

Auswertung 3. Quartal 2018
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 7
Anzahl Datensätze Gesamt: 171
Datensatzversion: FREHA_HH 2018 2.1
Datenbankstand: 15. November 2018
2018 - D17572-L111426-P53267

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 2018 im III. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Für das Verfahrensjahr 2017 erfolgte nur eine Jahresauswertung. Eine Darstellung von Vorjahresdaten entfällt daher in dieser, auf die Daten des II. Quartals 2018 eingeschränkten, Auswertung.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			88,7%	nicht definiert	5
2018/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			67,3%	nicht definiert	7
2018/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			68,6%	nicht definiert	9
2018/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			47,1%	nicht definiert	11
2018/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			50,7%	nicht definiert	13
2018/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			54,7%	nicht definiert	15
2018/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			27,7%	nicht definiert	17

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/FREHA_HH/151130 QI 8: Dekanülierung			77,3%	nicht definiert	19
2018/FREHA_HH/151131 QI 9: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung			2,1%	nicht definiert	21
2018/FREHA_HH/151132 QI 10: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung			3,8%	nicht definiert	23
QI 11: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen)					
2018/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			9,0 Tage	nicht definiert	25
2018/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			15,0 Tage	nicht definiert	25

Qualitätsindikator 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung

- Qualitätsziel:** Bei möglichst vielen Patienten liegen zwei der letzten drei aufeinanderfolgenden Messungen des Blutdruckes vor Entlassung \leq 140/85 mmHg
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)
- Indikator-ID:** 2018/FREHA_HH/151124
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen \leq 140/85 mmHg			141 / 159	88,7%
Vertrauensbereich				82,7% - 93,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

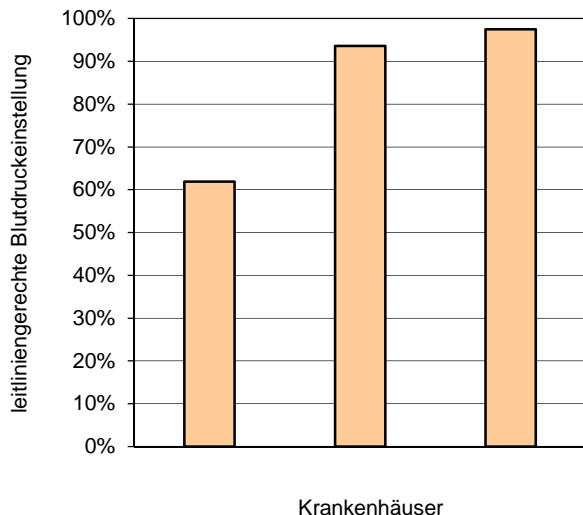
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen \leq 140/85 mmHg	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/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:

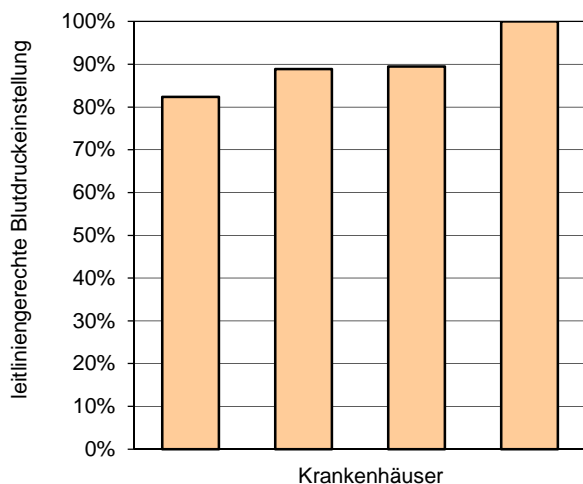
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,9	61,9	61,9	61,9	93,6	97,5	97,5	97,5	97,5

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
	82,4	82,4	82,4	85,6	89,2	94,7	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:** 2018/FREHA_HH/151125
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			72 / 107	67,3%
Referenzbereich		nicht definiert		57,5% - 76,1% nicht definiert

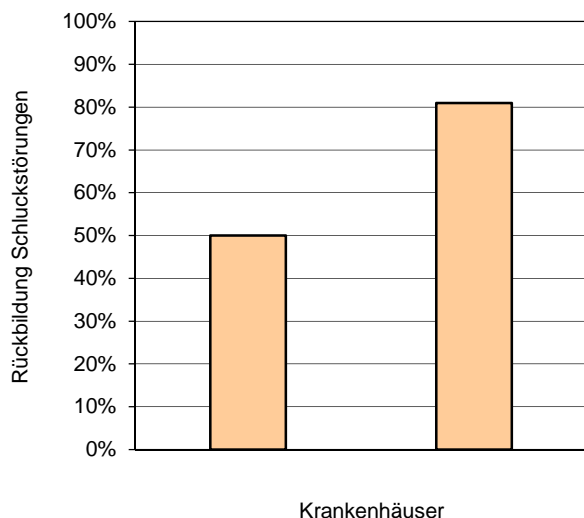
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich	-	-	-	-

