

Jahresauswertung 2020
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 8
Anzahl Datensätze: 739
Datensatzversion: FREHA_HH 2020 2.1
Datenbankstand: 02. Februar 2021
2020 - D18520-L118625-P55443

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

In die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und Basiskennzahlen fließen für die Auswertung im I. - IV. Quartal 2020 die Patienten ein, deren Entlassung im I. - IV. Quartal 2020 stattgefunden hat.

Analog zu dem aktuellen Auswertungsjahr fließen für die Berechnung der Vorjahresdaten die Patienten ein, deren Entlassung im I. - IV. Quartal 2019 stattgefunden hat.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2020/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			92,0%	>= 48,0%	6
2020/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			71,5%	>= 57,0%	8
2020/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			53,8%	nicht definiert	10
2020/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			58,4%	>= 44,0%	12
2020/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			43,0%	>= 33,0%	14
2020/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			54,6%	>= 44,0%	16
2020/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			19,7%	<= 21,0%	18

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2020/FREHA_HH/151131 QI 8: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung			93,3%	nicht definiert	20
2020/FREHA_HH/151132 QI 9: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung			93,6%	nicht definiert	22
QI 10: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen)					
2020/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			8,0 Tage	nicht definiert	24
2020/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			14,0 Tage	nicht definiert	24

Übersicht Kennzahlen

Kennzahlen	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2020/FREHA_HH/151130 Kennzahl 1: Dekanülierung			57,1%	nicht definiert	28

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: 2020/FREHA_HH/151124

Referenzbereich: $\geq 48,0\%$

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			635 / 690	92,0%
Vertrauensbereich				89,7% - 93,9%
Referenzbereich		$\geq 48,0\%$		$\geq 48,0\%$

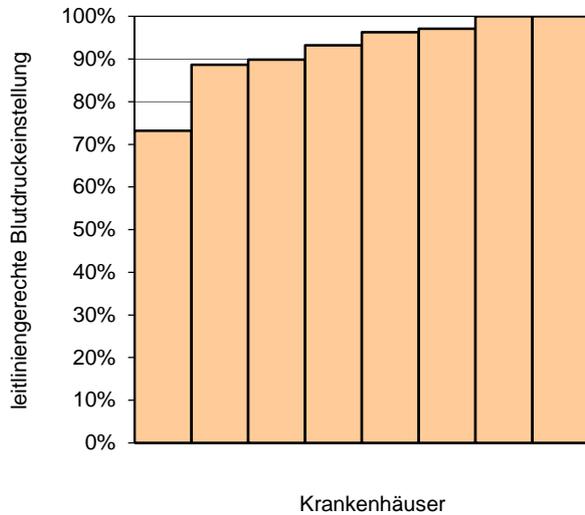
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			497 / 677	73,4%
Vertrauensbereich				69,9% - 76,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2020/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:

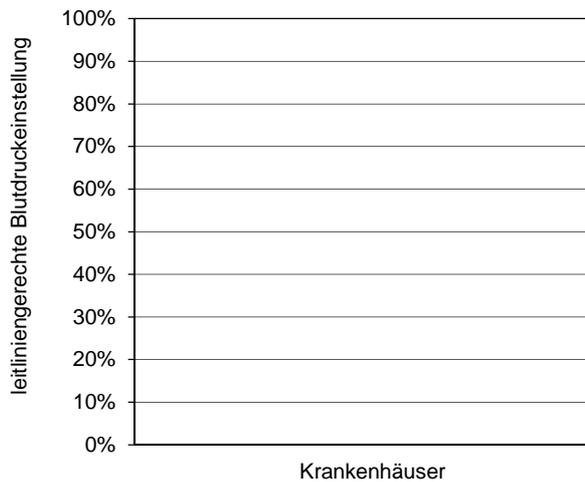
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,2	73,2	73,2	89,3	94,8	98,6	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: 2020/FREHA_HH/151125

Referenzbereich: >= 57,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			324 / 453	71,5% 67,1% - 75,6% >= 57,0%

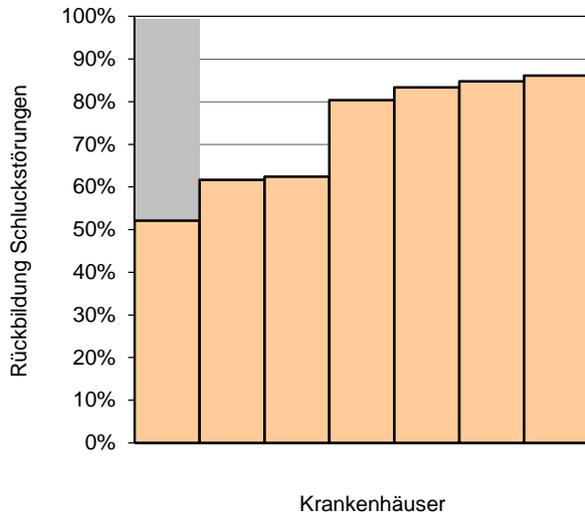
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			314 / 464	67,7% 63,2% - 71,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2020/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:

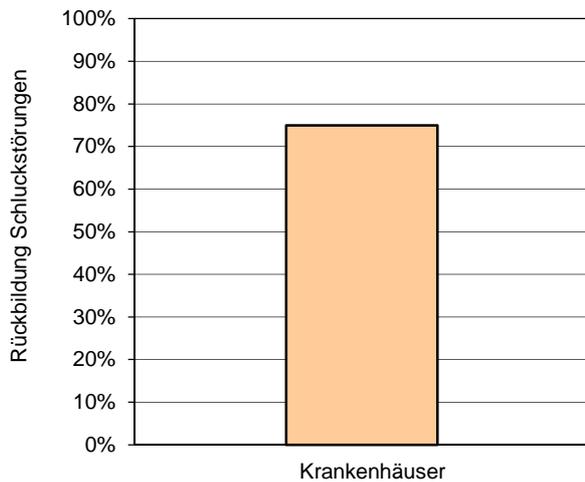
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,1	52,1	52,1	61,6	80,4	84,7	86,2	86,2	86,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2020/FREHA_HH/151126

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich Referenzbereich			56 / 104	53,8% 43,8% - 63,7%
		nicht definiert		nicht definiert

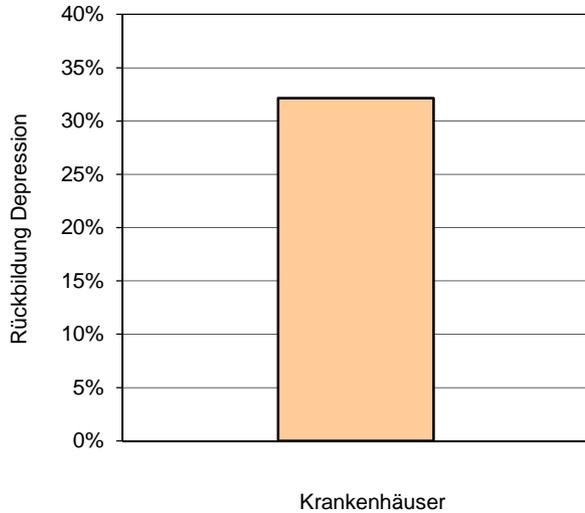
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte) Vertrauensbereich			81 / 132	61,4% 52,5% - 69,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2020/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:

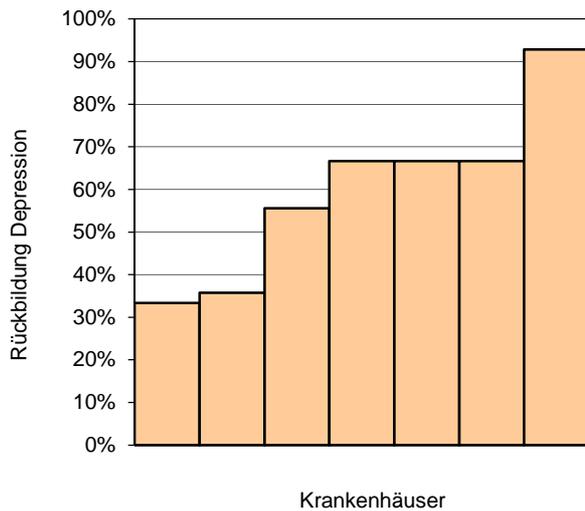
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	32,1	32,1	32,1	32,1	32,1	32,1	32,1	32,1	32,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	35,7	66,7	66,7	92,9	92,9	92,9

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: 2020/FREHA_HH/151127

Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			206 / 353	58,4%
Vertrauensbereich				53,0% - 63,6%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

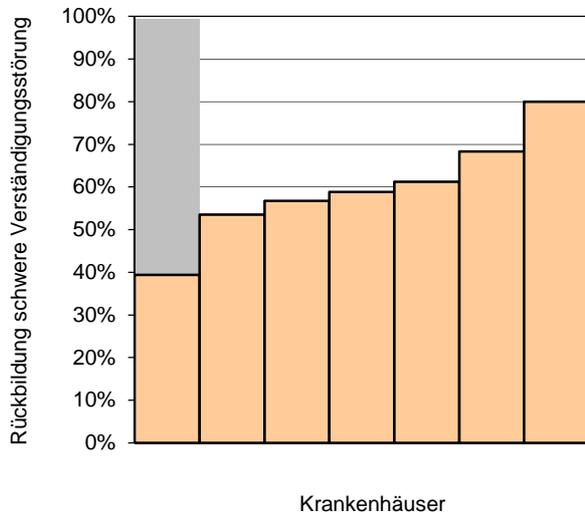
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			167 / 343	48,7%
Vertrauensbereich				43,3% - 54,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2020/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:

