

Jahresauswertung 2018
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 7
Anzahl Datensätze Gesamt: 802
Datensatzversion: FREHA_HH 2018 2.1
Datenbankstand: 04. Februar 2019
2018 - D17618-L111845-P53424

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 I. - IV. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			88,9%	nicht definiert	5
2018/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			69,5%	nicht definiert	7
2018/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			66,0%	nicht definiert	9
2018/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			54,2%	nicht definiert	11
2018/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			44,1%	nicht definiert	13
2018/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			53,2%	nicht definiert	15
2018/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			22,3%	nicht definiert	17

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/FREHA_HH/151130 QI 8: Dekanülierung			66,3%	nicht definiert	19
2018/FREHA_HH/151131 QI 9: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung			1,3%	nicht definiert	21
2018/FREHA_HH/151132 QI 10: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung			8,2%	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			10,0 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		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			674 / 758	88,9%
Vertrauensbereich				86,5% - 91,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

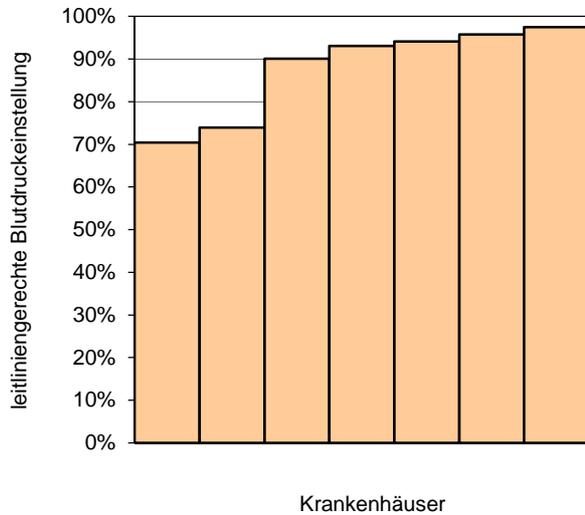
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			535 / 644	83,1%
Vertrauensbereich				79,9% - 85,9%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

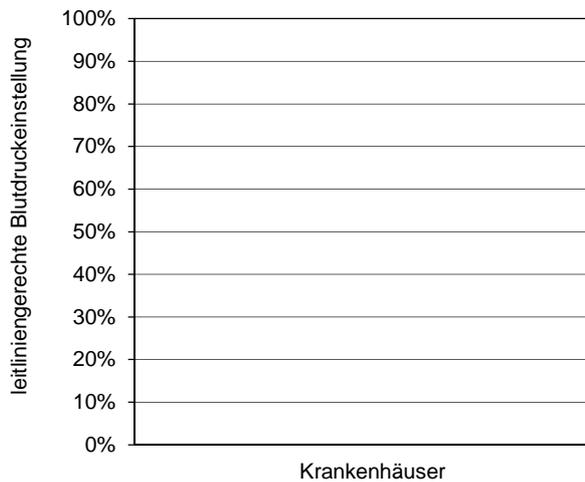
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,4	70,4	70,4	73,9	93,1	95,7	97,5	97,5	97,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	364 / 524	69,5% 65,3% - 73,4% nicht definiert

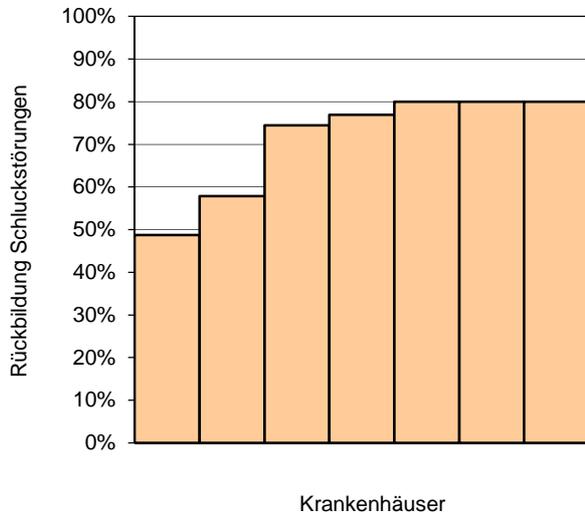
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			296 / 432	68,5% 63,9% - 72,9%

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:

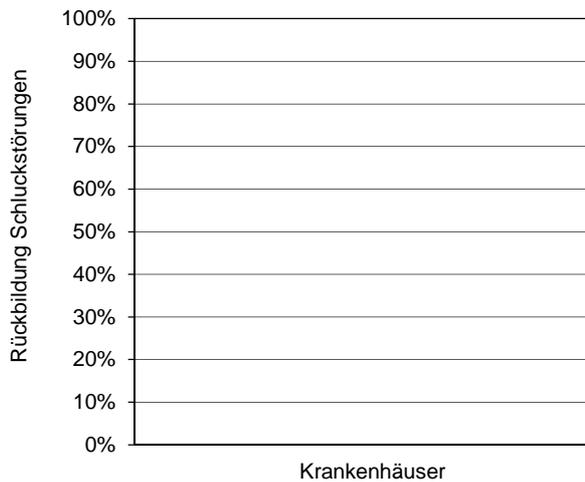
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,7	48,7	48,7	57,8	76,9	80,0	80,0	80,0	80,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich Referenzbereich			138 / 209	66,0% 59,2% - 72,4% nicht definiert

