 / 380	34,2	-	-
Tracheobronchitis			40 / 380	10,5	-	-
infektiöse Gastroenteritis			21 / 380	5,5	-	-
Sepsis/SIRS			17 / 380	4,5	-	-
Thrombose			5 / 380	1,3	-	-
Lungenembolie			4 / 380	1,1	-	-
Re-Infarkt			18 / 380	4,7	-	-
Re-Blutung			7 / 380	1,8	-	-
Myokardinfarkt			5 / 380	1,3	-	-
dekompensierte Herzinsuffizienz			29 / 380	7,6	-	-
akutes Nierenversagen			22 / 380	5,8	-	-
shuntpflichtiger Hydrocephalus			9 / 380	2,4	-	-
funktionelle beeinträchtigende Kontrakturen			6 / 380	1,6	-	-
epileptischer Anfall			33 / 380	8,7	-	-
klinisch relevante Blutung			16 / 380	4,2	-	-
schmerzhafte Schulter			29 / 380	7,6	-	-
symptomatischer Harnwegsinfekt			143 / 380	37,6	-	-
Dekubitus			9 / 380	2,4	-	-
Reanimationspflichtigkeit			3 / 380	0,8	-	-

Entlassungsstatus - körperlich

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			2 / 673	0,3	-	-
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			9 / 673	1,3	-	-
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			51 / 673	7,6	-	-
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			164 / 673	24,4	-	-
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			274 / 673	40,7	-	-
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			146 / 673	21,7	-	-
Tod infolge des Schlaganfalls			27 / 673	4,0	-	-
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median	*Punkte*		*30,0 Punkte*		-	
Mittelwert	*Punkte*		*12,3 Punkte*		-	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			462 / 673	68,6	-	-
ja			155 / 462	33,5	-	-
nein			307 / 462	66,5	-	-
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			104 / 673	15,5	-	-
ja			30 / 104	28,8	-	-
nein			74 / 104	71,2	-	-
Mobil bei Entlassung						
ja			263 / 673	39,1	-	-
nein			410 / 673	60,9	-	-

Entlassungsstatus - kognitiv

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungs-störungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			319 / 673	47,4	-	-
ja			117 / 319	36,7	-	-
nein			187 / 319	58,6	-	-
nicht beurteilbar			15 / 319	4,7	-	-
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			209 / 673	31,1	-	-
ja			76 / 209	36,4	-	-
nein			98 / 209	46,9	-	-
nicht beurteilbar			35 / 209	16,7	-	-
Neglect bei Entlassung						
nein			413 / 673	61,4	-	-
mäßig			175 / 673	26,0	-	-
schwer			35 / 673	5,2	-	-
nicht beurteilbar			50 / 673	7,4	-	-

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			323 / 673	48,0	-	-
nein			350 / 673	52,0	-	-
wenn ja: *(Mehrfachnennungen sind möglich)*						
naso/orotrachealer Tubus			2 / 323	0,6	-	-
suprapubischer Blasenkatheter			31 / 323	9,6	-	-
transurethraler Blasenkatheter			244 / 323	75,5	-	-
nasogastrale Sonde			13 / 323	4,0	-	-
PEG/PEJ			155 / 323	48,0	-	-
zentraler Venenkatheter			10 / 323	3,1	-	-
peripherer Venenkatheter			21 / 323	6,5	-	-
Entlassungsgrund Tod ohne Tracheostoma und ohne Beatmung?						
ja			22 / 673	3,3	-	-
nein			7 / 673	1,0	-	-
Entlassungsgrund Tod mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung						
ja			4 / 673	0,6	-	-
nein			25 / 673	3,7	-	-
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten						
ja			95 / 673	14,1	-	-
nein			578 / 673	85,9	-	-
Verweildauer in Tagen						
Median	*Tage*		*36,0 Tage*		-	

Entlassungsart

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			38 / 673	5,6	-	-
Frührehaphase C			361 / 673	53,6	-	-
Frührehaphase D			17 / 673	2,5	-	-
Frührehaphase F			7 / 673	1,0	-	-
Pflegeeinrichtung/Heim			178 / 673	26,4	-	-
Hospiz			4 / 673	0,6	-	-
Tod			29 / 673	4,3	-	-
Verlegung eines Patienten in eine Akutstation (intern/extern)			39 / 673	5,8	-	-

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)
Beispiel: Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 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 <= 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 2017.

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 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 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 2016 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 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 20 Fälle 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 20 dokumentierten Fällen 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.

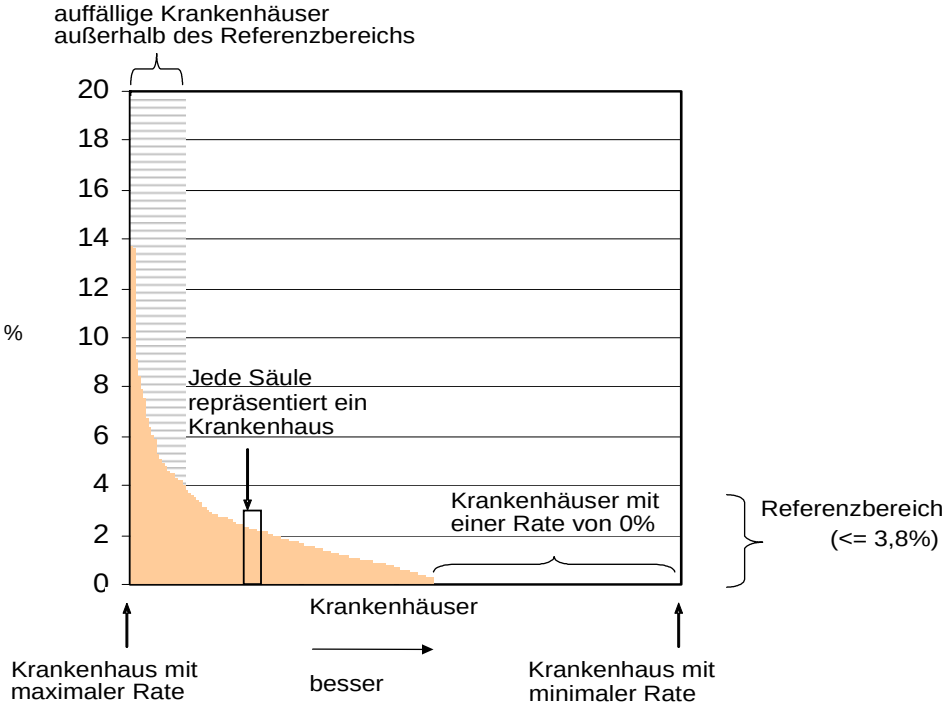
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

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