

Auswertung 2. Quartal 2018
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 7
Anzahl Datensätze Gesamt: 141
Datensatzversion: FREHA_HH 2018 2.1
Datenbankstand: 16. August 2018
2018 - D17521-L110578-P53149

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 II. 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			94,8%	nicht definiert	5
2018/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			79,5%	nicht definiert	7
2018/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			55,6%	nicht definiert	9
2018/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			61,4%	nicht definiert	11
2018/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			40,5%	nicht definiert	13
2018/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			55,6%	nicht definiert	15
2018/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			13,3%	nicht definiert	17

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/FREHA_HH/151130 QI 8: Dekanülierung			84,6%	nicht definiert	19
2018/FREHA_HH/151131 QI 9: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung			2,4%	nicht definiert	21
2018/FREHA_HH/151132 QI 10: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung			0,0%	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			14,0 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 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			128 / 135	94,8%
Vertrauensbereich				89,6% - 97,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

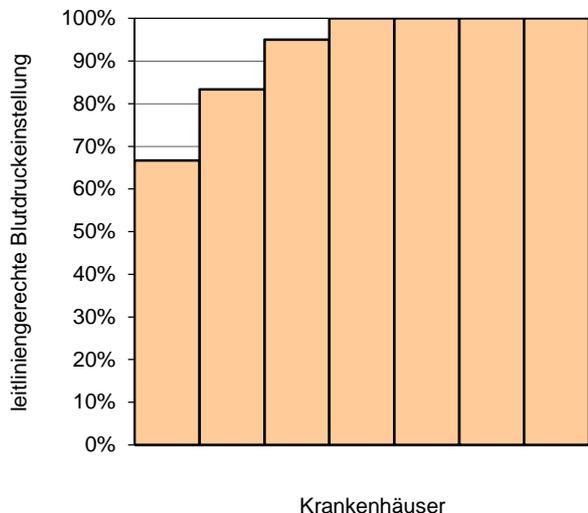
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

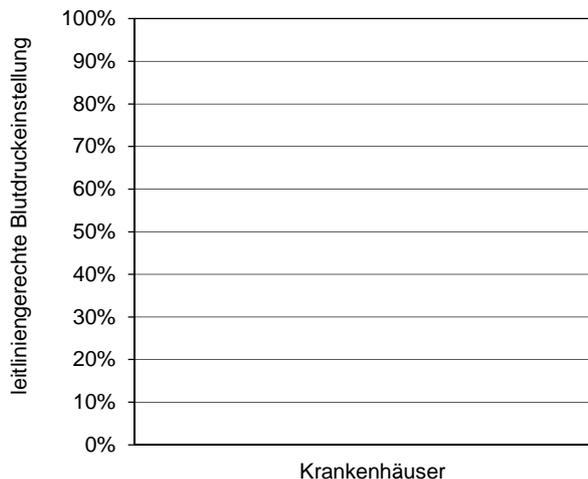
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall 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:** 2018/FREHA_HH/151125
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			70 / 88	79,5% 69,6% - 87,4% nicht definiert

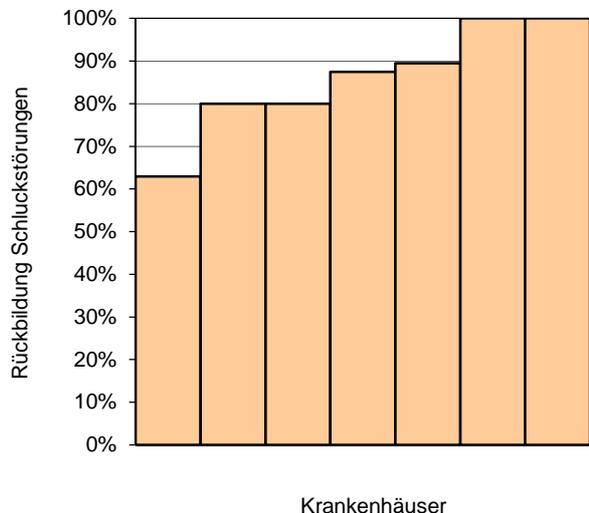
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich	-	-	-	-

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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

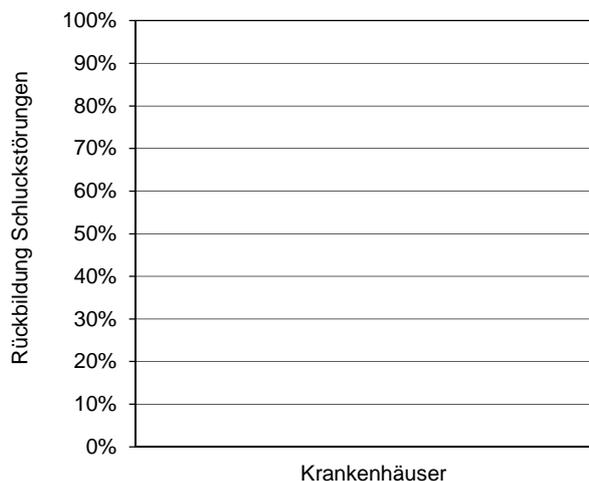
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,0	63,0	63,0	80,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Rückbildung einer Depression

