

Jahresauswertung 2019
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 7
Anzahl Datensätze Gesamt: 719
Datensatzversion: FREHA_HH 2019 2.0
Datenbankstand: 03. Februar 2020
2019 - D18078-L115449-P54429

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 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

Damit auch die Überlieger in die Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen einfließen, erfolgt die Berechnung der Grundgesamtheit für die Patienten, die in 2019 im I. - IV. Quartal entlassen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2018 im I. - IV. Quartal stationär aufgenommen wurden. Daher sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			73,4%	nicht definiert	5
2019/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			67,7%	nicht definiert	7
2019/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			61,4%	nicht definiert	9
2019/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			48,7%	nicht definiert	11
2019/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			40,5%	nicht definiert	13
2019/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			48,4%	nicht definiert	15
2019/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			18,3%	nicht definiert	17

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/FREHA_HH/151130 QI 8: Dekanülierung			67,9%	nicht definiert	19
2019/FREHA_HH/151131 QI 9: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung			0,3%	nicht definiert	21
2019/FREHA_HH/151132 QI 10: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung			10,0%	nicht definiert	23
QI 11: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen)					
2019/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			9,0 Tage	nicht definiert	25
2019/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: 2019/FREHA_HH/151124

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			497 / 677	73,4%
Vertrauensbereich				69,9% - 76,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

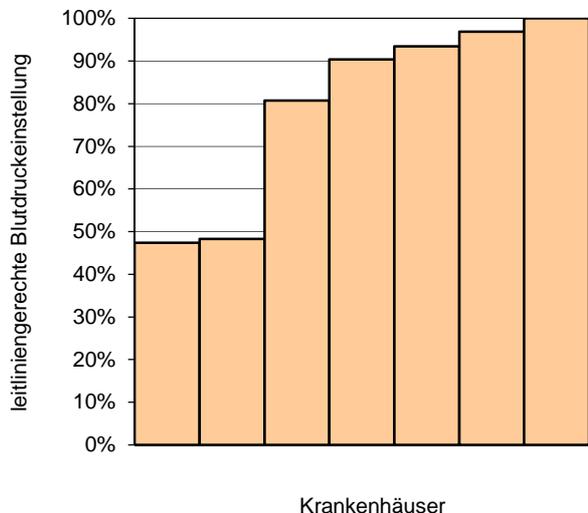
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			622 / 697	89,2%
Vertrauensbereich				86,7% - 91,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/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:

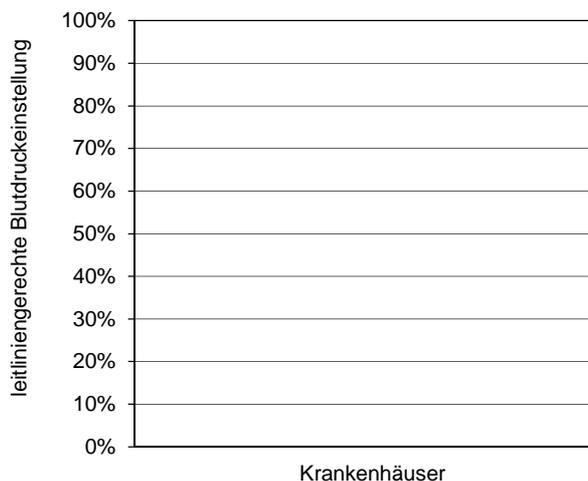
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	47,4	47,4	47,4	48,3	90,4	96,9	100,0	100,0	100,0

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 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: 2019/FREHA_HH/151125

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			314 / 464	 63,2% - 71,9% nicht definiert

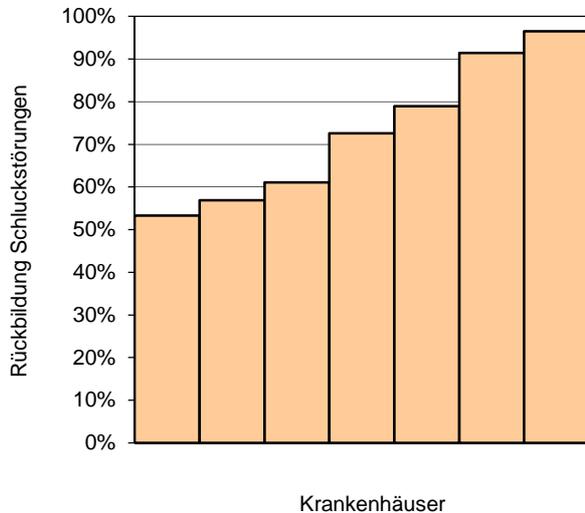
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			332 / 483	 64,4% - 72,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/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:

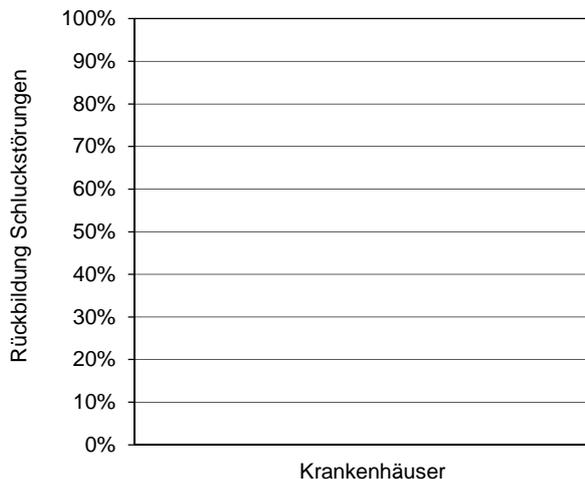
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,3	53,3	53,3	56,9	72,6	91,4	96,6	96,6	96,6

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 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: 2019/FREHA_HH/151126

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich Referenzbereich			81 / 132	61,4%
		nicht definiert		52,5% - 69,7% nicht definiert

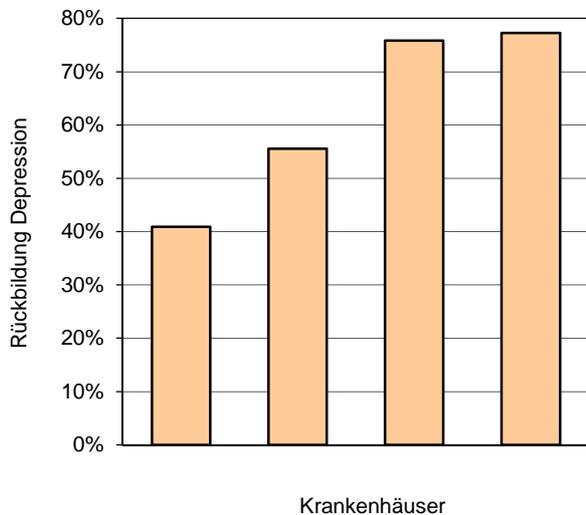
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich			128 / 194	66,0%
				58,8% - 72,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/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:

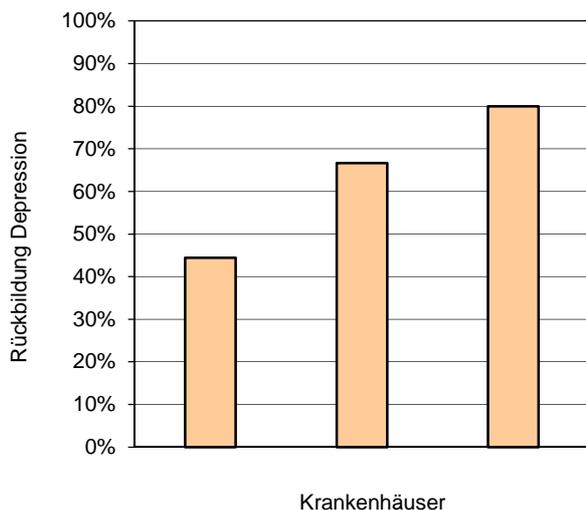
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,9	40,9	40,9	48,2	65,7	76,6	77,3	77,3	77,3

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
	44,4	44,4	44,4	44,4	66,7	80,0	80,0	80,0	80,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung

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

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

Indikator-ID: 2019/FREHA_HH/151127

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			167 / 343	48,7%
Vertrauensbereich				43,3% - 54,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

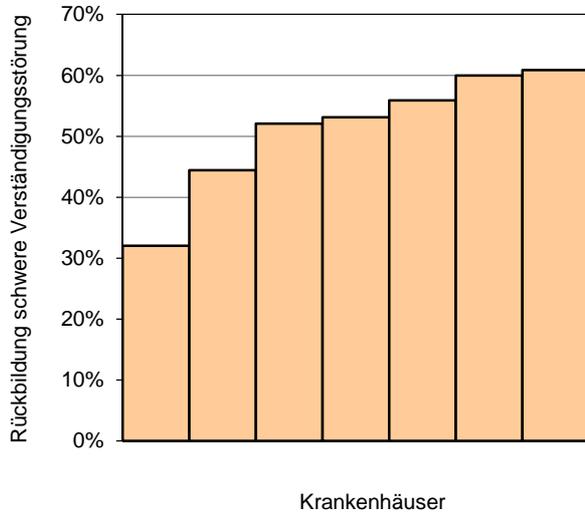
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			216 / 390	55,4%
Vertrauensbereich				50,3% - 60,4%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/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:

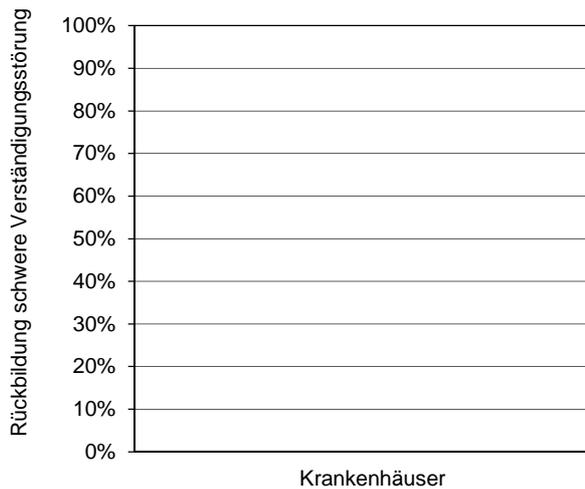
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	32,0	32,0	32,0	44,4	53,1	60,0	60,9	60,9	60,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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: 2019/FREHA_HH/151145