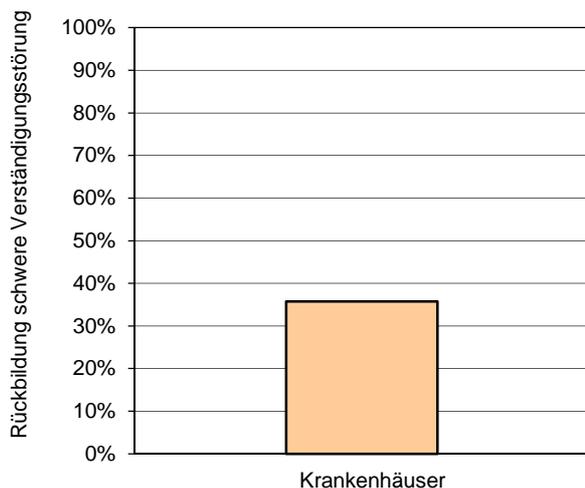
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	39,4	39,4	39,4	53,5	58,8	68,3	80,0	80,0	80,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7

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: 2020/FREHA_HH/151145

Referenzbereich: $\geq 33,0\%$

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	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 / 654	43,0%
Vertrauensbereich				39,1% - 46,9%
Referenzbereich		$\geq 33,0\%$		$\geq 33,0\%$

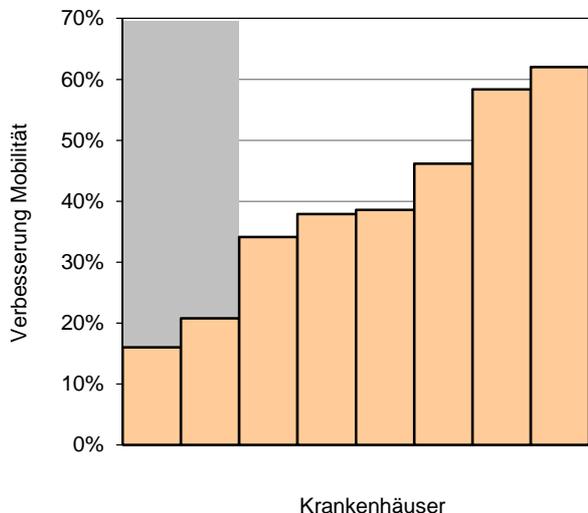
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			259 / 640	40,5%
Vertrauensbereich				36,6% - 44,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2020/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:

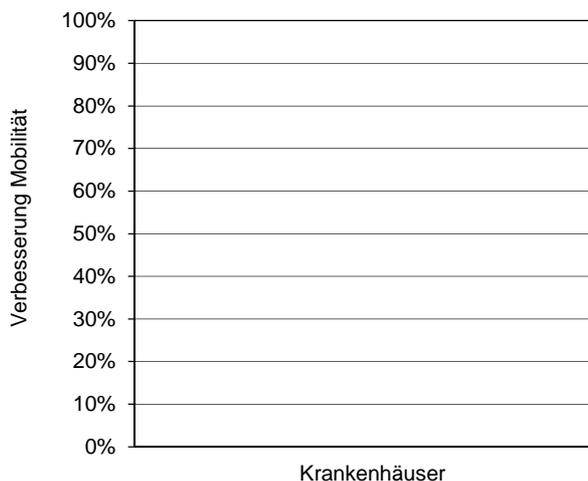
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,0	16,0	16,0	27,4	38,2	52,2	62,0	62,0	62,0

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 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: 2020/FREHA_HH/151128

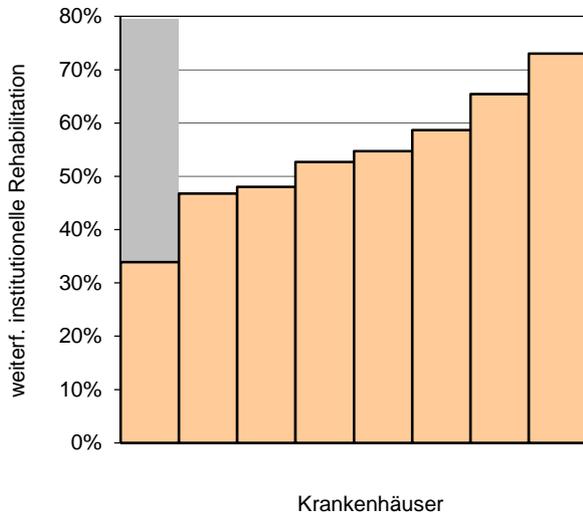
Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			377 / 690	54,6%
Vertrauensbereich				50,8% - 58,4%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

Vorjahresdaten	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%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2020/FREHA_HH/151128]:
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