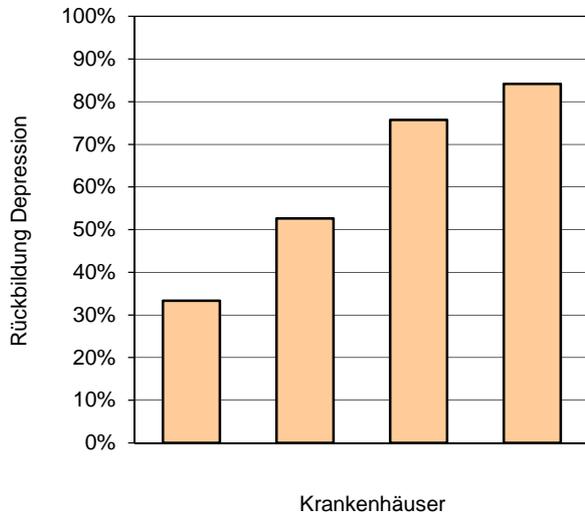
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich			79 / 159	49,7% 41,7% - 57,7%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

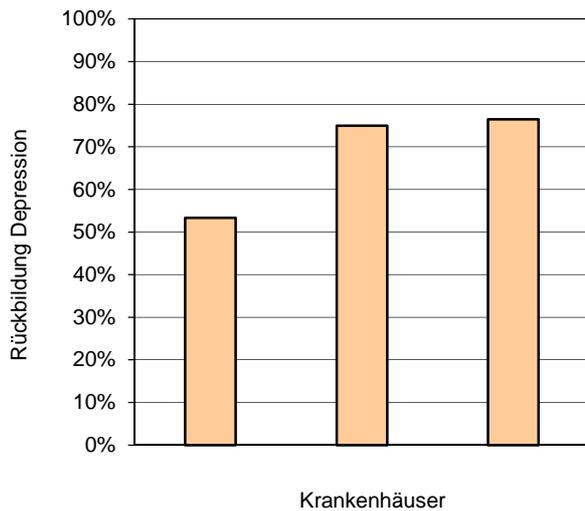
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	43,0	64,2	80,0	84,2	84,2	84,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,3	53,3	53,3	53,3	75,0	76,5	76,5	76,5	76,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung

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

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

Indikator-ID: 2018/FREHA_HH/151127

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			228 / 421	54,2%
Vertrauensbereich				49,3% - 59,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

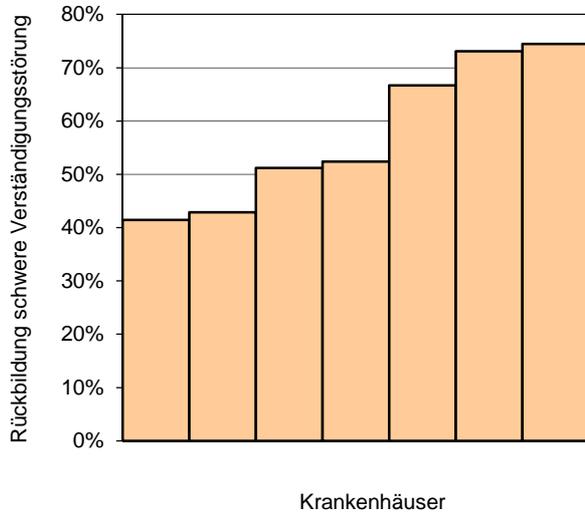
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			168 / 281	59,8%
Vertrauensbereich				53,8% - 65,6%

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:

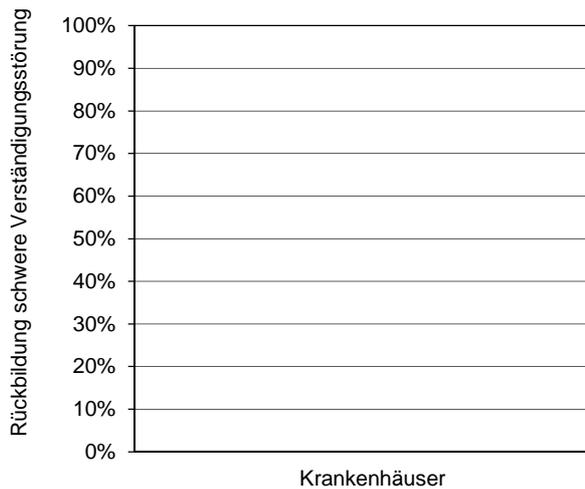
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	41,5	41,5	41,5	42,9	52,4	73,1	74,5	74,5	74,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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		Gesamt 2018	
	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)			309 / 700	44,1%
Vertrauensbereich				40,4% - 47,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