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/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:

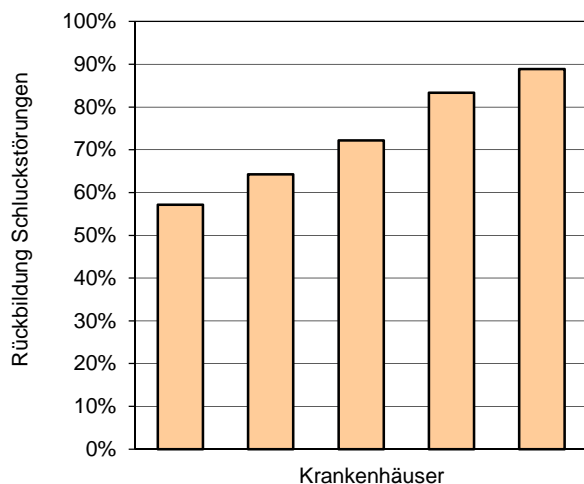
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	65,5	81,0	81,0	81,0	81,0

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
	57,1	57,1	57,1	64,3	72,2	83,3	88,9	88,9	88,9

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:** 2018/FREHA_HH/151126
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			24 / 35	68,6%
Vertrauensbereich				50,6% - 83,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

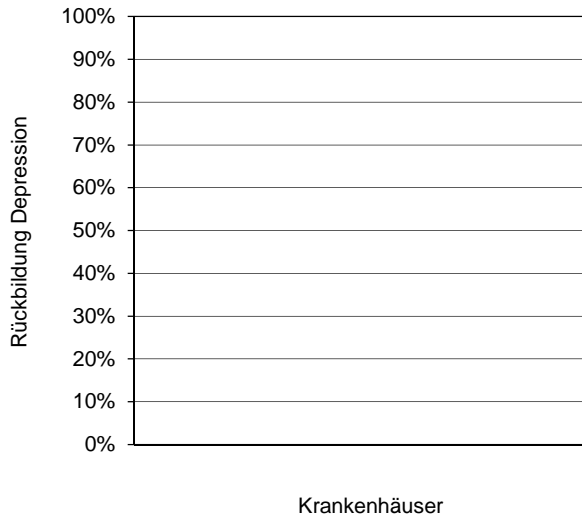
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/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:

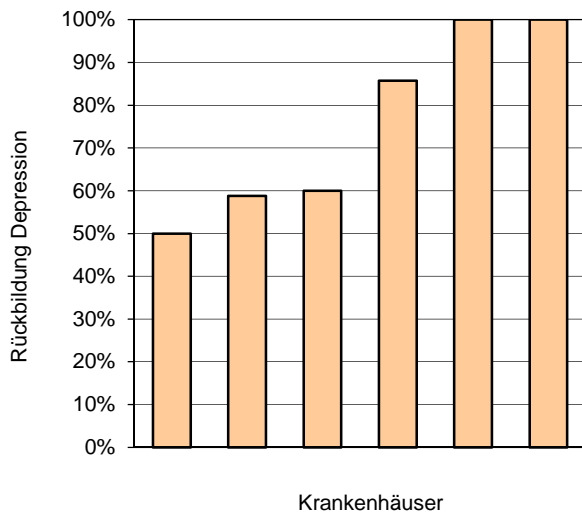
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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
	50,0	50,0	50,0	58,8	72,9	100,0	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: 2018/FREHA_HH/151127

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			40 / 85	47,1%
Vertrauensbereich				36,1% - 58,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

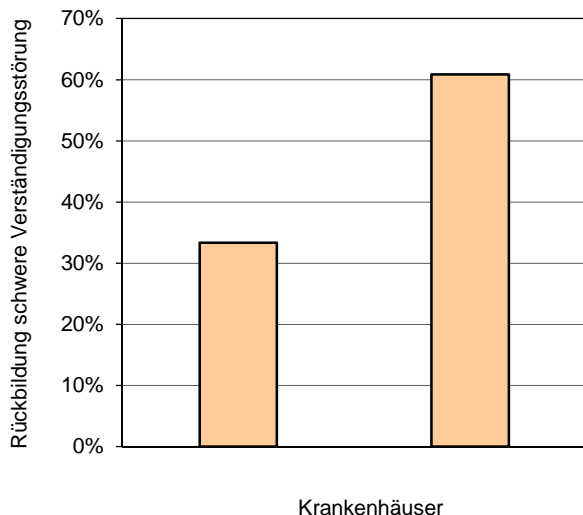
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/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:

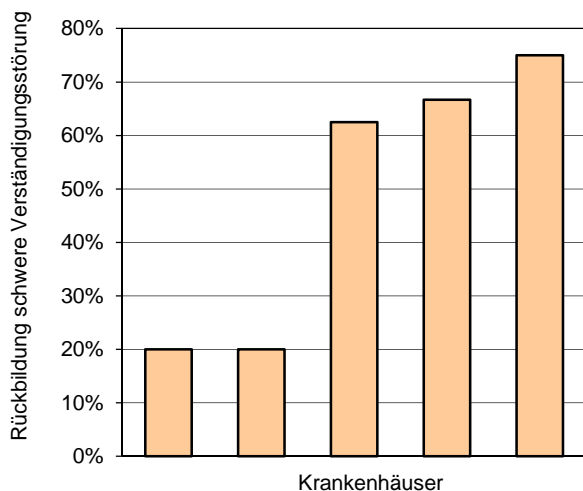
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	33,3	47,1	60,9	60,9	60,9	60,9

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
	20,0	20,0	20,0	20,0	62,5	66,7	75,0	75,0	75,0

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: 2018/FREHA_HH/151145

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. 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)			73 / 144	50,7%
Vertrauensbereich				42,2% - 59,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

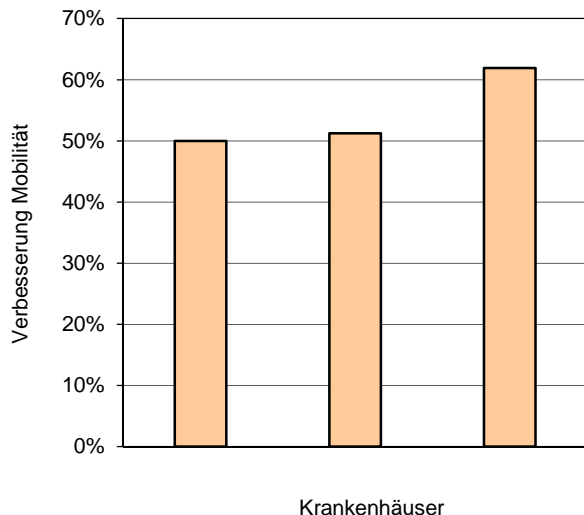
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2018/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:

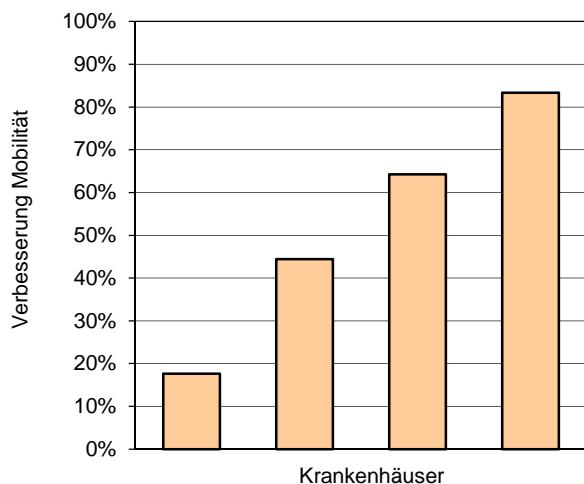
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	51,2	61,9	61,9	61,9	61,9

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
	17,6	17,6	17,6	31,0	54,4	73,8	83,3	83,3	83,3

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: 2018/FREHA_HH/151128

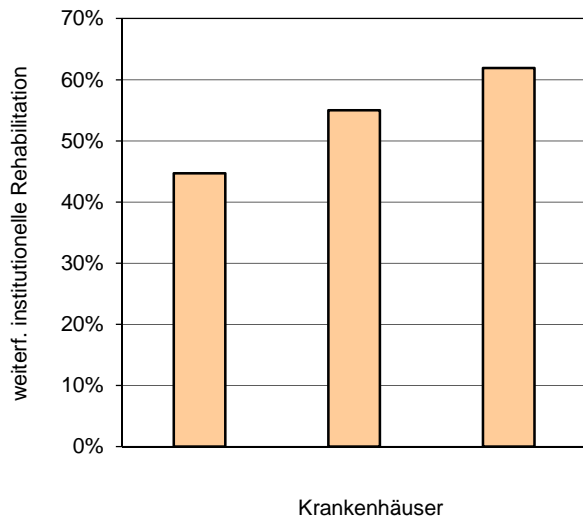
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			87 / 159	54,7%
Vertrauensbereich				46,6% - 62,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

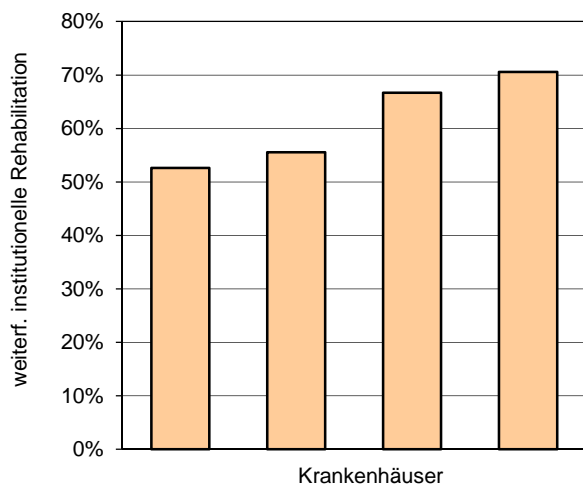
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,7	44,7	44,7	44,7	55,0	61,9	61,9	61,9	61,9