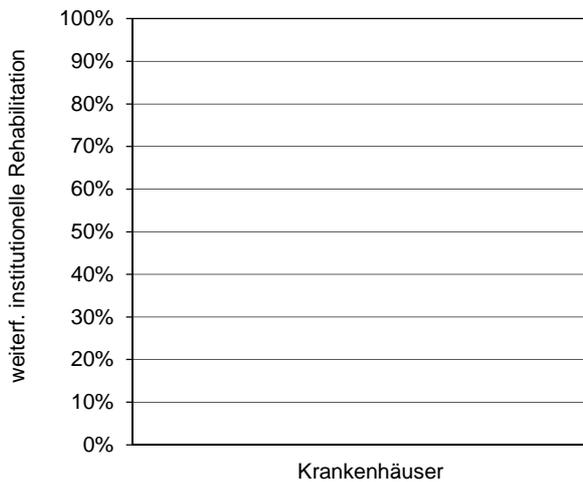
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,9	33,9	33,9	47,4	53,7	62,1	73,0	73,0	73,0

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 7: Pulmonale Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst geringer Anteil von Patienten mit pulmonalen Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2020/FREHA_HH/151129

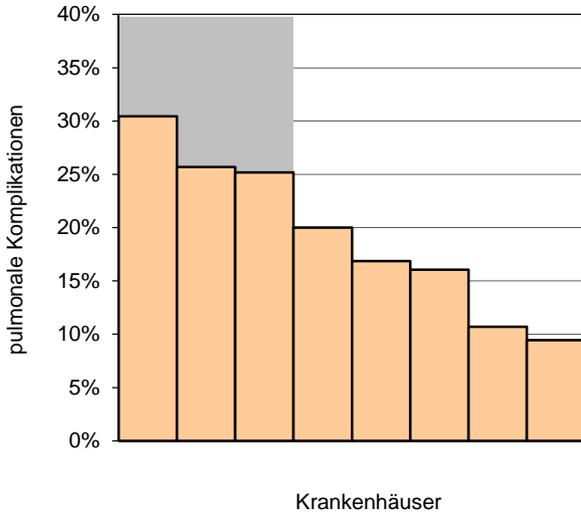
Referenzbereich: <= 21,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			136 / 690	19,7%
Vertrauensbereich				16,8% - 22,9%
Referenzbereich		<= 21,0%		<= 21,0%

Vorjahresdaten	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%

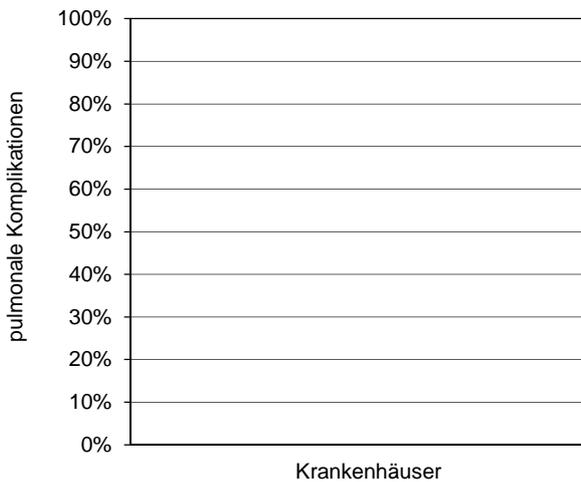
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2020/FREHA_HH/151129]:
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer
Entlassungsgrund Tod**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,4	9,4	9,4	13,4	18,4	25,4	30,4	30,4	30,4

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: 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: 2020/FREHA_HH/151131

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			588 / 630	93,3%
Vertrauensbereich				91,1% - 95,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

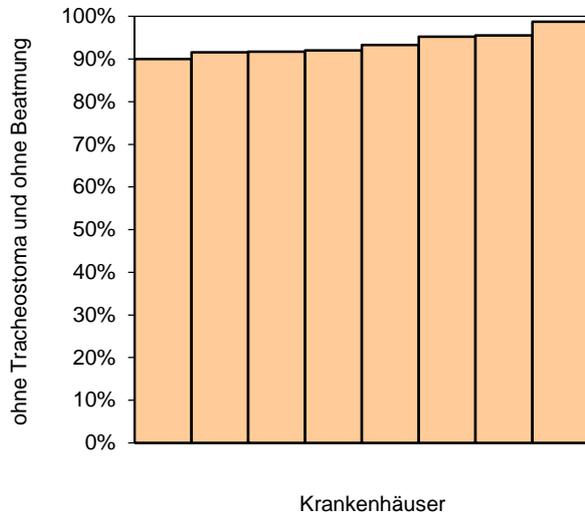
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			589 / 619	95,2%
Vertrauensbereich				93,1% - 96,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2020/FREHA_HH/151131]:

Anteil von Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden an allen Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

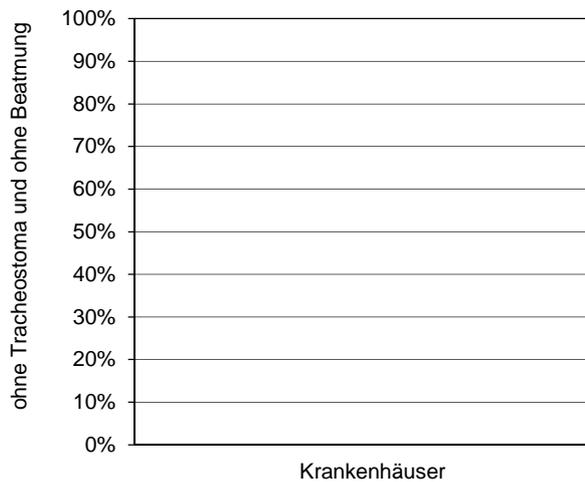
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0	90,0	90,0	91,7	92,7	95,4	98,8	98,8	98,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: 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: 2020/FREHA_HH/151132