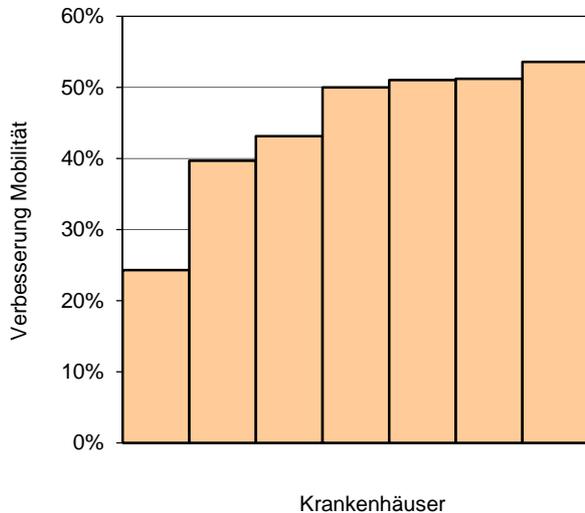
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			236 / 614	38,4%
Vertrauensbereich				34,6% - 42,4%

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:

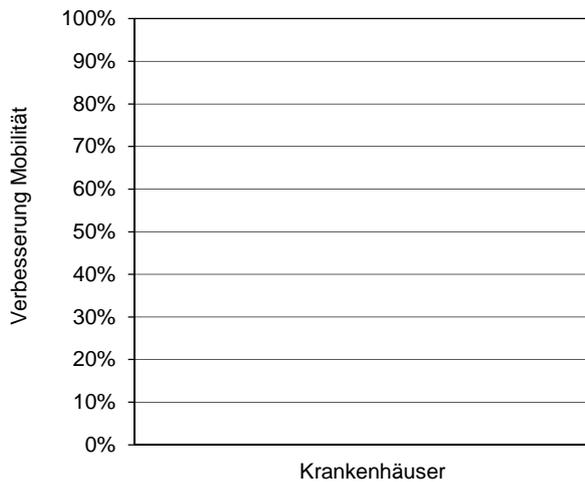
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,3	24,3	24,3	39,7	50,0	51,2	53,6	53,6	53,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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

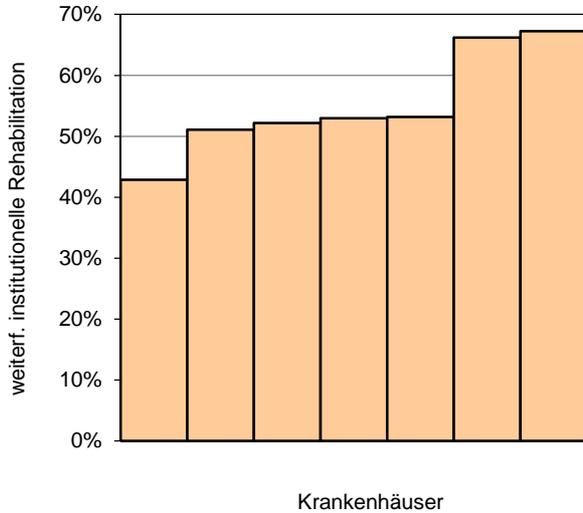
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			403 / 758	53,2%
Vertrauensbereich				49,5% - 56,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

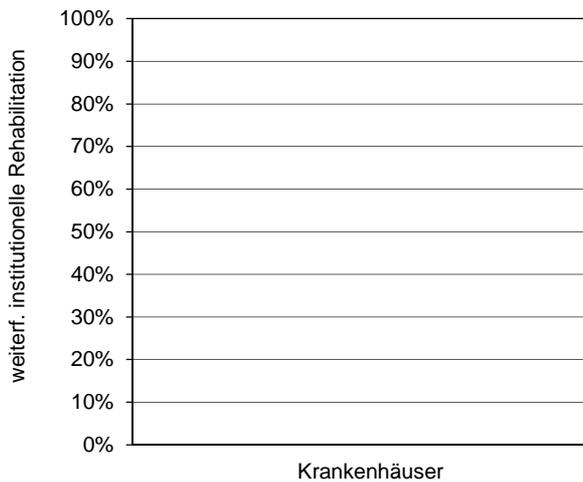
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,9	42,9	42,9	51,1	52,9	66,2	67,2	67,2	67,2

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Pulmonale Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten mit pulmonalen Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2018/FREHA_HH/151129

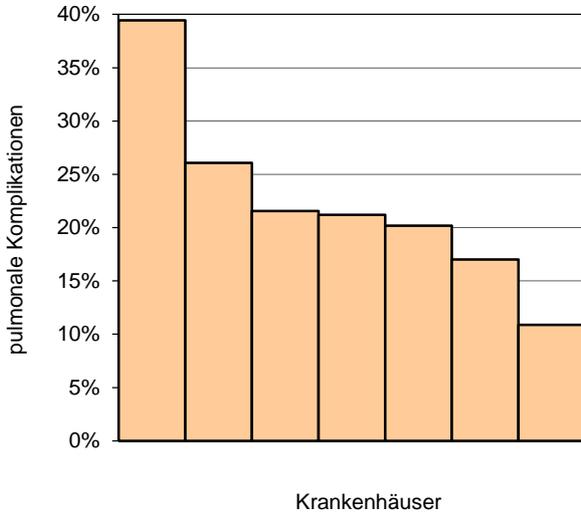
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			169 / 758	22,3%
Vertrauensbereich				19,4% - 25,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