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

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

Indikator-ID: 2018/FREHA_HH/151126

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			20 / 36	55,6%
Vertrauensbereich				38,0% - 72,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

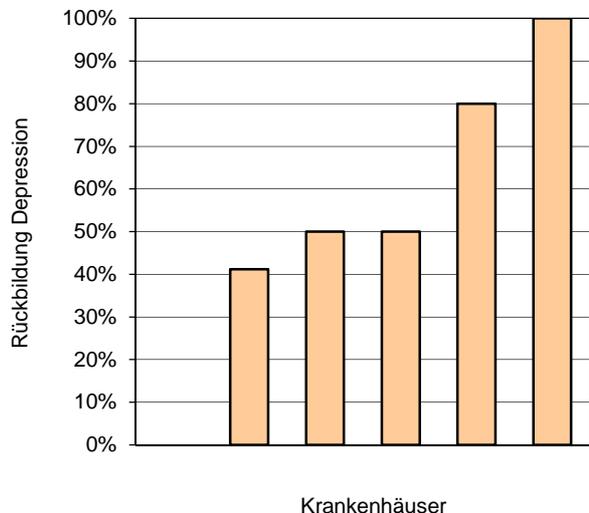
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

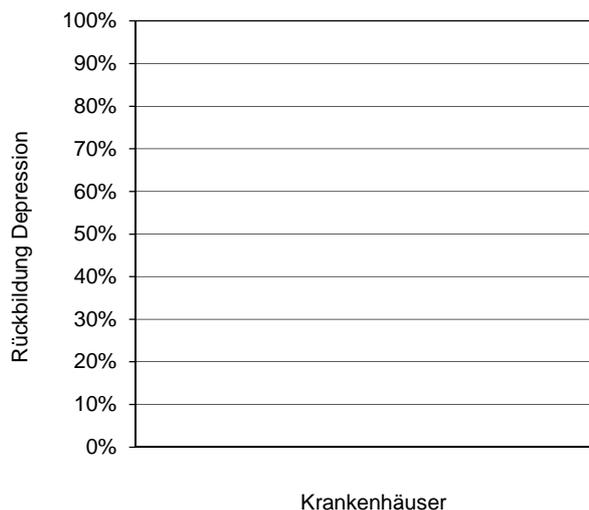
6 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	41,2	50,0	80,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			43 / 70	61,4%
Vertrauensbereich				49,0% - 72,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

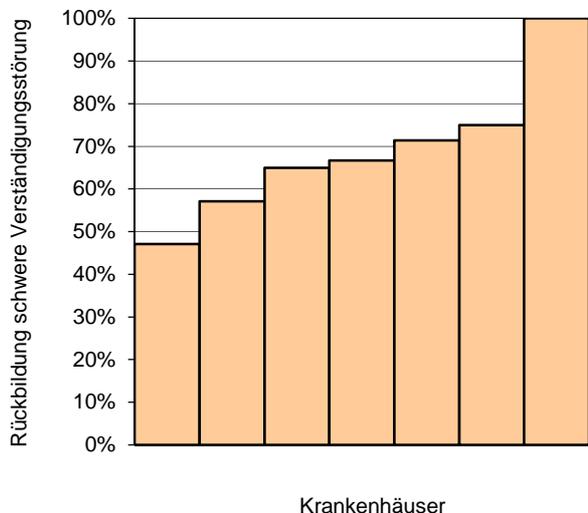
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankhausergebnisse [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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

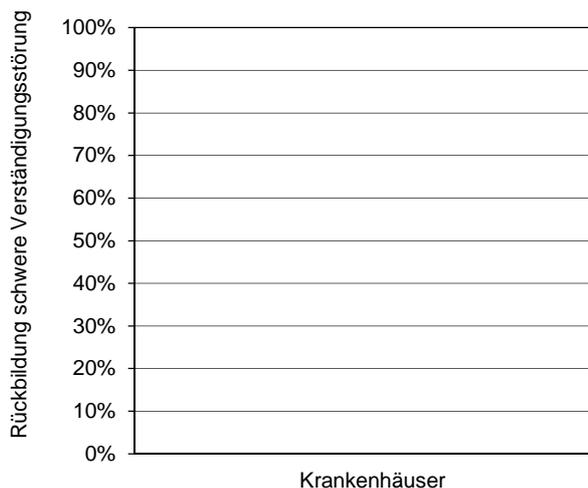
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	47,1	47,1	47,1	57,1	66,7	75,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall 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) (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2018/FREHA_HH/151145