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			102 / 109	93,6%
Vertrauensbereich				87,1% - 97,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

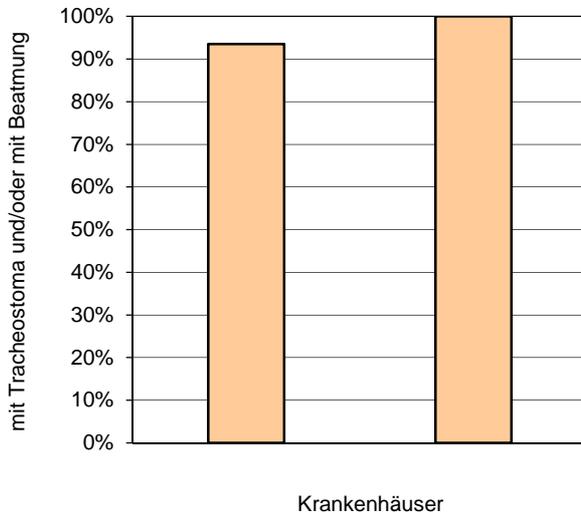
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			88 / 100	88,0%
Vertrauensbereich				79,9% - 93,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2020/FREHA_HH/151132]:

Anteil von Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden an allen Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

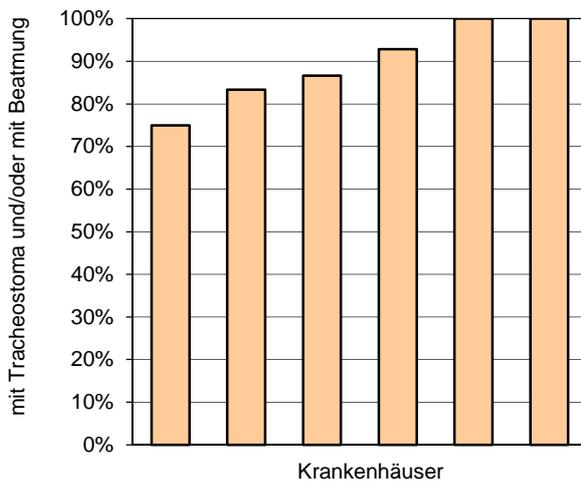
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,5	93,5	93,5	93,5	96,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	83,3	89,8	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: 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:	2020/FREHA_HH/151195
	Gruppe 2:	2020/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 2020		Gesamt 2020	
	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			474	
1 bis 5 Tage			44 / 474	9,3%
6 bis 10 Tage			144 / 474	30,4%
11 bis 15 Tage			76 / 474	16,0%
16 bis 20 Tage			40 / 474	8,4%
21 bis 25 Tage			22 / 474	4,6%
26 bis 30 Tage			10 / 474	2,1%
31 bis 35 Tage			4 / 474	0,8%
36 bis 40 Tage			7 / 474	1,5%
41 bis 45 Tage			4 / 474	0,8%
Median				8,0 Tage
Mittelwert				13,1 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			265	
1 bis 5 Tage			15 / 265	5,7%
6 bis 10 Tage			72 / 265	27,2%
11 bis 15 Tage			54 / 265	20,4%
16 bis 20 Tage			32 / 265	12,1%
21 bis 25 Tage			29 / 265	10,9%
26 bis 30 Tage			11 / 265	4,2%
31 bis 35 Tage			13 / 265	4,9%
36 bis 40 Tage			6 / 265	2,3%
41 bis 45 Tage			2 / 265	0,8%
Median				14,0 Tage
Mittelwert				20,6 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert

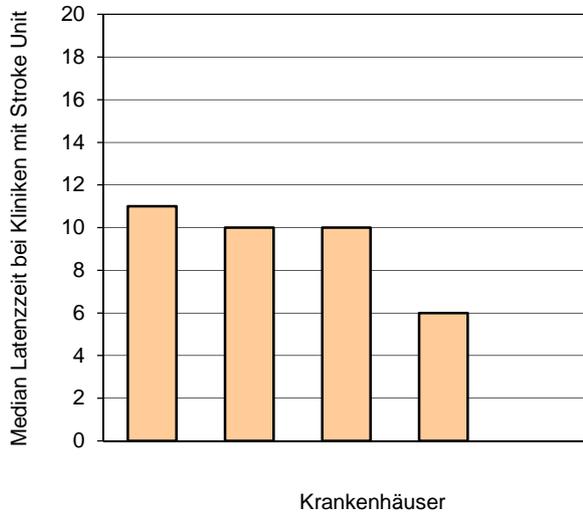
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median				9,0 Tage
Mittelwert				13,8 Tage
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median				15,0 Tage
Mittelwert				27,6 Tage