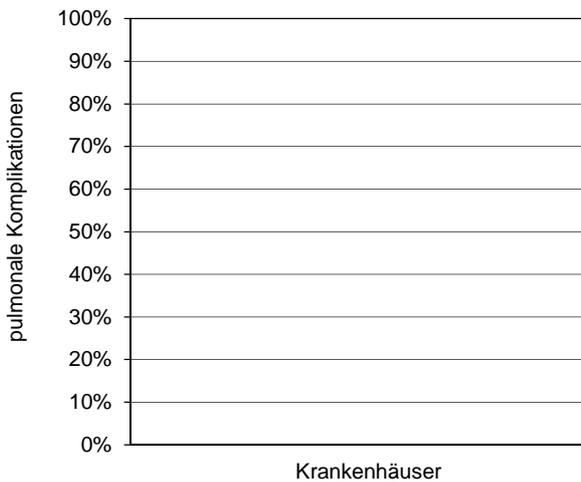
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,9	10,9	10,9	17,0	21,2	26,1	39,4	39,4	39,4

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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

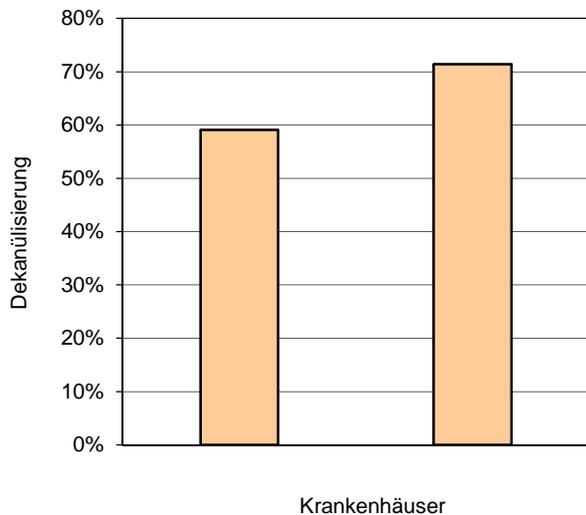
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			65 / 98	66,3%
Vertrauensbereich				56,0% - 75,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

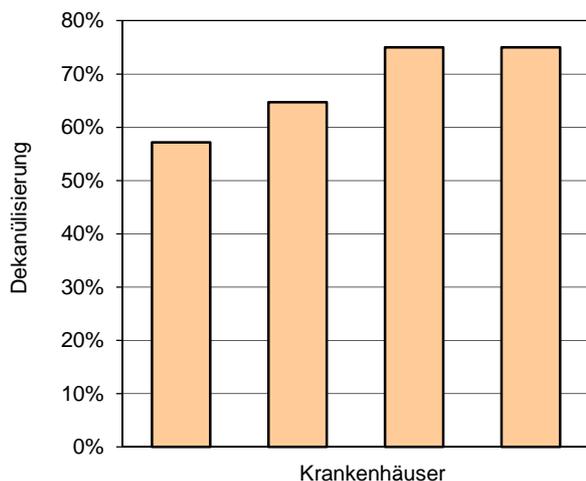
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151130]:
Anteil von Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung an allen Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme, außer Entlassungsgrund Tod**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	59,1	59,1	59,1	59,1	65,3	71,4	71,4	71,4	71,4

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
	57,1	57,1	57,1	60,9	69,9	75,0	75,0	75,0	75,0

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		Gesamt 2018	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			9 / 692	1,3%
Vertrauensbereich				0,6% - 2,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

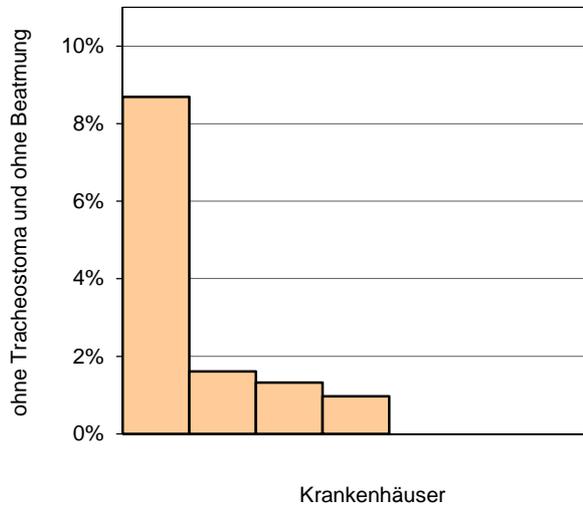
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			2 / 608	0,3%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,2%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

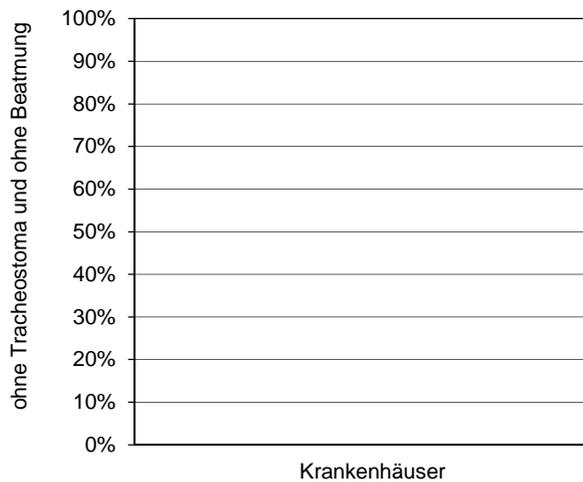
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,6	8,7	8,7	8,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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		Gesamt 2018	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			9 / 110	8,2%
Vertrauensbereich				3,8% - 15,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

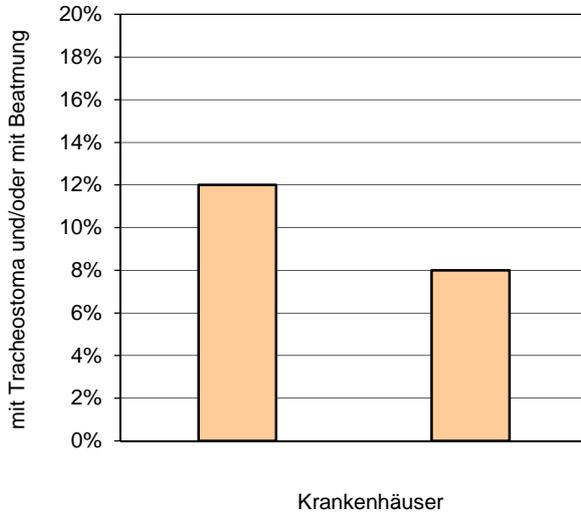
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			4 / 65	6,2%
Vertrauensbereich				1,6% - 15,1%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

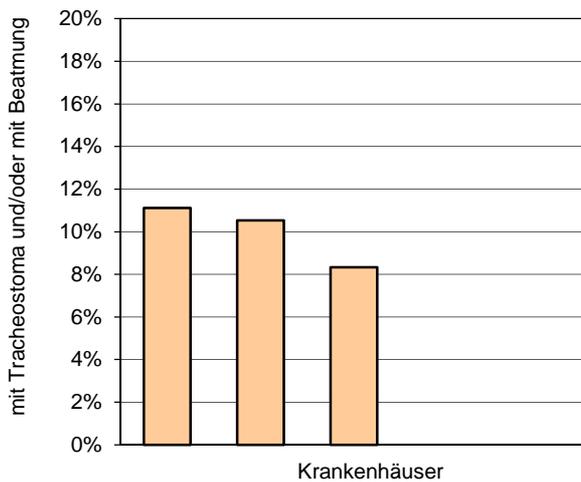
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,0	8,0	8,0	8,0	10,0	12,0	12,0	12,0	12,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	10,5	11,1	11,1	11,1

0 Krankenhäuser haben 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		Gesamt 2018	
	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			484	
1 bis 5 Tage			65 / 484	13,4%
6 bis 10 Tage			141 / 484	29,1%
11 bis 15 Tage			85 / 484	17,6%
16 bis 20 Tage			42 / 484	8,7%
21 bis 25 Tage			34 / 484	7,0%
26 bis 30 Tage			16 / 484	3,3%
31 bis 35 Tage			17 / 484	3,5%
36 bis 40 Tage			10 / 484	2,1%
41 bis 45 Tage			2 / 484	0,4%
Median				10,0 Tage
Mittelwert				15,3 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			318	
1 bis 5 Tage			22 / 318	6,9%
6 bis 10 Tage			74 / 318	23,3%
11 bis 15 Tage			47 / 318	14,8%
16 bis 20 Tage			51 / 318	16,0%
21 bis 25 Tage			35 / 318	11,0%
26 bis 30 Tage			11 / 318	3,5%
31 bis 35 Tage			12 / 318	3,8%
36 bis 40 Tage			8 / 318	2,5%
41 bis 45 Tage			5 / 318	1,6%
Median				15,0 Tage
Mittelwert				24,4 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert

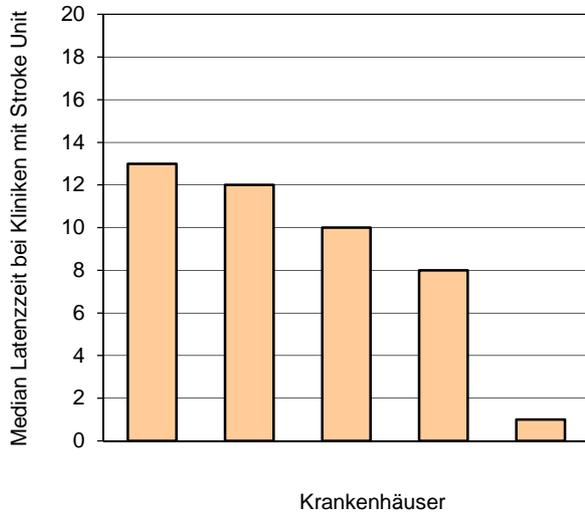
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median				10,0 Tage
Mittelwert				14,2 Tage
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median				29,0 Tage
Mittelwert				29,0 Tage