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	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)			259 / 640	40,5%
Vertrauensbereich				36,6% - 44,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

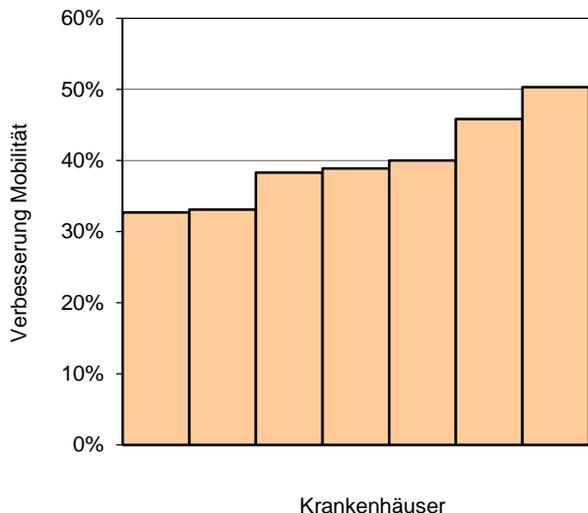
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			281 / 643	43,7%
Vertrauensbereich				39,8% - 47,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/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:

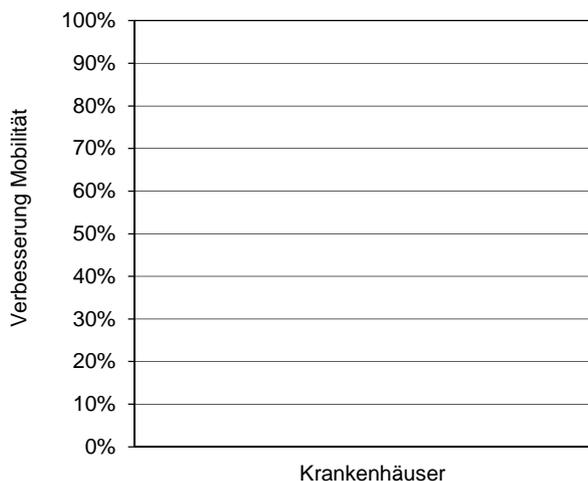
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	32,7	32,7	32,7	33,1	38,9	45,8	50,3	50,3	50,3

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: 2019/FREHA_HH/151128

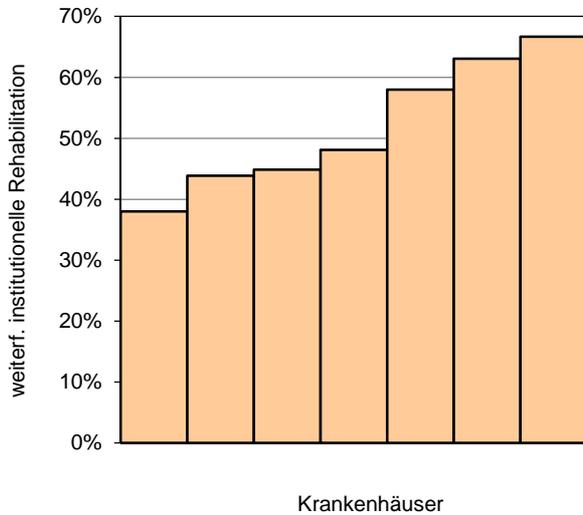
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			328 / 677	48,4%
Vertrauensbereich				44,6% - 52,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			372 / 697	53,4%
Vertrauensbereich				49,6% - 57,1%

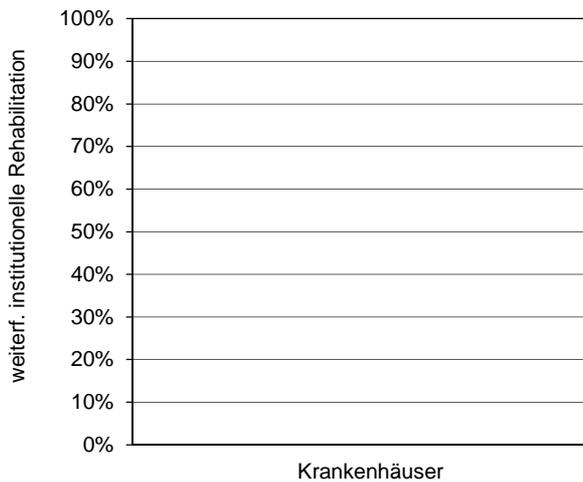
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2019/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

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
	38,0	38,0	38,0	43,8	48,1	63,0	66,7	66,7	66,7

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 7: Pulmonale Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten mit pulmonalen Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2019/FREHA_HH/151129

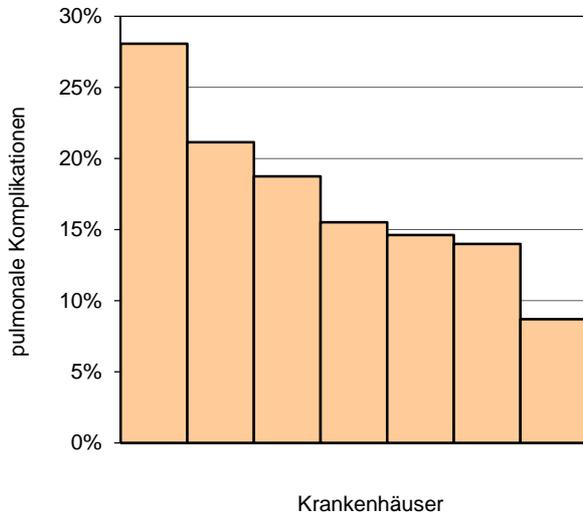
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			124 / 677	18,3%
Vertrauensbereich				15,5% - 21,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			157 / 697	22,5%
Vertrauensbereich				19,5% - 25,8%

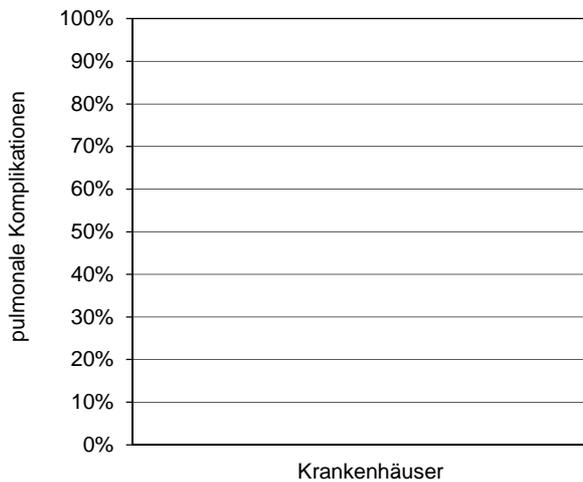
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

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
	8,7	8,7	8,7	14,0	15,5	21,2	28,1	28,1	28,1

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: 2019/FREHA_HH/151130

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			57 / 84	67,9%
Vertrauensbereich				56,7% - 77,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

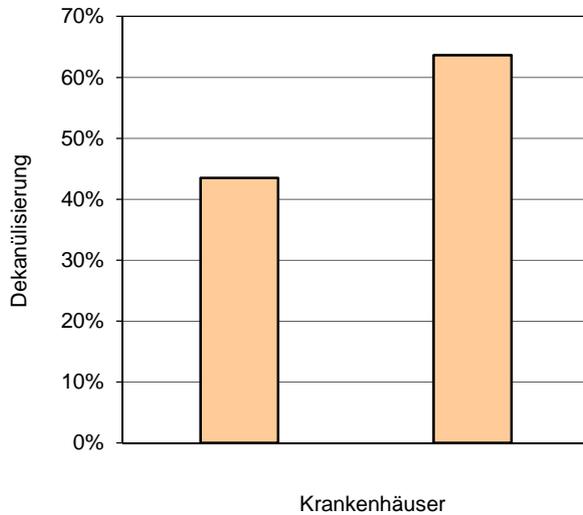
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			61 / 94	64,9%
Vertrauensbereich				54,3% - 74,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/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:

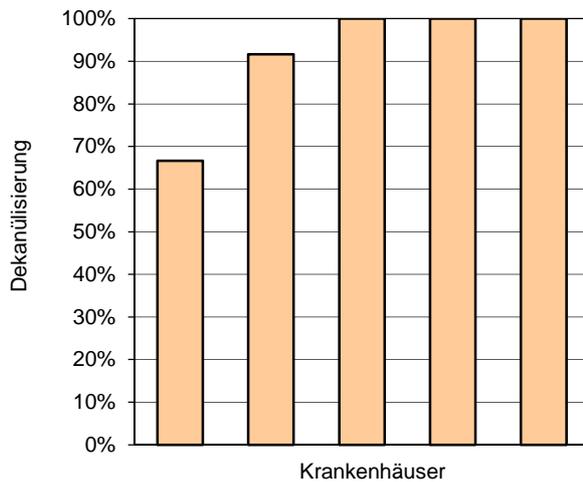
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,5	43,5	43,5	43,5	53,6	63,6	63,6	63,6	63,6

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
	66,7	66,7	66,7	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben 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: 2019/FREHA_HH/151131

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			2 / 619	0,3%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

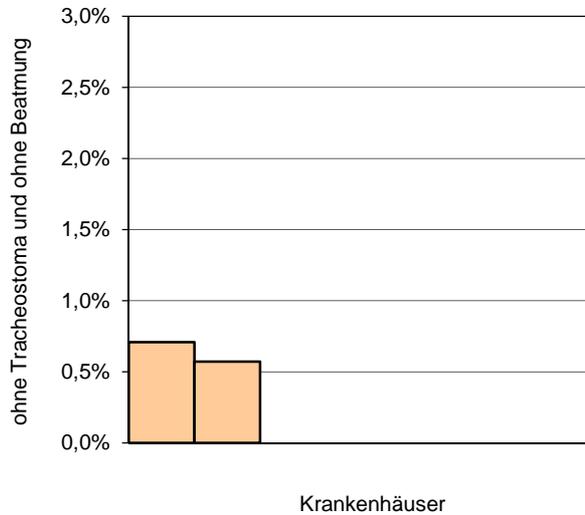
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			9 / 632	1,4%
Vertrauensbereich				0,6% - 2,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2019/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:

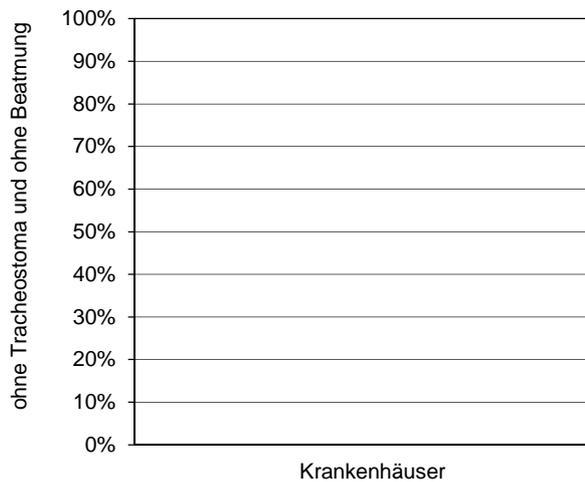
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2019/FREHA_HH/151132

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			10 / 100	10,0%
Vertrauensbereich				4,9% - 17,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

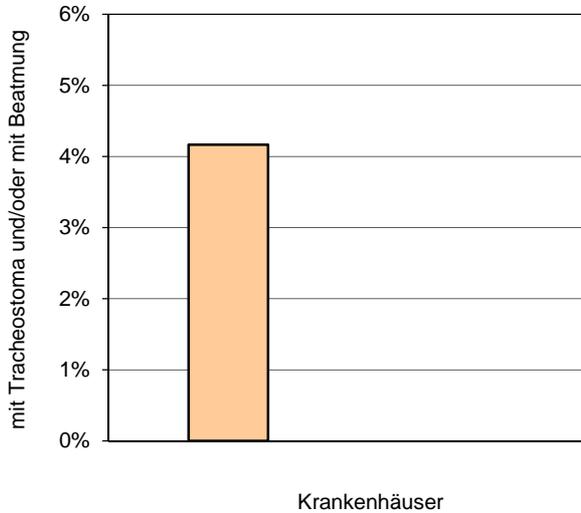
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			9 / 107	8,4%
Vertrauensbereich				3,9% - 15,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 10, Indikator-ID 2019/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:

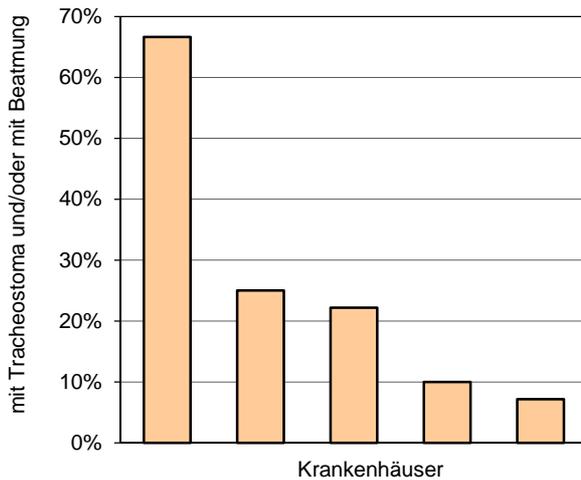
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	4,2	4,2	4,2	4,2

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
	7,1	7,1	7,1	10,0	22,2	25,0	66,7	66,7	66,7

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:	2019/FREHA_HH/151195
	Gruppe 2:	2019/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 2019		Gesamt 2019	
	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			425	
1 bis 5 Tage			57 / 425	13,4%
6 bis 10 Tage			136 / 425	32,0%
11 bis 15 Tage			85 / 425	20,0%
16 bis 20 Tage			36 / 425	8,5%
21 bis 25 Tage			18 / 425	4,2%
26 bis 30 Tage			10 / 425	2,4%
31 bis 35 Tage			7 / 425	1,6%
36 bis 40 Tage			6 / 425	1,4%
41 bis 45 Tage			9 / 425	2,1%
Median				9,0 Tage
Mittelwert				13,8 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			294	
1 bis 5 Tage			19 / 294	6,5%
6 bis 10 Tage			67 / 294	22,8%
11 bis 15 Tage			57 / 294	19,4%
16 bis 20 Tage			24 / 294	8,2%
21 bis 25 Tage			35 / 294	11,9%
26 bis 30 Tage			12 / 294	4,1%
31 bis 35 Tage			20 / 294	6,8%
36 bis 40 Tage			9 / 294	3,1%
41 bis 45 Tage			4 / 294	1,4%
Median				15,0 Tage
Mittelwert				27,6 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert

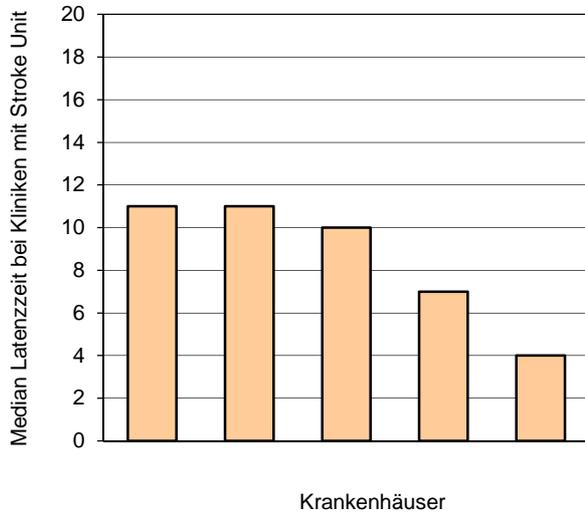
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median				10,0 Tage
Mittelwert				15,7 Tage
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median				15,0 Tage
Mittelwert				24,6 Tage

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2019/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:

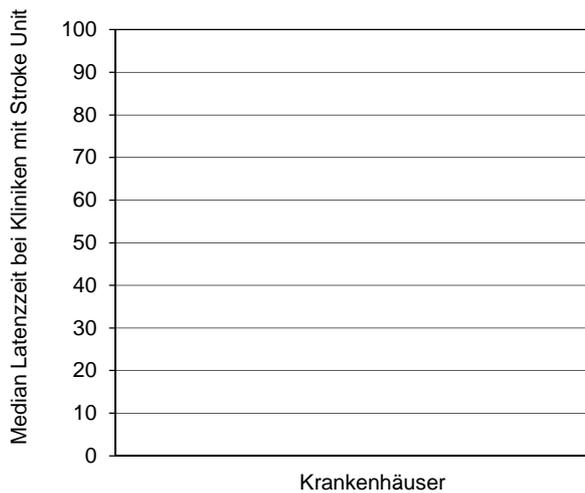
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,0	4,0	4,0	7,0	10,0	11,0	11,0	11,0	11,0

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

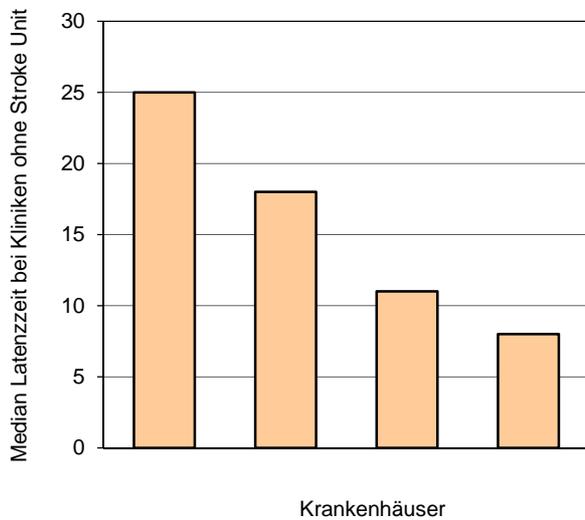
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2019/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:

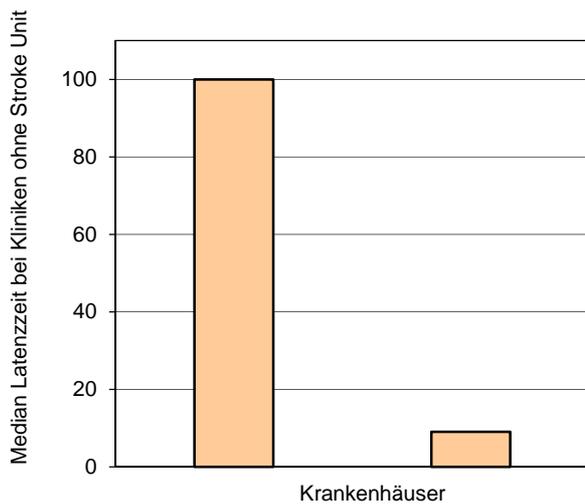
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,0	8,0	8,0	9,5	14,5	21,5	25,0	25,0	25,0

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
	9,0	9,0	9,0	9,0	54,5	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			241	33,5	216	29,2
2. Quartal			206	28,7	206	27,9
3. Quartal			197	27,4	218	29,5
4. Quartal			75	10,4	99	13,4
Gesamt			719		739	

Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			719		739	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>72,0 Jahre</i>		<i>72,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			377	52,4	424	57,4
weiblich			342	47,6	315	42,6

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			38 / 719	5,3	55 / 739	7,4
nein			681 / 719	94,7	684 / 739	92,6
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 719	0,0	2 / 739	0,3
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 719	0,0	0 / 739	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			2 / 719	0,3	1 / 739	0,1
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			41 / 719	5,7	44 / 739	6,0
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			228 / 719	31,7	247 / 739	33,4
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			448 / 719	62,3	445 / 739	60,2
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	-35,0	<i>Punkte</i>	-40,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	-53,2	<i>Punkte</i>	-54,8	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			500 / 719	69,5	519 / 739	70,2
nein			219 / 719	30,5	220 / 739	29,8
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			63 / 719	8,8	62 / 739	8,4
Beatmung			37 / 719	5,1	45 / 739	6,1
nein			619 / 719	86,1	632 / 739	85,5
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			96 / 719	13,4	103 / 739	13,9
nein			623 / 719	86,6	636 / 739	86,1

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			658 / 719	91,5	684 / 739	92,6
Locked in			3 / 719	0,4	3 / 739	0,4
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			14 / 719	1,9	20 / 739	2,7
Patient im Minimal Conscious State			14 / 719	1,9	10 / 739	1,4
Patient komatös			30 / 719	4,2	22 / 739	3,0
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			135 / 719	18,8	198 / 739	26,8
nein			295 / 719	41,0	355 / 739	48,0
nicht beurteilbar			289 / 719	40,2	186 / 739	25,2
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			374 / 719	52,0	413 / 739	55,9
nein			311 / 719	43,3	300 / 739	40,6
nicht beurteilbar			34 / 719	4,7	26 / 739	3,5
Neglect bei Aufnahme						
nein			305 / 719	42,4	312 / 739	42,2
mäßig			166 / 719	23,1	167 / 739	22,6
schwer			152 / 719	21,1	178 / 739	24,1
nicht beurteilbar			96 / 719	13,4	82 / 739	11,1

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			640 / 719	89,0	660 / 739	89,3
nein			79 / 719	11,0	79 / 739	10,7
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
Früherer Schlaganfall			156 / 640	24,4	119 / 660	18,0
Diabetes mellitus			190 / 640	29,7	166 / 660	25,2
Arterielle Hypertonie			546 / 640	85,3	581 / 660	88,0
Vorhofflimmern			222 / 640	34,7	220 / 660	33,3
Dekubitus >= Grad 2			13 / 640	2,0	17 / 660	2,6
Dialysepflicht			4 / 640	0,6	3 / 660	0,5
MRE			70 / 640	10,9	82 / 660	12,4
Isolationspflicht			73 / 640	11,4	68 / 660	10,3
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			71 / 640	11,1	85 / 660	12,9
COPD Grad III oder IV			23 / 640	3,6	32 / 660	4,8

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			666 / 719	92,6	682 / 739	92,3
nein			53 / 719	7,4	57 / 739	7,7
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
naso/orotrachealer Tubus			13 / 666	2,0	12 / 682	1,8
suprapubischer Blasen- katheter			16 / 666	2,4	23 / 682	3,4
transurethraler Blasen-katheter			599 / 666	89,9	600 / 682	88,0
nasogastrale Sonde			241 / 666	36,2	255 / 682	37,4
PEG/PEJ			75 / 666	11,3	58 / 682	8,5
zentraler Venenkatheter			66 / 666	9,9	51 / 682	7,5
peripherer Venenkatheter			335 / 666	50,3	341 / 682	50,0

Komplikationen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			434 / 719	60,4	467 / 739	63,2
nein			285 / 719	39,6	272 / 739	36,8
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			5 / 434	1,2	9 / 467	1,9
Delir oder Psychose			121 / 434	27,9	139 / 467	29,8
Pneumonie			140 / 434	32,3	151 / 467	32,3
Tracheobronchitis			27 / 434	6,2	45 / 467	9,6
MRE im Verlauf ¹			44 / 434	10,1	-	-
infektiöse Gastroenteritis			35 / 434	8,1	41 / 467	8,8
Sepsis/SIRS			36 / 434	8,3	37 / 467	7,9
Thrombose			11 / 434	2,5	9 / 467	1,9
Lungenembolie			5 / 434	1,2	6 / 467	1,3
Re-Infarkt			8 / 434	1,8	12 / 467	2,6
Re-Blutung			11 / 434	2,5	9 / 467	1,9
Myokardinfarkt			3 / 434	0,7	2 / 467	0,4
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			30 / 434	6,9	42 / 467	9,0
akutes Nierenversagen			30 / 434	6,9	27 / 467	5,8
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			8 / 434	1,8	11 / 467	2,4
funktionelle beeinträchtigungende Kontrakturen			10 / 434	2,3	7 / 467	1,5
epileptischer Anfall			36 / 434	8,3	29 / 467	6,2
klinisch relevante Blutung			30 / 434	6,9	19 / 467	4,1
schmerzhafte Schulter			29 / 434	6,7	60 / 467	12,8
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			156 / 434	35,9	151 / 467	32,3
Dekubitus			11 / 434	2,5	13 / 467	2,8
Reanimationspflichtigkeit			14 / 434	3,2	11 / 467	2,4

¹ neuer Schlüsselwert in 2019

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			0 / 677	0,0	1 / 697	0,1
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			11 / 677	1,6	3 / 697	0,4
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			51 / 677	7,5	49 / 697	7,0
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			149 / 677	22,0	197 / 697	28,3
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			329 / 677	48,6	337 / 697	48,4
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			137 / 677	20,2	110 / 697	15,8
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 677	0,0	0 / 697	0,0
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	20,0	<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	4,5	<i>Punkte</i>	7,1	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			491 / 677	72,5	490 / 697	70,3
ja			151 / 491	30,8	151 / 490	30,8
nein			340 / 491	69,2	339 / 490	69,2
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			177 / 677	26,1	127 / 697	18,2
ja			28 / 177	15,8	34 / 127	26,8
nein			149 / 177	84,2	93 / 127	73,2
Mobil bei Entlassung						
ja			293 / 677	43,3	328 / 697	47,1
nein			384 / 677	56,7	369 / 697	52,9

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			384 / 677	56,7	408 / 697	58,5
ja			171 / 384	44,5	171 / 408	41,9
nein			206 / 384	53,6	234 / 408	57,4
nicht beurteilbar			7 / 384	1,8	3 / 408	0,7
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			215 / 677	31,8	232 / 697	33,3
ja			51 / 215	23,7	66 / 232	28,4
nein			135 / 215	62,8	155 / 232	66,8
nicht beurteilbar			29 / 215	13,5	11 / 232	4,7
Neglect bei Entlassung						
nein			436 / 677	64,4	423 / 697	60,7
mäßig			145 / 677	21,4	192 / 697	27,5
schwer			45 / 677	6,6	44 / 697	6,3
nicht beurteilbar			51 / 677	7,5	38 / 697	5,5

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			341 / 677	50,4	329 / 697	47,2
nein			336 / 677	49,6	359 / 697	51,5
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			1 / 341	0,3	2 / 329	0,6
suprapubischer Blasenkatheter			22 / 341	6,5	27 / 329	8,2
transurethraler Blasenkatheter			233 / 341	68,3	243 / 329	73,9
nasogastrale Sonde			11 / 341	3,2	12 / 329	3,6
PEG/PEJ			167 / 341	49,0	160 / 329	48,6
zentraler Venenkatheter			9 / 341	2,6	2 / 329	0,6
peripherer Venenkatheter			18 / 341	5,3	28 / 329	8,5
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung¹						
RR > 140/85 mmHg			60 / 677	8,9	75 / 697	10,8
RR <= 140/85 mmHg			497 / 677	73,4	622 / 697	89,2
Entlassungsgrund Tod ohne Tracheostoma und ohne Beatmung?						
ja			29 / 719	4,0	24 / 739	3,2
nein			13 / 719	1,8	18 / 739	2,4
Entlassungsgrund Tod mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung						
ja			11 / 719	1,5	14 / 739	1,9
nein			31 / 719	4,3	28 / 739	3,8
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten						
ja			126 / 719	17,5	113 / 739	15,3
nein			593 / 719	82,5	626 / 739	84,7
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		43,0 Tage		41,0 Tage

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Entlassungsart

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			79 / 719	11,0	61 / 739	8,3
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			293 / 719	40,8	348 / 739	47,1
Phase D - Anschlussheilbe- handlung (AHB)			16 / 719	2,2	15 / 739	2,0
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			19 / 719	2,6	9 / 739	1,2
Pflegeeinrichtung/Heim			204 / 719	28,4	188 / 739	25,4
Hospiz			4 / 719	0,6	6 / 739	0,8
Tod			42 / 719	5,8	42 / 739	5,7
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			62 / 719	8,6	70 / 739	9,5

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 2019.

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 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 2018 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 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.

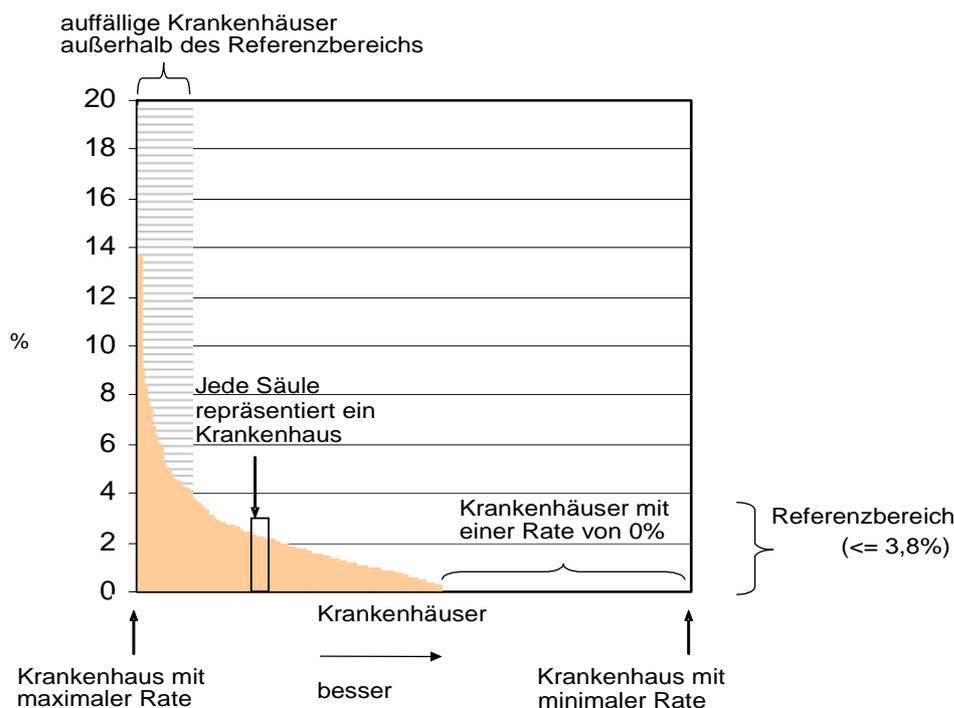
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf

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