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. 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)			51 / 126	40,5%
Vertrauensbereich				31,8% - 49,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

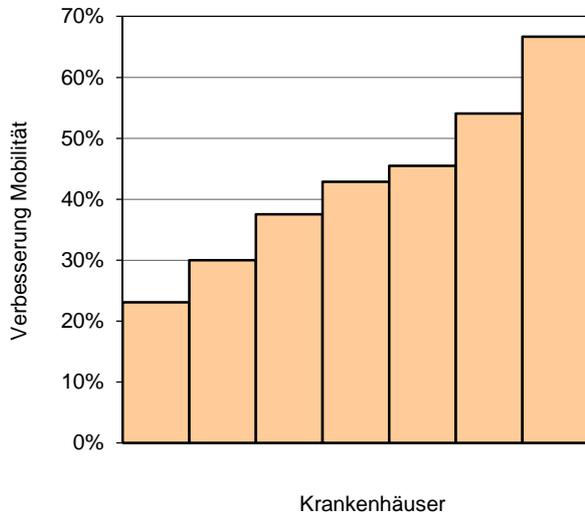
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankhausergebnisse [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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

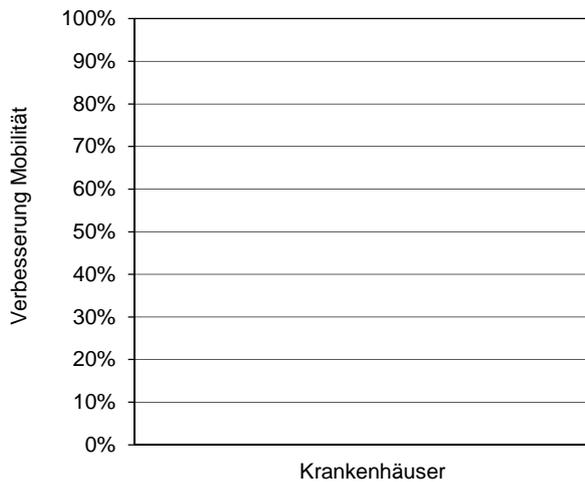
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,1	23,1	23,1	30,0	42,9	54,1	66,7	66,7	66,7

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall 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: 2018/FREHA_HH/151128

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

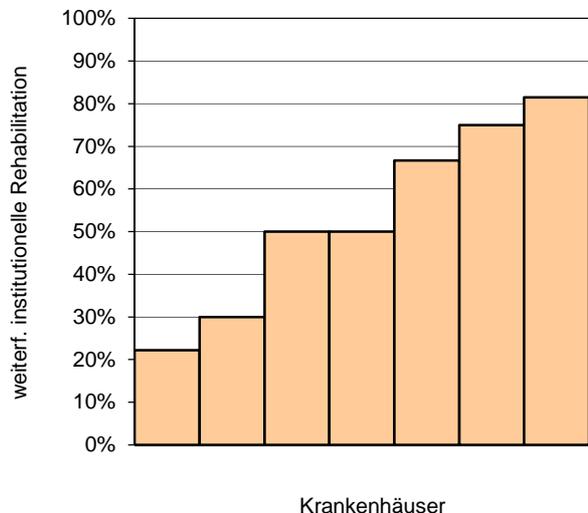
	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			75 / 135	55,6%
Vertrauensbereich				46,7% - 64,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. 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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

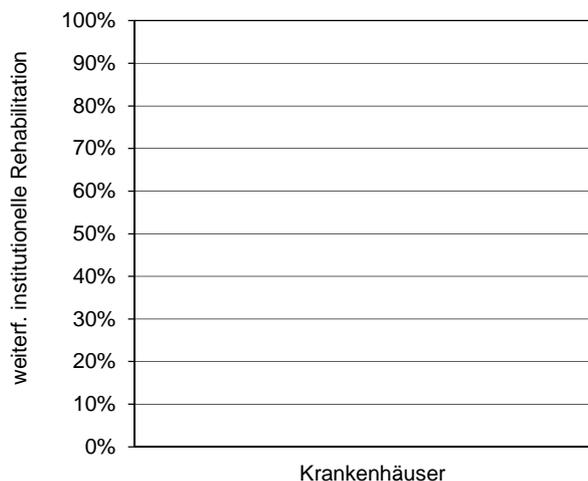
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,2	22,2	22,2	30,0	50,0	75,0	81,5	81,5	81,5

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall 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: 2018/FREHA_HH/151129

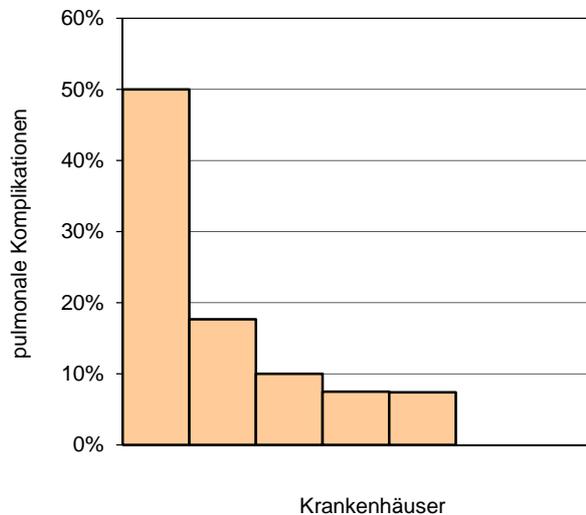
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			18 / 135	13,3%
Vertrauensbereich				8,1% - 20,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

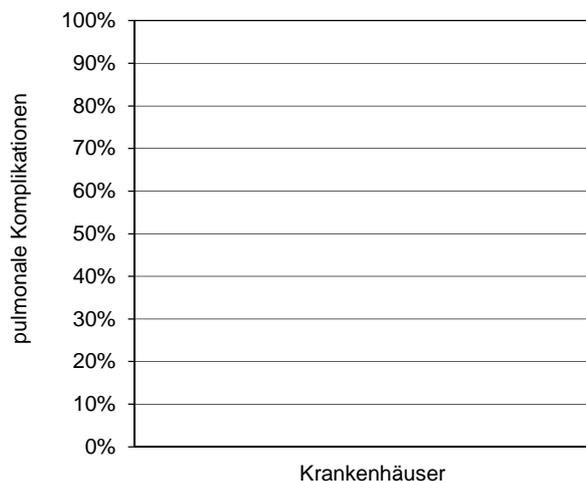
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall 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	7,5	17,6	50,0	50,0	50,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall 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: 2018/FREHA_HH/151130

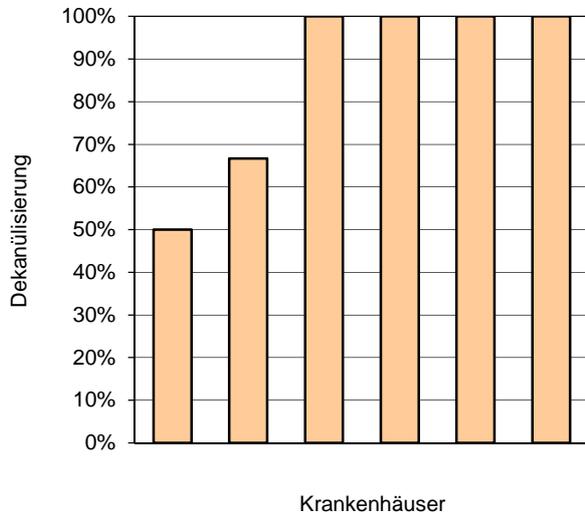
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			11 / 13	84,6%
Vertrauensbereich				54,5% - 98,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

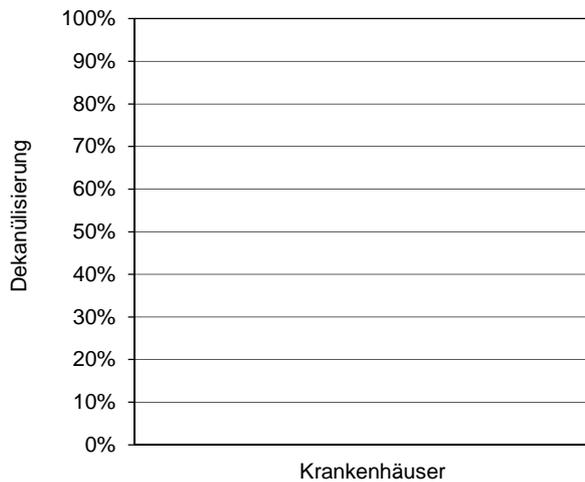
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151130]:
Anteil von Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung an allen Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
6 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			3 / 127	2,4%
Vertrauensbereich				0,4% - 6,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

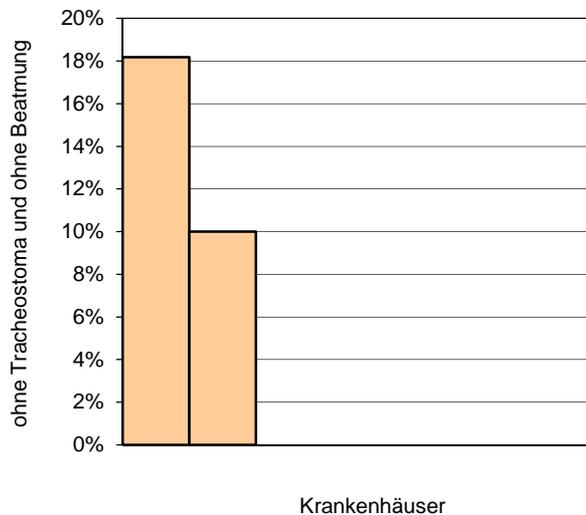
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankhausergebnisse [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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

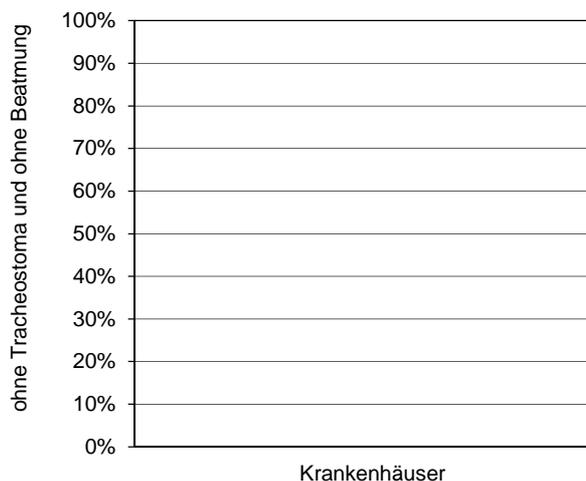
7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	18,2	18,2	18,2

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall 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 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 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			0 / 14	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 23,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

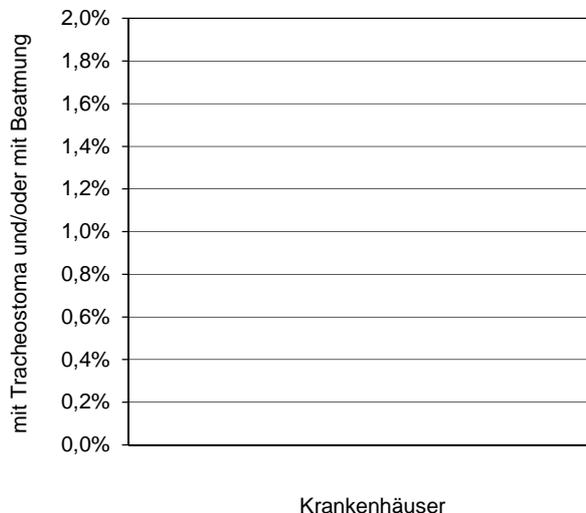
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

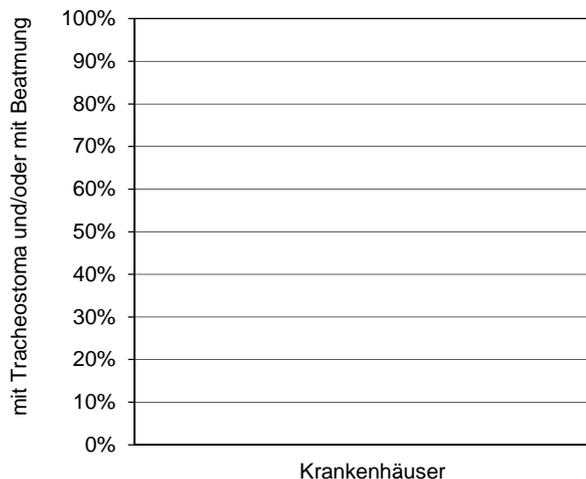
6 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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 II. Quartal		Gesamt 2018 II. 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				
			93	
1 bis 5 Tage			18 / 93	19,4%
6 bis 10 Tage			29 / 93	31,2%
11 bis 15 Tage			14 / 93	15,1%
16 bis 20 Tage			8 / 93	8,6%
21 bis 25 Tage			5 / 93	5,4%
26 bis 30 Tage			3 / 93	3,2%
31 bis 35 Tage			1 / 93	1,1%
36 bis 40 Tage			3 / 93	3,2%
41 bis 45 Tage			0 / 93	0,0%
Median				9,0 Tage
Mittelwert				14,4 Tage
Referenzwert	nicht definiert			nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
			48	
1 bis 5 Tage			8 / 48	16,7%
6 bis 10 Tage			7 / 48	14,6%
11 bis 15 Tage			9 / 48	18,8%
16 bis 20 Tage			7 / 48	14,6%
21 bis 25 Tage			2 / 48	4,2%
26 bis 30 Tage			2 / 48	4,2%
31 bis 35 Tage			0 / 48	0,0%
36 bis 40 Tage			2 / 48	4,2%
41 bis 45 Tage			0 / 48	0,0%
Median				14,0 Tage
Mittelwert				24,3 Tage
Referenzwert	nicht definiert			nicht definiert

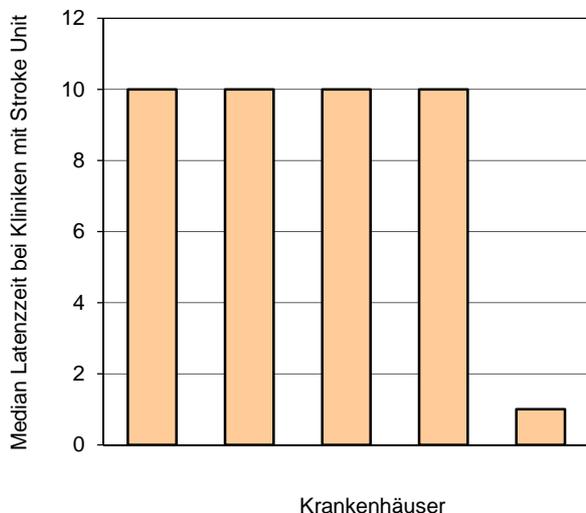
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median		-		-
Mittelwert		-		-
Gruppe 2: Alle Patienten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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151195]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

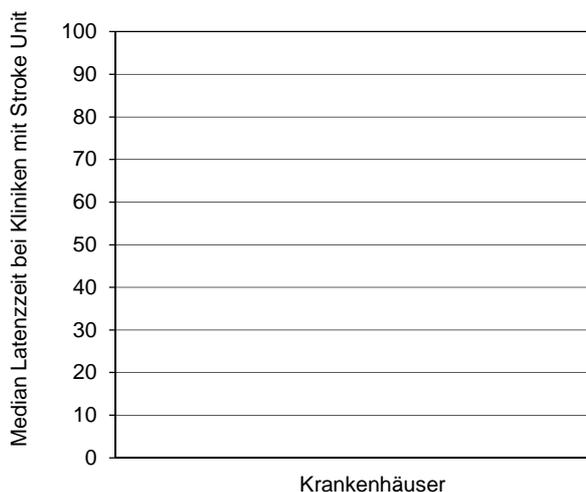
5 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

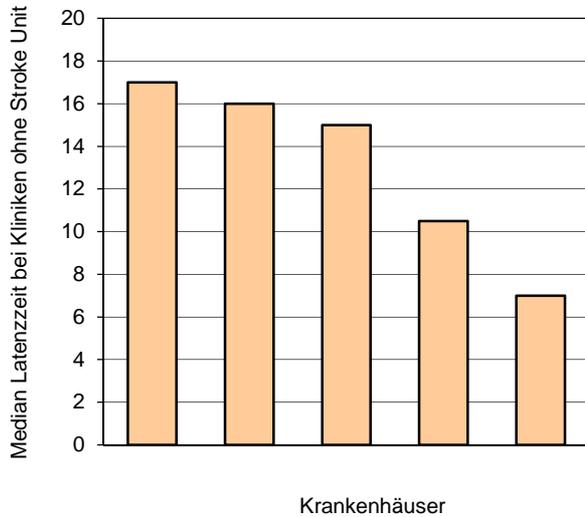
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

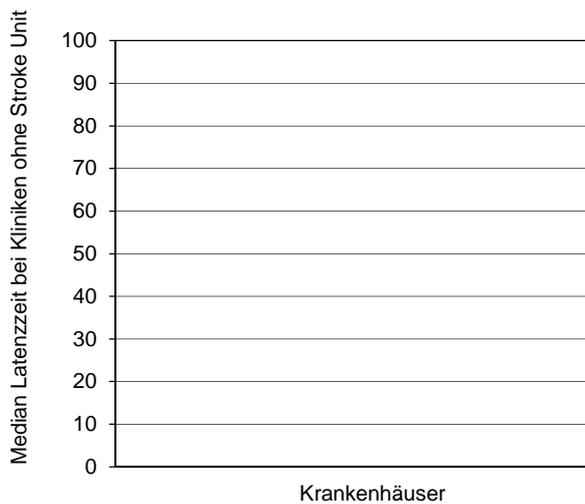
5 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,0	7,0	7,0	10,5	15,0	16,0	17,0	17,0	17,0

Krankenhäuser mit weniger als 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als einen Fall in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	-	-
2. Quartal			141	100,0	-	-
3. Quartal			0	0,0	-	-
4. Quartal			0	0,0	-	-
Gesamt			141		-	

Patienten

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			141		-	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>72,0 Jahre</i>		-	
Geschlecht						
männlich			81	57,4	-	-
weiblich			60	42,6	-	-

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			9 / 141	6,4	-	-
nein			132 / 141	93,6	-	-
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 141	0,0	-	-
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 141	0,0	-	-
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			1 / 141	0,7	-	-
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			10 / 141	7,1	-	-
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			52 / 141	36,9	-	-
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			78 / 141	55,3	-	-
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	-35,0	<i>Punkte</i>	-	
Mittelwert		<i>Punkte</i>	-37,0	<i>Punkte</i>	-	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			94 / 141	66,7	-	-
nein			47 / 141	33,3	-	-
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			11 / 141	7,8	-	-
Beatmung			3 / 141	2,1	-	-
nein			127 / 141	90,1	-	-
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			13 / 141	9,2	-	-
nein			128 / 141	90,8	-	-

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			134 / 141	95,0	-	-
Locked in			1 / 141	0,7	-	-
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			1 / 141	0,7	-	-
Patient im Minimal Conscious State			1 / 141	0,7	-	-
Patient komatös			4 / 141	2,8	-	-
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			36 / 141	25,5	-	-
nein			67 / 141	47,5	-	-
nicht beurteilbar			38 / 141	27,0	-	-
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			72 / 141	51,1	-	-
nein			65 / 141	46,1	-	-
nicht beurteilbar			4 / 141	2,8	-	-
Neglect bei Aufnahme						
nein			69 / 141	48,9	-	-
mäßig			30 / 141	21,3	-	-
schwer			35 / 141	24,8	-	-
nicht beurteilbar			7 / 141	5,0	-	-

Therapie

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			7 / 141	5,0	-	-
RR <= 140/85 mmHg			134 / 141	95,0	-	-

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			123 / 141	87,2	-	-
nein			18 / 141	12,8	-	-
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
Früherer Schlaganfall			21 / 123	17,1	-	-
Diabetes mellitus			27 / 123	22,0	-	-
Arterielle Hypertonie			107 / 123	87,0	-	-
Vorhofflimmern			44 / 123	35,8	-	-
Dekubitus >= Grad 2			0 / 123	0,0	-	-
Dialysepflicht			0 / 123	0,0	-	-
MRE			12 / 123	9,8	-	-
Isolationspflicht			11 / 123	8,9	-	-
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			13 / 123	10,6	-	-
COPD Grad III oder IV			6 / 123	4,9	-	-

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			127 / 141	90,1	-	-
nein			14 / 141	9,9	-	-
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
naso/orotrachealer Tubus			3 / 127	2,4	-	-
suprapubischer Blasen- katheter			3 / 127	2,4	-	-
transurethraler Blasen-katheter			108 / 127	85,0	-	-
nasogastrale Sonde			48 / 127	37,8	-	-
PEG/PEJ			9 / 127	7,1	-	-
zentraler Venenkatheter			7 / 127	5,5	-	-
peripherer Venenkatheter			64 / 127	50,4	-	-

Komplikationen

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			70 / 141	49,6	-	-
nein			71 / 141	50,4	-	-
wenn ja: <i>(Mehrfachnennungen sind möglich)</i>						
Sturz mit Fraktur			1 / 70	1,4	-	-
Delir oder Psychose			17 / 70	24,3	-	-
Pneumonie			17 / 70	24,3	-	-
Tracheobronchitis			5 / 70	7,1	-	-
infektiöse Gastroenteritis			4 / 70	5,7	-	-
Sepsis/SIRS			2 / 70	2,9	-	-
Thrombose			1 / 70	1,4	-	-
Lungenembolie			0 / 70	0,0	-	-
Re-Infarkt			2 / 70	2,9	-	-
Re-Blutung			2 / 70	2,9	-	-
Myokardinfarkt			0 / 70	0,0	-	-
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			7 / 70	10,0	-	-
akutes Nierenversagen			7 / 70	10,0	-	-
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			2 / 70	2,9	-	-
funktionelle beeinträchtigung						
gunde Kontrakturen			0 / 70	0,0	-	-
epileptischer Anfall			3 / 70	4,3	-	-
klinisch relevante Blutung			2 / 70	2,9	-	-
schmerzhafte Schulter			11 / 70	15,7	-	-
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			19 / 70	27,1	-	-
Dekubitus			2 / 70	2,9	-	-
Reanimationspflichtigkeit			1 / 70	1,4	-	-

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			0 / 135	0,0	-	-
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			2 / 135	1,5	-	-
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			8 / 135	5,9	-	-
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			41 / 135	30,4	-	-
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			70 / 135	51,9	-	-
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			14 / 135	10,4	-	-
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 135	0,0	-	-
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>	-	-
Mittelwert		<i>Punkte</i>	20,3	<i>Punkte</i>	-	-
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			88 / 135	65,2	-	-
ja			18 / 88	20,5	-	-
nein			70 / 88	79,5	-	-
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			21 / 135	15,6	-	-
ja			2 / 21	9,5	-	-
nein			19 / 21	90,5	-	-
Mobil bei Entlassung						
ja			59 / 135	43,7	-	-
nein			76 / 135	56,3	-	-

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			73 / 135	54,1	-	-
ja			27 / 73	37,0	-	-
nein			46 / 73	63,0	-	-
nicht beurteilbar			0 / 73	0,0	-	-
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			46 / 135	34,1	-	-
ja			16 / 46	34,8	-	-
nein			25 / 46	54,3	-	-
nicht beurteilbar			5 / 46	10,9	-	-
Neglect bei Entlassung						
nein			85 / 135	63,0	-	-
mäßig			38 / 135	28,1	-	-
schwer			9 / 135	6,7	-	-
nicht beurteilbar			3 / 135	2,2	-	-

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			56 / 135	41,5	-	-
nein			79 / 135	58,5	-	-
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 56	0,0	-	-
suprapubischer Blasenkatheter			4 / 56	7,1	-	-
transurethraler Blasenkatheter			48 / 56	85,7	-	-
nasogastrale Sonde			0 / 56	0,0	-	-
PEG/PEJ			25 / 56	44,6	-	-
zentraler Venenkatheter			0 / 56	0,0	-	-
peripherer Venenkatheter			2 / 56	3,6	-	-
Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?						
ja			3 / 141	2,1	-	-
nein			3 / 141	2,1	-	-
Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung						
ja			3 / 141	2,1	-	-
nein			3 / 141	2,1	-	-
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten						
ja			18 / 141	12,8	-	-
nein			123 / 141	87,2	-	-
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		36,0 Tage		-

Entlassungsart

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			15 / 141	10,6	-	-
Frührephase C			68 / 141	48,2	-	-
Frührephase D			6 / 141	4,3	-	-
Frührephase F			1 / 141	0,7	-	-
Pflegeeinrichtung/Heim			31 / 141	22,0	-	-
Hospiz			1 / 141	0,7	-	-
Tod			6 / 141	4,3	-	-
Verlegung eines Patienten in eine Akutstation (intern/extern)			13 / 141	9,2	-	-

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.

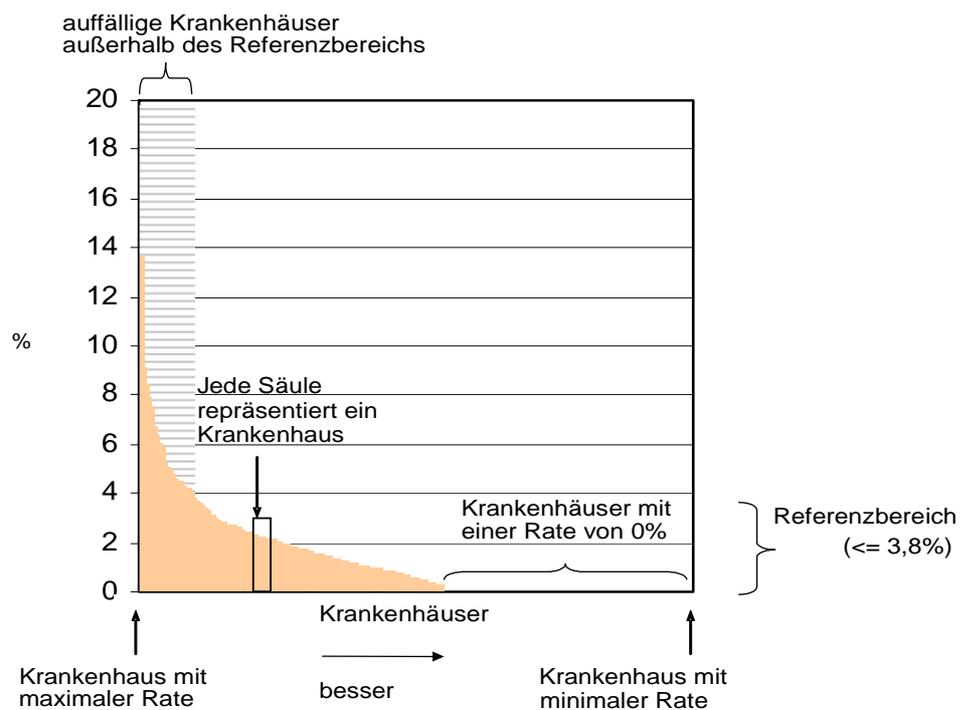
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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