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

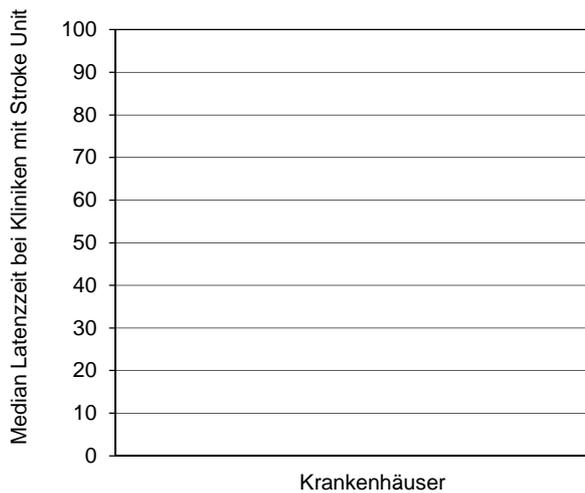
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,0	1,0	1,0	8,0	10,0	12,0	13,0	13,0	13,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

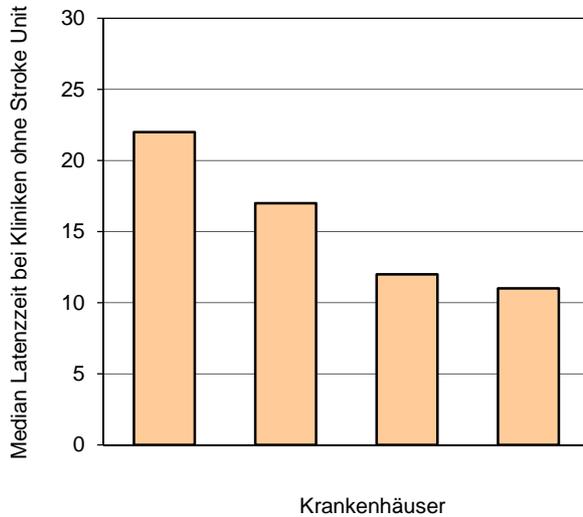
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2018/FREHA_HH/151200]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

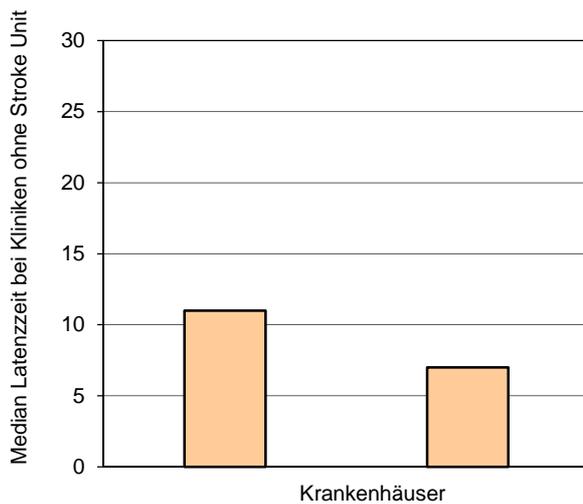
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,0	11,0	11,0	11,5	14,5	19,5	22,0	22,0	22,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,0	7,0	7,0	7,0	9,0	11,0	11,0	11,0	11,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			217	27,1	175	26,0
2. Quartal			206	25,7	184	27,3
3. Quartal			222	27,7	182	27,0
4. Quartal			157	19,6	132	19,6
Gesamt			802		673	

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			802		673	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>72,0 Jahre</i>		<i>74,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			454	56,6	372	55,3
weiblich			348	43,4	301	44,7

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			59 / 802	7,4	30 / 673	4,5
nein			743 / 802	92,6	643 / 673	95,5
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			2 / 802	0,2	0 / 673	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 802	0,0	0 / 673	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			1 / 802	0,1	5 / 673	0,7
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			48 / 802	6,0	47 / 673	7,0
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			267 / 802	33,3	213 / 673	31,6
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			484 / 802	60,3	408 / 673	60,6
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	<i>-40,0 Punkte</i>		<i>0,0 Punkte</i>	
Mittelwert		<i>Punkte</i>	<i>-54,3 Punkte</i>		<i>-30,8 Punkte</i>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			561 / 802	70,0	459 / 673	68,2
nein			241 / 802	30,0	214 / 673	31,8
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			63 / 802	7,9	49 / 673	7,3
Beatmung			47 / 802	5,9	16 / 673	2,4
nein			692 / 802	86,3	608 / 673	90,3
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			107 / 802	13,3	64 / 673	9,5
nein			695 / 802	86,7	609 / 673	90,5