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
	52,6	52,6	52,6	54,1	61,1	68,6	70,6	70,6	70,6

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Pulmonale Komplikationen

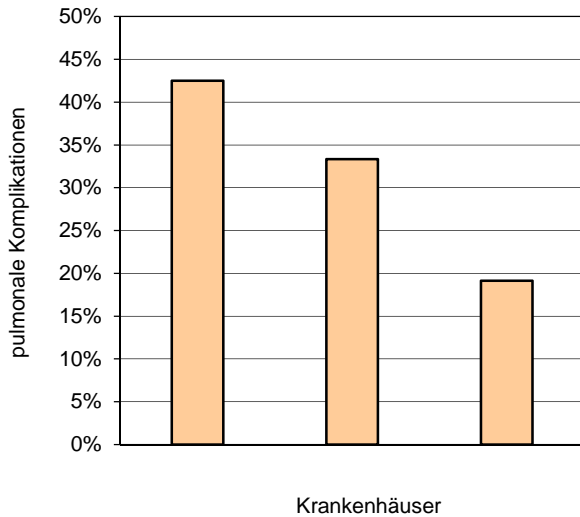
- Qualitätsziel:** Möglichst geringer Anteil von Patienten mit pulmonalen Komplikationen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)
- Indikator-ID:** 2018/FREHA_HH/151129
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			44 / 159	27,7%
Vertrauensbereich				20,9% - 35,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

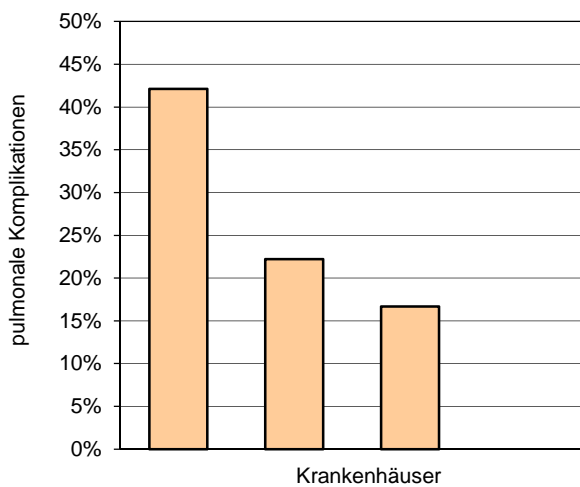
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,1	19,1	19,1	19,1	33,3	42,5	42,5	42,5	42,5

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	8,3	19,4	32,2	42,1	42,1	42,1

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:** 2018/FREHA_HH/151130
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			17 / 22	77,3%
Vertrauensbereich				54,6% - 92,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

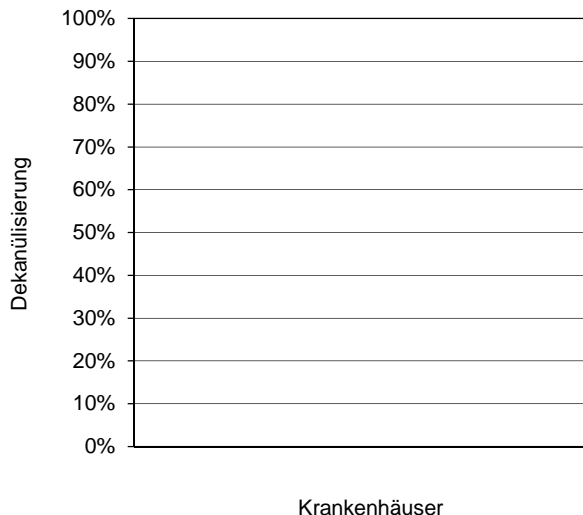
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/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:

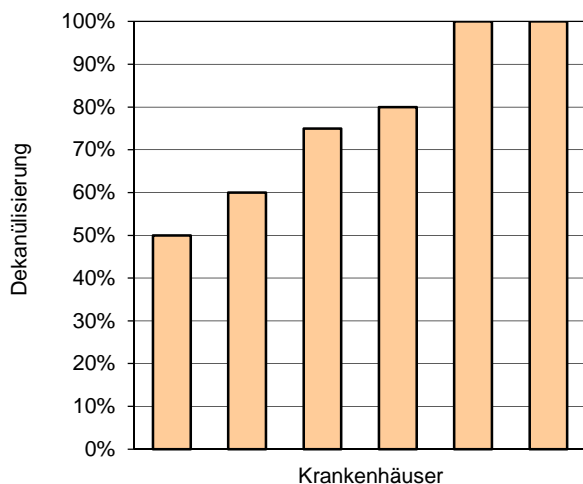
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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
	50,0	50,0	50,0	60,0	77,5	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Überlebensrate ohne Tracheostoma und ohne Beatmung

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung bei Aufnahme

Indikator-ID: 2018/FREHA_HH/151131

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			3 / 145	2,1%
Vertrauensbereich				0,4% - 6,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

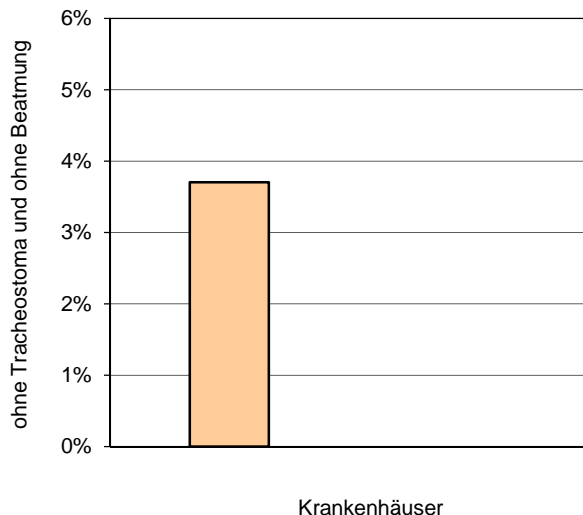
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2018/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:

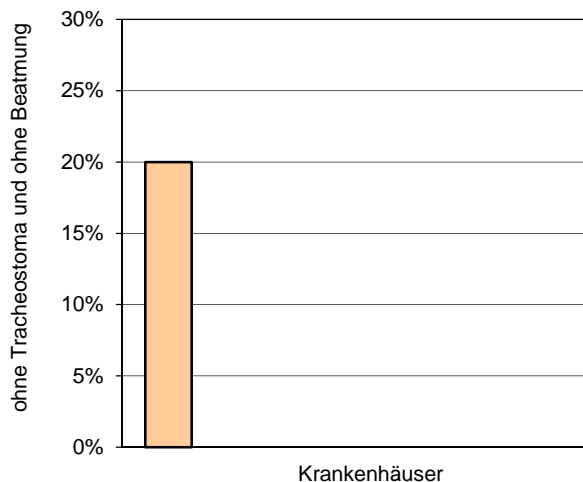
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	3,7	3,7	3,7	3,7

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	20,0	20,0	20,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Überlebensrate mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung

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

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

Indikator-ID: 2018/FREHA_HH/151132

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			1 / 26	3,8%
Vertrauensbereich				0,0% - 19,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

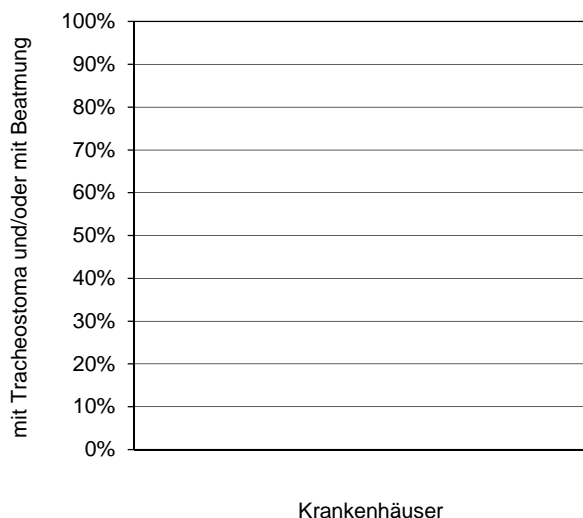
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 10, Indikator-ID 2018/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:

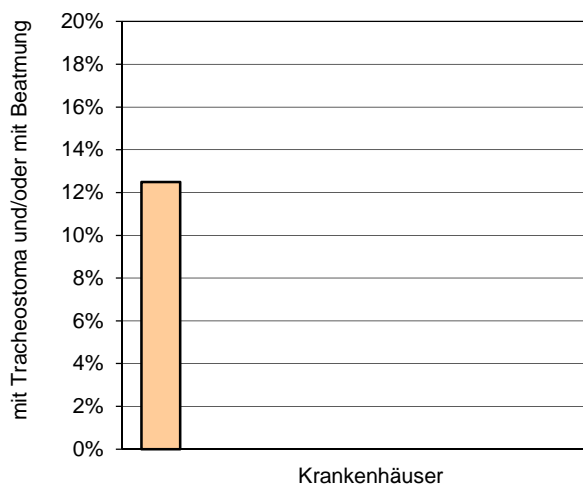
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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	0,0	0,0	12,5	12,5	12,5

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:	2018/FREHA_HH/151195	
	Gruppe 2:	2018/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 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. 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				
			112	
1 bis 5 Tage			20 / 112	17,9%
6 bis 10 Tage			33 / 112	29,5%
11 bis 15 Tage			19 / 112	17,0%
16 bis 20 Tage			7 / 112	6,3%
21 bis 25 Tage			9 / 112	8,0%
26 bis 30 Tage			5 / 112	4,5%
31 bis 35 Tage			1 / 112	0,9%
36 bis 40 Tage			2 / 112	1,8%
41 bis 45 Tage			0 / 112	0,0%
Median			9,0 Tage	
Mittelwert			14,0 Tage	
Referenzwert	nicht definiert		nicht definiert	
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
			59	
1 bis 5 Tage			2 / 59	3,4%
6 bis 10 Tage			16 / 59	27,1%
11 bis 15 Tage			9 / 59	15,3%
16 bis 20 Tage			13 / 59	22,0%
21 bis 25 Tage			4 / 59	6,8%
26 bis 30 Tage			4 / 59	6,8%
31 bis 35 Tage			1 / 59	1,7%
36 bis 40 Tage			1 / 59	1,7%
41 bis 45 Tage			0 / 59	0,0%
Median			15,0 Tage	
Mittelwert			23,9 Tage	
Referenzwert	nicht definiert		nicht definiert	

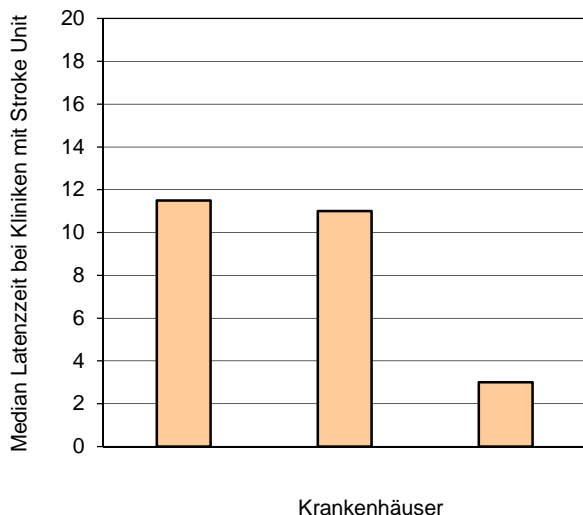
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median		-		-
Mittelwert		-		-
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median		-		-
Mittelwert		-		-

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2018/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:

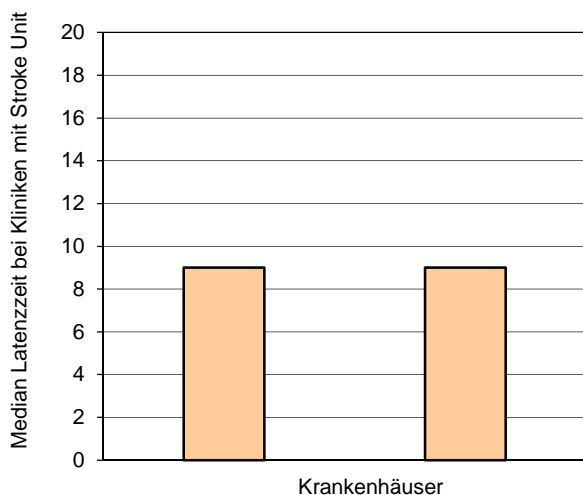
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,0	3,0	3,0	3,0	11,0	11,5	11,5	11,5	11,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

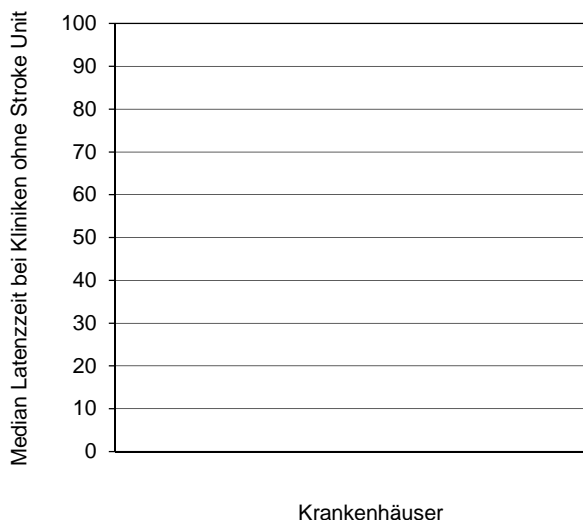
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2018/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:

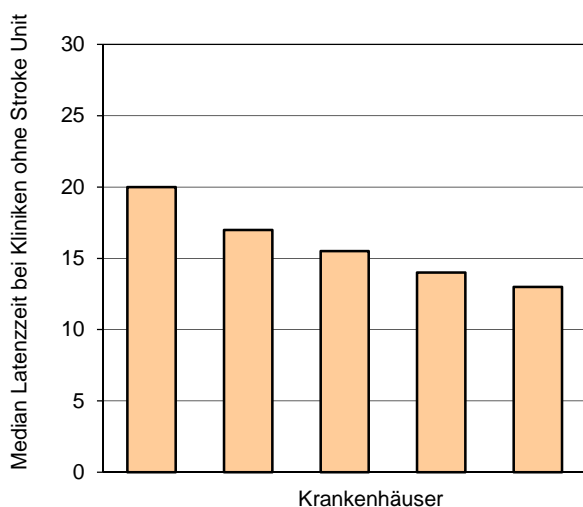
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	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 (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	13,0	13,0	13,0	14,0	15,5	17,0	20,0	20,0	20,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	-	-
2. Quartal			0	0,0	-	-
3. Quartal			171	100,0	-	-
4. Quartal			0	0,0	-	-
Gesamt			171		-	

Patienten

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			171		-	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>75,0 Jahre</i>		-	
Geschlecht						
männlich			97	56,7	-	-
weiblich			74	43,3	-	-

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			16 / 171	9,4	-	-
nein			155 / 171	90,6	-	-
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 171	0,0	-	-
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 171	0,0	-	-
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			0 / 171	0,0	-	-
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			15 / 171	8,8	-	-
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			65 / 171	38,0	-	-
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			91 / 171	53,2	-	-
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	<i>-40,0 Punkte</i>		-	
Mittelwert		<i>Punkte</i>	<i>-47,5 Punkte</i>		-	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			116 / 171	67,8	-	-
nein			55 / 171	32,2	-	-
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			18 / 171	10,5	-	-
Beatmung			8 / 171	4,7	-	-
nein			145 / 171	84,8	-	-
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			23 / 171	13,5	-	-
nein			148 / 171	86,5	-	-

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			157 / 171	91,8	-	-
Locked in			1 / 171	0,6	-	-
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			5 / 171	2,9	-	-
Patient im Minimal Conscious State			4 / 171	2,3	-	-
Patient komatös			4 / 171	2,3	-	-
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			38 / 171	22,2	-	-
nein			93 / 171	54,4	-	-
nicht beurteilbar			40 / 171	23,4	-	-
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			94 / 171	55,0	-	-
nein			73 / 171	42,7	-	-
nicht beurteilbar			4 / 171	2,3	-	-
Neglect bei Aufnahme						
nein			73 / 171	42,7	-	-
mäßig			38 / 171	22,2	-	-
schwer			48 / 171	28,1	-	-
nicht beurteilbar			12 / 171	7,0	-	-

Therapie

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			19 / 171	11,1	-	-
RR <= 140/85 mmHg			152 / 171	88,9	-	-

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			155 / 171	90,6	-	-
nein			16 / 171	9,4	-	-
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Früherer Schlaganfall			29 / 155	18,7	-	-
Diabetes mellitus			37 / 155	23,9	-	-
Arterielle Hypertonie			137 / 155	88,4	-	-
Vorhofflimmern			49 / 155	31,6	-	-
Dekubitus >= Grad 2			2 / 155	1,3	-	-
Dialysepflicht			0 / 155	0,0	-	-
MRE			13 / 155	8,4	-	-
Isolationspflicht			14 / 155	9,0	-	-
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			25 / 155	16,1	-	-
COPD Grad III oder IV			8 / 155	5,2	-	-

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			158 / 171	92,4	-	-
nein			13 / 171	7,6	-	-
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			3 / 158	1,9	-	-
suprapubischer Blasen- katheter			5 / 158	3,2	-	-
transurethraler Blasen- katheter			140 / 158	88,6	-	-
nasogastrale Sonde			59 / 158	37,3	-	-
PEG/PEJ			10 / 158	6,3	-	-
zentraler Venenkatheter			9 / 158	5,7	-	-
peripherer Venenkatheter			78 / 158	49,4	-	-

Komplikationen

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			118 / 171	69,0	-	-
nein			53 / 171	31,0	-	-
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			1 / 118	0,8	-	-
Delir oder Psychose			30 / 118	25,4	-	-
Pneumonie			41 / 118	34,7	-	-
Tracheobronchitis			17 / 118	14,4	-	-
infektiöse Gastroenteritis			8 / 118	6,8	-	-
Sepsis/SIRS			9 / 118	7,6	-	-
Thrombose			2 / 118	1,7	-	-
Lungenembolie			2 / 118	1,7	-	-
Re-Infarkt			3 / 118	2,5	-	-
Re-Blutung			1 / 118	0,8	-	-
Myokardinfarkt			2 / 118	1,7	-	-
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			10 / 118	8,5	-	-
akutes Nierenversagen			6 / 118	5,1	-	-
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			3 / 118	2,5	-	-
funktionelle beeinträchti- gende Kontrakturen			0 / 118	0,0	-	-
epileptischer Anfall			7 / 118	5,9	-	-
klinisch relevante Blutung			4 / 118	3,4	-	-
schmerzhafte Schulter			7 / 118	5,9	-	-
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			45 / 118	38,1	-	-
Dekubitus			1 / 118	0,8	-	-
Reanimationspflichtigkeit			5 / 118	4,2	-	-