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2020/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:

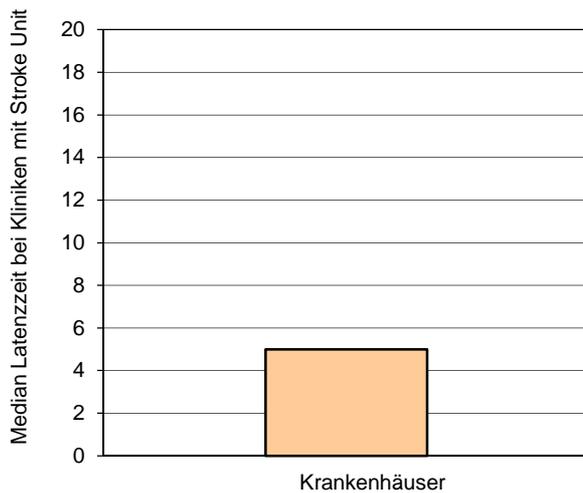
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	6,0	10,0	10,0	11,0	11,0	11,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

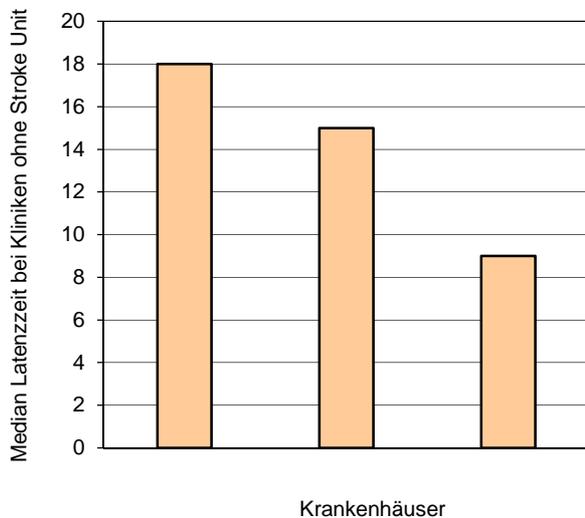
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2020/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:

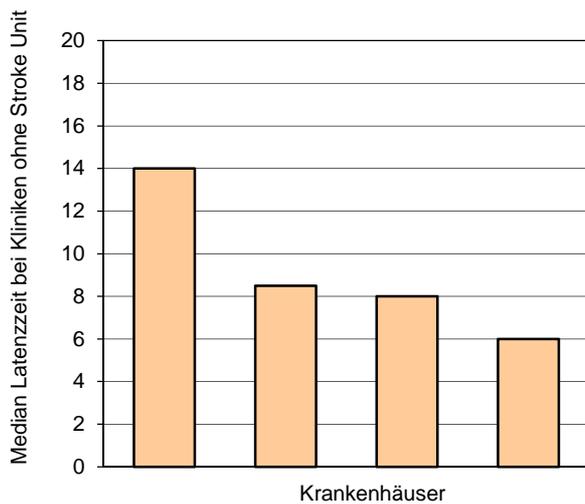
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,0	9,0	9,0	9,0	15,0	18,0	18,0	18,0	18,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,0	6,0	6,0	7,0	8,3	11,3	14,0	14,0	14,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl 1: 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)

Kennzahl-ID: 2020/FREHA_HH/151130

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			56 / 98	57,1% 46,7% - 67,1%

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

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			163	22,1	102	14,2
2. Quartal			183	24,8	220	30,6
3. Quartal			204	27,6	212	29,5
4. Quartal			189	25,6	185	25,7
Gesamt			739		719	

Patienten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			739		719	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>72,0 Jahre</i>		<i>72,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			411	55,6	377	52,4
weiblich			328	44,4	342	47,6
divers ¹			0	0,0	-	-
unbestimmt ¹			0	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			38 / 739	5,1	38 / 719	5,3
nein			701 / 739	94,9	681 / 719	94,7
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 739	0,0	0 / 719	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			2 / 739	0,3	0 / 719	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			1 / 739	0,1	2 / 719	0,3
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			22 / 739	3,0	41 / 719	5,7
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			275 / 739	37,2	228 / 719	31,7
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			439 / 739	59,4	448 / 719	62,3
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	-40,0	<i>Punkte</i>	-35,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	-57,9	<i>Punkte</i>	-53,2	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			498 / 739	67,4	500 / 719	69,5
nein			241 / 739	32,6	219 / 719	30,5
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			56 / 739	7,6	63 / 719	8,8
Beatmung			53 / 739	7,2	37 / 719	5,1
nein			630 / 739	85,3	619 / 719	86,1
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			104 / 739	14,1	96 / 719	13,4
nein			635 / 739	85,9	623 / 719	86,6