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			741 / 802	92,4	590 / 673	87,7
Locked in			3 / 802	0,4	3 / 673	0,4
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			20 / 802	2,5	24 / 673	3,6
Patient im Minimal Conscious State			10 / 802	1,2	31 / 673	4,6
Patient komatös			28 / 802	3,5	25 / 673	3,7
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			213 / 802	26,6	163 / 673	24,2
nein			384 / 802	47,9	334 / 673	49,6
nicht beurteilbar			205 / 802	25,6	176 / 673	26,2
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			445 / 802	55,5	301 / 673	44,7
nein			327 / 802	40,8	341 / 673	50,7
nicht beurteilbar			30 / 802	3,7	31 / 673	4,6
Neglect bei Aufnahme						
nein			340 / 802	42,4	303 / 673	45,0
mäßig			182 / 802	22,7	152 / 673	22,6
schwer			187 / 802	23,3	149 / 673	22,1
nicht beurteilbar			93 / 802	11,6	69 / 673	10,3

Therapie

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			89 / 802	11,1	113 / 673	16,8
RR <= 140/85 mmHg			713 / 802	88,9	560 / 673	83,2

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			719 / 802	89,7	608 / 673	90,3
nein			83 / 802	10,3	65 / 673	9,7
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Früherer Schlaganfall			137 / 719	19,1	136 / 608	22,4
Diabetes mellitus			179 / 719	24,9	158 / 608	26,0
Arterielle Hypertonie			634 / 719	88,2	533 / 608	87,7
Vorhofflimmern			234 / 719	32,5	215 / 608	35,4
Dekubitus >= Grad 2			18 / 719	2,5	15 / 608	2,5
Dialysepflicht			3 / 719	0,4	6 / 608	1,0
MRE			91 / 719	12,7	39 / 608	6,4
Isolationspflicht			77 / 719	10,7	43 / 608	7,1
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			92 / 719	12,8	67 / 608	11,0
COPD Grad III oder IV			33 / 719	4,6	25 / 608	4,1

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			739 / 802	92,1	601 / 673	89,3
nein			63 / 802	7,9	72 / 673	10,7
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			12 / 739	1,6	4 / 601	0,7
suprapubischer Blasen- katheter			23 / 739	3,1	14 / 601	2,3
transurethraler Blasen- katheter			654 / 739	88,5	542 / 601	90,2
nasogastrale Sonde			275 / 739	37,2	244 / 601	40,6
PEG/PEJ			63 / 739	8,5	50 / 601	8,3
zentraler Venenkatheter			58 / 739	7,8	65 / 601	10,8
peripherer Venenkatheter			371 / 739	50,2	236 / 601	39,3

Komplikationen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			499 / 802	62,2	380 / 673	56,5
nein			303 / 802	37,8	293 / 673	43,5
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			10 / 499	2,0	6 / 380	1,6
Delir oder Psychose			142 / 499	28,5	91 / 380	23,9
Pneumonie			163 / 499	32,7	130 / 380	34,2
Tracheobronchitis			47 / 499	9,4	40 / 380	10,5
infektiöse Gastroenteritis			44 / 499	8,8	21 / 380	5,5
Sepsis/SIRS			38 / 499	7,6	17 / 380	4,5
Thrombose			9 / 499	1,8	5 / 380	1,3
Lungenembolie			6 / 499	1,2	4 / 380	1,1
Re-Infarkt			12 / 499	2,4	18 / 380	4,7
Re-Blutung			10 / 499	2,0	7 / 380	1,8
Myokardinfarkt			2 / 499	0,4	5 / 380	1,3
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			45 / 499	9,0	29 / 380	7,6
akutes Nierenversagen			28 / 499	5,6	22 / 380	5,8
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			13 / 499	2,6	9 / 380	2,4
funktionelle beeinträchti- gende Kontrakturen			8 / 499	1,6	6 / 380	1,6
epileptischer Anfall			33 / 499	6,6	33 / 380	8,7
klinisch relevante Blutung			21 / 499	4,2	16 / 380	4,2
schmerzhafte Schulter			63 / 499	12,6	29 / 380	7,6
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			164 / 499	32,9	143 / 380	37,6
Dekubitus			13 / 499	2,6	9 / 380	2,4
Reanimationspflichtigkeit			12 / 499	2,4	3 / 380	0,8

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			1 / 758	0,1	1 / 644	0,2
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			3 / 758	0,4	9 / 644	1,4
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			53 / 758	7,0	51 / 644	7,9
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			214 / 758	28,2	164 / 644	25,5
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			367 / 758	48,4	274 / 644	42,5
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			120 / 758	15,8	144 / 644	22,4
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 758	0,0	1 / 644	0,2
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	7,6	<i>Punkte</i>	14,6	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			532 / 758	70,2	435 / 644	67,5
ja			160 / 532	30,1	136 / 435	31,3
nein			372 / 532	69,9	299 / 435	68,7
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			137 / 758	18,1	96 / 644	14,9
ja			34 / 137	24,8	27 / 96	28,1
nein			103 / 137	75,2	69 / 96	71,9
Mobil bei Entlassung						
ja			360 / 758	47,5	262 / 644	40,7
nein			398 / 758	52,5	382 / 644	59,3