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			1 / 159	0,6	-	-
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 159	0,0	-	-
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			12 / 159	7,5	-	-
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			56 / 159	35,2	-	-
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			63 / 159	39,6	-	-
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			27 / 159	17,0	-	-
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 159	0,0	-	-
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>	-	-
Mittelwert		<i>Punkte</i>	10,3	<i>Punkte</i>	-	-
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			107 / 159	67,3	-	-
ja			35 / 107	32,7	-	-
nein			72 / 107	67,3	-	-
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			26 / 159	16,4	-	-
ja			5 / 26	19,2	-	-
nein			21 / 26	80,8	-	-
Mobil bei Entlassung						
ja			86 / 159	54,1	-	-
nein			73 / 159	45,9	-	-

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			88 / 159	55,3	-	-
ja			45 / 88	51,1	-	-
nein			43 / 88	48,9	-	-
nicht beurteilbar			0 / 88	0,0	-	-
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			40 / 159	25,2	-	-
ja			11 / 40	27,5	-	-
nein			29 / 40	72,5	-	-
nicht beurteilbar			0 / 40	0,0	-	-
Neglect bei Entlassung						
nein			97 / 159	61,0	-	-
mäßig			45 / 159	28,3	-	-
schwer			12 / 159	7,5	-	-
nicht beurteilbar			5 / 159	3,1	-	-

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			70 / 159	44,0	-	-
nein			85 / 159	53,5	-	-
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			1 / 70	1,4	-	-
suprapubischer Blasenkatheter			7 / 70	10,0	-	-
transurethraler Blasenkatheter			51 / 70	72,9	-	-
nasogastrale Sonde			3 / 70	4,3	-	-
PEG/PEJ			37 / 70	52,9	-	-
zentraler Venenkatheter			0 / 70	0,0	-	-
peripherer Venenkatheter			8 / 70	11,4	-	-
Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?						
ja			8 / 171	4,7	-	-
nein			4 / 171	2,3	-	-
Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung						
ja			1 / 171	0,6	-	-
nein			11 / 171	6,4	-	-
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten						
ja			28 / 171	16,4	-	-
nein			143 / 171	83,6	-	-
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		37,0 Tage		-

Entlassungsart

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			14 / 171	8,2	-	-
Frührephase C			83 / 171	48,5	-	-
Frührephase D			2 / 171	1,2	-	-
Frührephase F			2 / 171	1,2	-	-
Pflegeeinrichtung/Heim			43 / 171	25,1	-	-
Hospiz			0 / 171	0,0	-	-
Tod			12 / 171	7,0	-	-
Verlegung eines Patienten in eine Akutstation (intern/extern)			15 / 171	8,8	-	-

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2018.

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 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 2017 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 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.

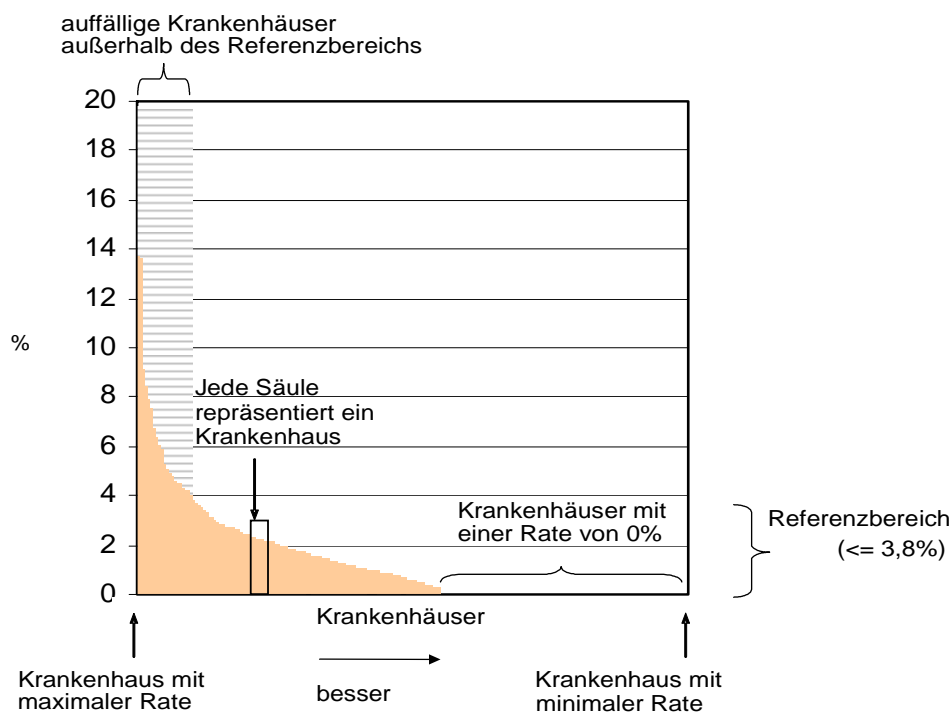
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

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