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			674 / 739	91,2	658 / 719	91,5
Locked in			1 / 739	0,1	3 / 719	0,4
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			9 / 739	1,2	14 / 719	1,9
Patient im Minimal Conscious State			22 / 739	3,0	14 / 719	1,9
Patient komatös			33 / 739	4,5	30 / 719	4,2
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			108 / 739	14,6	135 / 719	18,8
nein			342 / 739	46,3	295 / 719	41,0
nicht beurteilbar			289 / 739	39,1	289 / 719	40,2
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			383 / 739	51,8	374 / 719	52,0
nein			314 / 739	42,5	311 / 719	43,3
nicht beurteilbar			42 / 739	5,7	34 / 719	4,7
Neglect bei Aufnahme						
nein			342 / 739	46,3	305 / 719	42,4
mäßig			151 / 739	20,4	166 / 719	23,1
schwer			131 / 739	17,7	152 / 719	21,1
nicht beurteilbar			115 / 739	15,6	96 / 719	13,4

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			664 / 739	89,9	640 / 719	89,0
nein			75 / 739	10,1	79 / 719	11,0
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Früherer Schlaganfall			133 / 664	20,0	156 / 640	24,4
Diabetes mellitus			175 / 664	26,4	190 / 640	29,7
Arterielle Hypertonie			596 / 664	89,8	546 / 640	85,3
Vorhofflimmern			217 / 664	32,7	222 / 640	34,7
Dekubitus >= Grad 2			26 / 664	3,9	13 / 640	2,0
Dialysepflicht			4 / 664	0,6	4 / 640	0,6
MRE			48 / 664	7,2	70 / 640	10,9
Isolationspflicht			55 / 664	8,3	73 / 640	11,4
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			76 / 664	11,4	71 / 640	11,1
COPD Grad III oder IV			27 / 664	4,1	23 / 640	3,6

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			659 / 739	89,2	666 / 719	92,6
nein			80 / 739	10,8	53 / 719	7,4
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			9 / 659	1,4	13 / 666	2,0
suprapubischer Blasen- katheter			16 / 659	2,4	16 / 666	2,4
transurethraler Blasen-katheter			619 / 659	93,9	599 / 666	89,9
nasogastrale Sonde			281 / 659	42,6	241 / 666	36,2
PEG/PEJ			56 / 659	8,5	75 / 666	11,3
zentraler Venenkatheter			90 / 659	13,7	66 / 666	9,9
peripherer Venenkatheter			322 / 659	48,9	335 / 666	50,3

Komplikationen

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			464 / 739	62,8	434 / 719	60,4
nein			275 / 739	37,2	285 / 719	39,6
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			7 / 464	1,5	5 / 434	1,2
Delir oder Psychose			128 / 464	27,6	121 / 434	27,9
Pneumonie			157 / 464	33,8	140 / 434	32,3
Tracheobronchitis			16 / 464	3,4	27 / 434	6,2
MRE im Verlauf			37 / 464	8,0	44 / 434	10,1
infektiöse Gastroenteritis			24 / 464	5,2	35 / 434	8,1
Sepsis/SIRS			41 / 464	8,8	36 / 434	8,3
Thrombose			16 / 464	3,4	11 / 434	2,5
Lungenembolie			11 / 464	2,4	5 / 434	1,2
Re-Infarkt			13 / 464	2,8	8 / 434	1,8
Re-Blutung			9 / 464	1,9	11 / 434	2,5
Myokardinfarkt			2 / 464	0,4	3 / 434	0,7
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			36 / 464	7,8	30 / 434	6,9
akutes Nierenversagen			31 / 464	6,7	30 / 434	6,9
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			10 / 464	2,2	8 / 434	1,8
funktionelle beeinträchtigunge Kontrakturen			9 / 464	1,9	10 / 434	2,3
epileptischer Anfall			38 / 464	8,2	36 / 434	8,3
klinisch relevante Blutung			23 / 464	5,0	30 / 434	6,9
schmerzhafte Schulter			32 / 464	6,9	29 / 434	6,7
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			198 / 464	42,7	156 / 434	35,9
Dekubitus			13 / 464	2,8	11 / 434	2,5
Reanimationspflichtigkeit			18 / 464	3,9	14 / 434	3,2

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			0 / 690	0,0	0 / 677	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			4 / 690	0,6	11 / 677	1,6
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			27 / 690	3,9	51 / 677	7,5
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			151 / 690	21,9	149 / 677	22,0
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			391 / 690	56,7	329 / 677	48,6
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			117 / 690	17,0	137 / 677	20,2
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 690	0,0	0 / 677	0,0
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>	20,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	5,6	<i>Punkte</i>	4,5	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			506 / 690	73,3	491 / 677	72,5
ja			130 / 506	25,7	151 / 491	30,8
nein			376 / 506	74,3	340 / 491	69,2
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			284 / 690	41,2	177 / 677	26,1
ja			43 / 284	15,1	28 / 177	15,8
nein			241 / 284	84,9	149 / 177	84,2
Mobil bei Entlassung						
ja			308 / 690	44,6	293 / 677	43,3
nein			382 / 690	55,4	384 / 677	56,7