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung¹						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			442 / 758	58,3	298 / 644	46,3
ja			190 / 442	43,0	110 / 298	36,9
nein			249 / 442	56,3	185 / 298	62,1
nicht beurteilbar			3 / 442	0,7	3 / 298	1,0
Depressionen bei Entlassung¹						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			252 / 758	33,2	201 / 644	31,2
ja			72 / 252	28,6	76 / 201	37,8
nein			168 / 252	66,7	98 / 201	48,8
nicht beurteilbar			12 / 252	4,8	27 / 201	13,4
Neglect bei Entlassung¹						
nein			464 / 758	61,2	407 / 644	63,2
mäßig			203 / 758	26,8	174 / 644	27,0
schwer			46 / 758	6,1	35 / 644	5,4
nicht beurteilbar			45 / 758	5,9	28 / 644	4,3

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung¹						
ja			357 / 758	47,1	309 / 644	48,0
nein			391 / 758	51,6	335 / 644	52,0
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			2 / 357	0,6	1 / 309	0,3
suprapubischer Blasenkatheter			32 / 357	9,0	31 / 309	10,0
transurethraler Blasenkatheter			262 / 357	73,4	234 / 309	75,7
nasogastrale Sonde			13 / 357	3,6	7 / 309	2,3
PEG/PEJ			178 / 357	49,9	150 / 309	48,5
zentraler Venenkatheter			2 / 357	0,6	5 / 309	1,6
peripherer Venenkatheter			30 / 357	8,4	16 / 309	5,2
Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?¹						
ja			26 / 802	3,2	22 / 673	3,3
nein			18 / 802	2,2	7 / 673	1,0
Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung¹						
ja			14 / 802	1,7	4 / 673	0,6
nein			30 / 802	3,7	25 / 673	3,7
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten¹						
ja			123 / 802	15,3	95 / 673	14,1
nein			679 / 802	84,7	578 / 673	85,9
Verweildauer in Tagen¹						
Median		Tage		41,0 Tage		36,0 Tage

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Entlassungsart

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			67 / 802	8,4	38 / 673	5,6
Frührephase C			379 / 802	47,3	361 / 673	53,6
Frührephase D			15 / 802	1,9	17 / 673	2,5
Frührephase F			9 / 802	1,1	7 / 673	1,0
Pflegeeinrichtung/Heim			207 / 802	25,8	178 / 673	26,4
Hospiz			6 / 802	0,7	4 / 673	0,6
Tod			44 / 802	5,5	29 / 673	4,3
Verlegung eines Patienten in eine Akutstation (intern/extern)			75 / 802	9,4	39 / 673	5,8

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ 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.

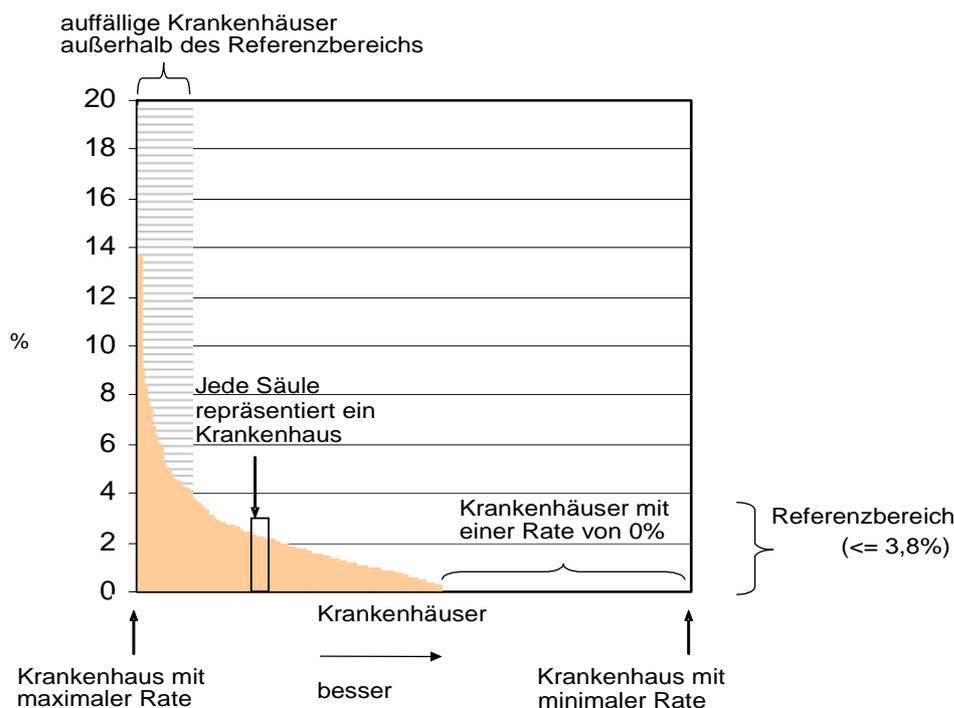
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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