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			443 / 690	64,2	384 / 677	56,7
ja			146 / 443	33,0	171 / 384	44,5
nein			290 / 443	65,5	206 / 384	53,6
nicht beurteilbar			7 / 443	1,6	7 / 384	1,8
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			285 / 690	41,3	215 / 677	31,8
ja			66 / 285	23,2	51 / 215	23,7
nein			171 / 285	60,0	135 / 215	62,8
nicht beurteilbar			48 / 285	16,8	29 / 215	13,5
Neglect bei Entlassung						
nein			449 / 690	65,1	436 / 677	64,4
mäßig			150 / 690	21,7	145 / 677	21,4
schwer			40 / 690	5,8	45 / 677	6,6
nicht beurteilbar			51 / 690	7,4	51 / 677	7,5

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			334 / 690	48,4	341 / 677	50,4
nein			356 / 690	51,6	336 / 677	49,6
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 334	0,0	1 / 341	0,3
suprapubischer Blasenkatheter			18 / 334	5,4	22 / 341	6,5
transurethraler Blasenkatheter			247 / 334	74,0	233 / 341	68,3
nasogastrale Sonde			10 / 334	3,0	11 / 341	3,2
PEG/PEJ			157 / 334	47,0	167 / 341	49,0
zentraler Venenkatheter			7 / 334	2,1	9 / 341	2,6
peripherer Venenkatheter			24 / 334	7,2	18 / 341	5,3
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			55 / 739	7,4	60 / 719	8,3
RR <= 140/85 mmHg			640 / 739	86,6	499 / 719	69,4
Entlassungsgrund Tod ohne Tracheostoma und ohne Beatmung?						
ja			37 / 739	5,0	29 / 719	4,0
nein			12 / 739	1,6	13 / 719	1,8
Entlassungsgrund Tod mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung						
ja			8 / 739	1,1	11 / 719	1,5
nein			41 / 739	5,5	31 / 719	4,3
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten						
ja			114 / 739	15,4	126 / 719	17,5
nein			625 / 739	84,6	593 / 719	82,5
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		40,0 Tage		43,0 Tage

Entlassungsart

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			90 / 739	12,2	79 / 719	11,0
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			340 / 739	46,0	293 / 719	40,8
Phase D - Anschlussheilbehandlung (AHB)			8 / 739	1,1	16 / 719	2,2
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			29 / 739	3,9	19 / 719	2,6
Pflegeeinrichtung/Heim			173 / 739	23,4	204 / 719	28,4
Hospiz			6 / 739	0,8	4 / 719	0,6
Tod			49 / 739	6,6	42 / 719	5,8
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			44 / 739	6,0	62 / 719	8,6

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 2020.

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 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 2019 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 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.

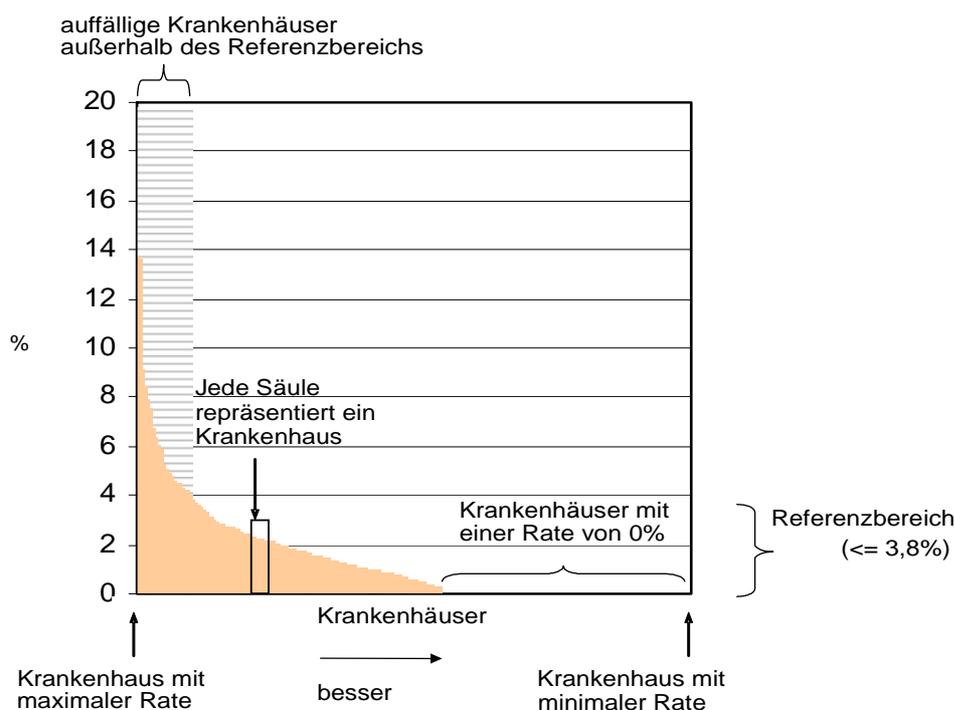
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Hamburg
Wendenstraße 375
D-20537 Hamburg

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf