

Auswertung 3. Quartal 2019  
Stationäre  
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 5  
Anzahl Datensätze Gesamt: 71  
Datensatzversion: FREHA\_HH 2019 2.1  
Datenbankstand: 05. November 2019  
2019 - D18015-L114476-P54284

**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](mailto:info@bqs.de)  
URL: [www.bqs.de](http://www.bqs.de)

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2019 im III. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2018 im III. Quartal stationär aufgenommen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren


Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/FREHA_HH/151124 <b>QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung</b>			59,4%	nicht definiert	5
2019/FREHA_HH/151125 <b>QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen</b>			57,1%	nicht definiert	7
2019/FREHA_HH/151126 <b>QI 3: Rückbildung einer Depression</b>			50,0%	nicht definiert	9
2019/FREHA_HH/151127 <b>QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung</b>			43,3%	nicht definiert	11
2019/FREHA_HH/151145 <b>QI 5: Verbesserung der Mobilität</b>			44,3%	nicht definiert	13
2019/FREHA_HH/151128 <b>QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation</b>			50,7%	nicht definiert	15
2019/FREHA_HH/151129 <b>QI 7: Pulmonale Komplikationen</b>			11,6%	nicht definiert	17


## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/FREHA_HH/151130 <b>QI 8: Dekanülierung</b>			66,7%	nicht definiert	19
2019/FREHA_HH/151131 <b>QI 9: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung</b>			1,6%	nicht definiert	21
2019/FREHA_HH/151132 <b>QI 10: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung</b>			10,0%	nicht definiert	23
<b>QI 11: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen)</b>					
2019/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			8,5 Tage	nicht definiert	25
2019/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			22,0 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 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			41 / 69	59,4%
Vertrauensbereich				46,9% - 71,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

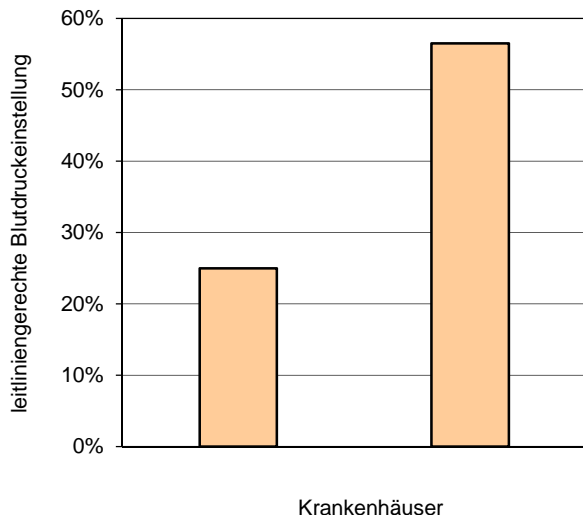
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			188 / 214	87,9%
Vertrauensbereich				82,7% - 91,9%

**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:**

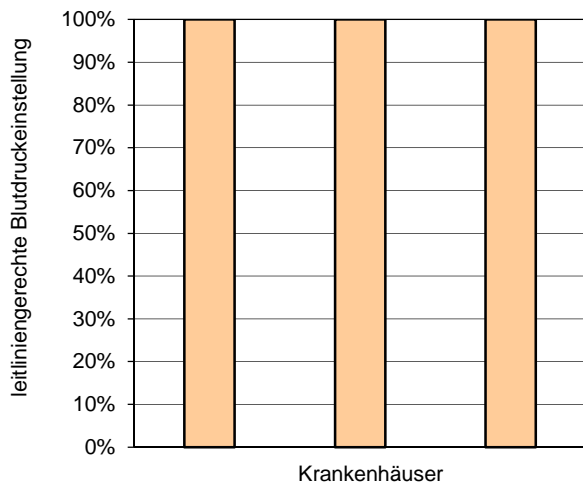
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	25,0	40,8	56,5	56,5	56,5	56,5

**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
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 2: Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen

- Qualitätsziel:** Möglichst großer Anteil von Patienten, bei denen sich die beaufsichtigungspflichtigen Schluckstörungen zurückbilden
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme (Ausschluss: Entlassungsgrund Tod)
- Indikator-ID:** 2019/FREHA\_HH/151125
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			28 / 49	57,1% 42,1% - 71,2% nicht definiert

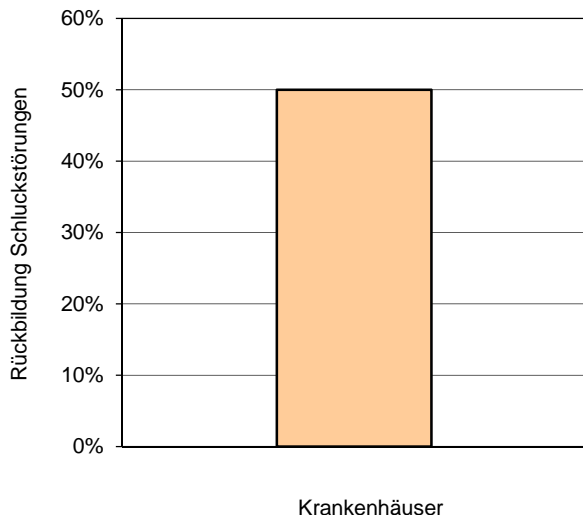
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			100 / 152	65,8% 57,7% - 73,3%

**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:**

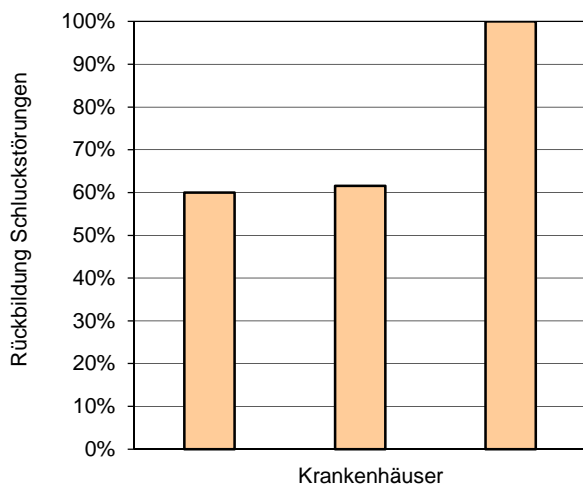
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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
	60,0	60,0	60,0	60,0	61,5	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat 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 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			4 / 8	50,0%
Vertrauensbereich				15,7% - 84,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

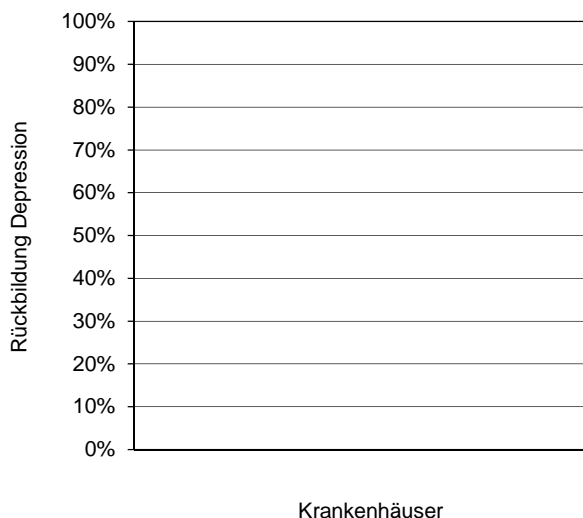
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			35 / 55	63,6%
Vertrauensbereich				49,5% - 76,2%

**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:**

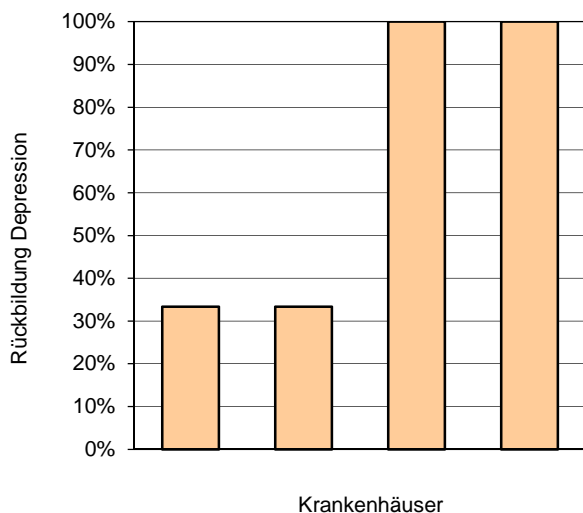
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 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	33,3	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung

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

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

**Indikator-ID:** 2019/FREHA\_HH/151127

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			13 / 30	43,3%
Vertrauensbereich				25,4% - 62,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

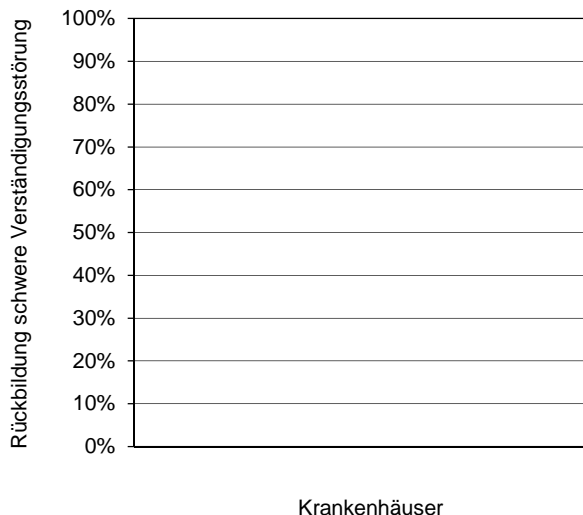
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			57 / 120	47,5%
Vertrauensbereich				38,3% - 56,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:**

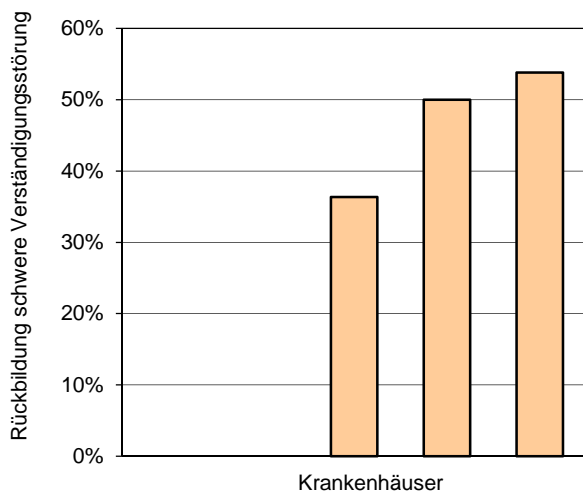
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	36,4	50,0	53,8	53,8	53,8

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  $\geq 5$  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 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung $\geq 5$ Punkte)			27 / 61	44,3%
Vertrauensbereich				31,5% - 57,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

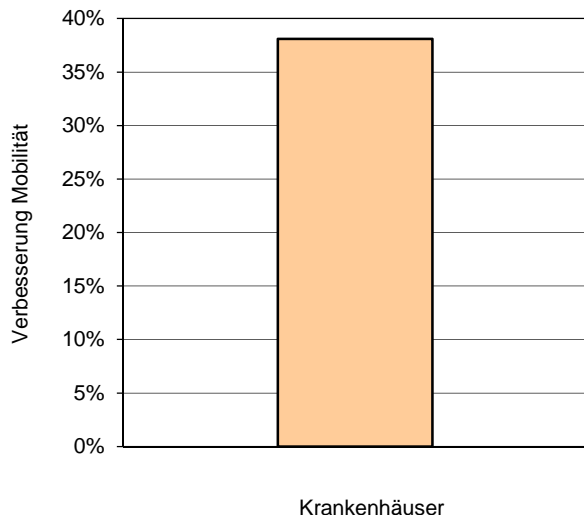
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung $\geq 5$ Punkte)			89 / 198	44,9%
Vertrauensbereich				37,9% - 52,2%

**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:**

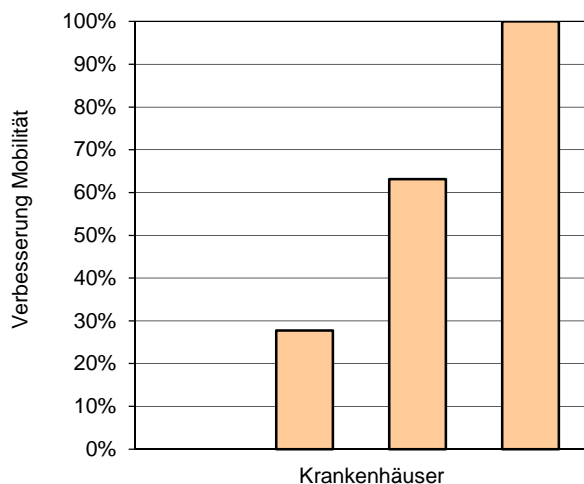
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,1	38,1	38,1	38,1	38,1	38,1	38,1	38,1	38,1

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	13,9	45,5	81,6	100,0	100,0	100,0

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

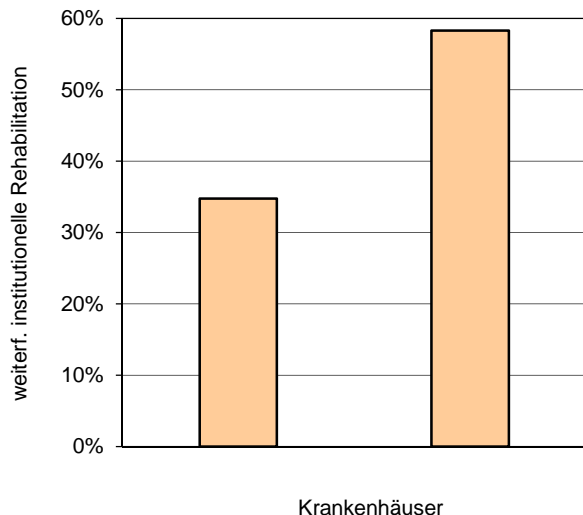
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			35 / 69	50,7%
Vertrauensbereich				38,4% - 63,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			110 / 214	51,4%
Vertrauensbereich				44,5% - 58,3%

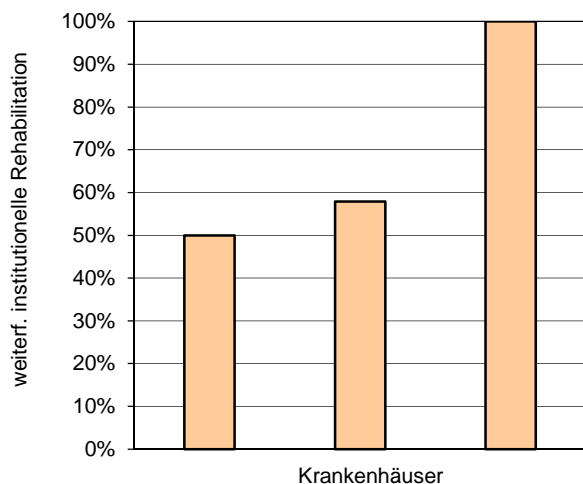
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2019/FREHA\_HH/151128]:  
Anteil von Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	34,8	34,8	34,8	34,8	46,6	58,3	58,3	58,3	58,3

**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
	50,0	50,0	50,0	50,0	57,9	100,0	100,0	100,0	100,0

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

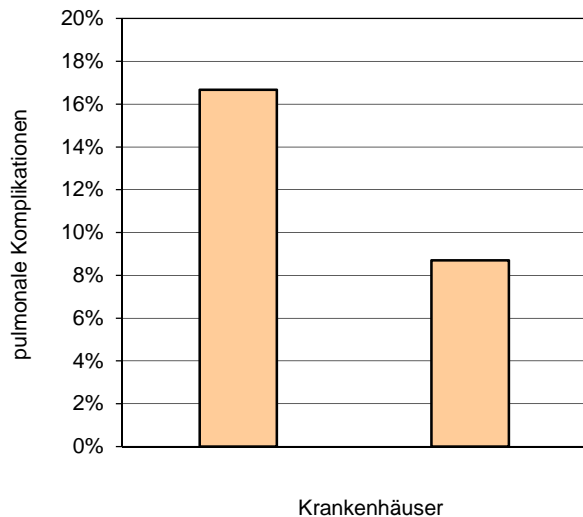
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			8 / 69	11,6%
Vertrauensbereich				5,1% - 21,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			59 / 214	27,6%
Vertrauensbereich				21,7% - 34,1%

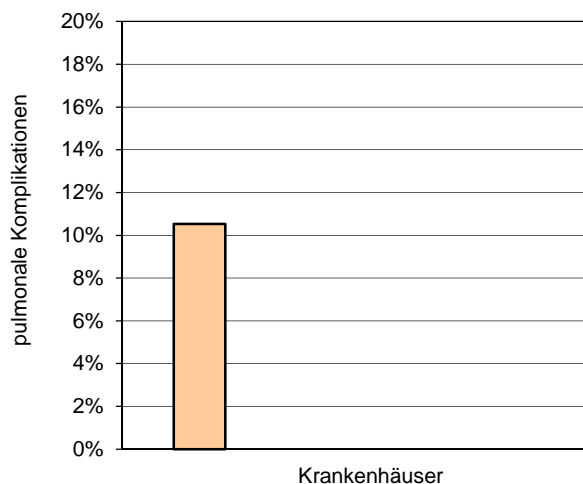
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/FREHA\_HH/151129]:  
Anteil von Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation an allen Patienten, außer  
Entlassungsgrund Tod**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
2 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	8,7	12,7	16,7	16,7	16,7	16,7

**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
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	10,5	10,5	10,5

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.

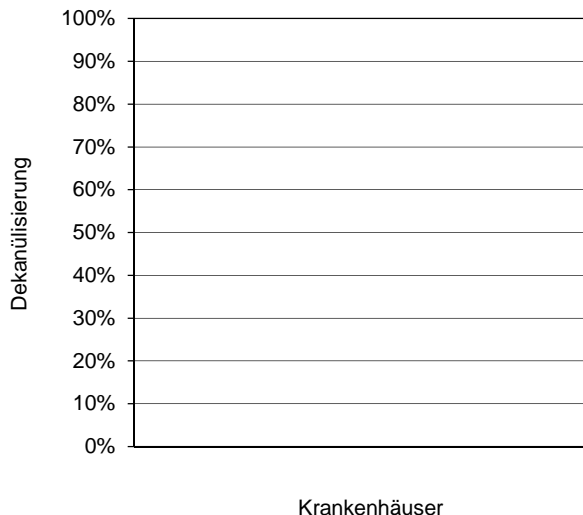
	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			6 / 9	66,7%
Vertrauensbereich				29,9% - 92,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung			24 / 37	64,9%
Vertrauensbereich				47,4% - 79,9%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

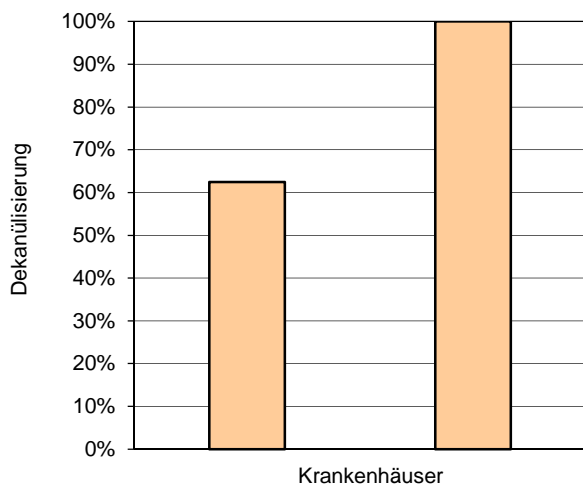
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,5	62,5	62,5	62,5	81,3	100,0	100,0	100,0	100,0

3 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 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			1 / 61	1,6%
Vertrauensbereich				0,0% - 9,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

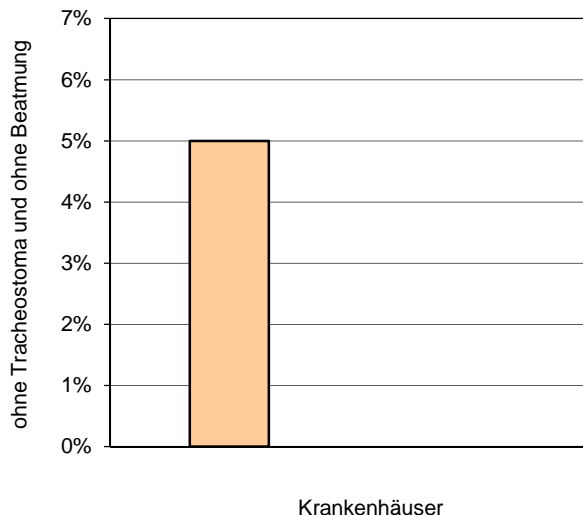
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			4 / 185	2,2%
Vertrauensbereich				0,6% - 5,5%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

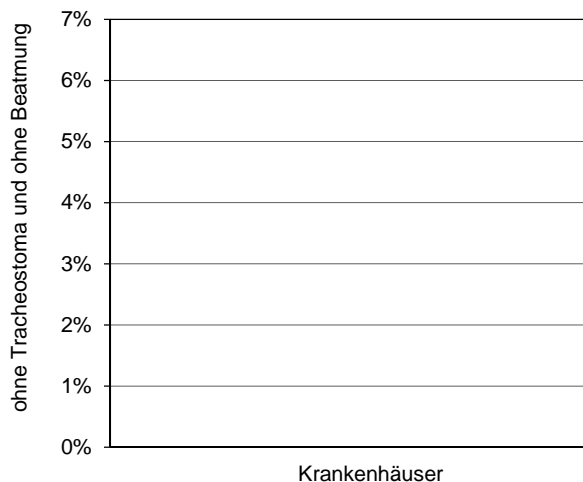
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 10: Überlebensrate mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung**

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

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

**Indikator-ID:** 2019/FREHA\_HH/151132

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			1 / 10	10,0%
Vertrauensbereich				0,2% - 44,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

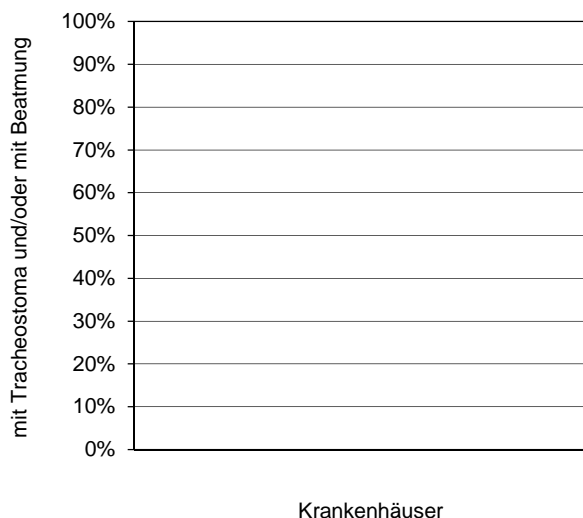
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die während der Rehabilitation versterben			1 / 41	2,4%
Vertrauensbereich				0,0% - 13,2%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:**

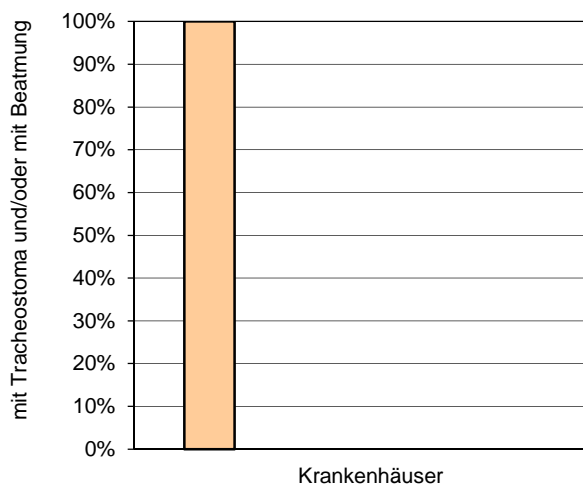
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Qualitätsindikator 11: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation

<b>Qualitätsziel:</b>	Minimierung des Zeitintervalls zwischen Schlaganfall und Frührehabilitation	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit Schlaganfall (Diagnose I61.-, I63.-, I64.-)	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2019/FREHA_HH/151195
	Gruppe 2:	2019/FREHA_HH/151200
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verteilung der Patienten auf die Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
			38	
1 bis 5 Tage			5 / 38	13,2%
6 bis 10 Tage			16 / 38	42,1%
11 bis 15 Tage			6 / 38	15,8%
16 bis 20 Tage			2 / 38	5,3%
21 bis 25 Tage			1 / 38	2,6%
26 bis 30 Tage			0 / 38	0,0%
31 bis 35 Tage			1 / 38	2,6%
36 bis 40 Tage			2 / 38	5,3%
41 bis 45 Tage			1 / 38	2,6%
Median				8,5 Tage
Mittelwert				12,7 Tage
Referenzwert	nicht definiert			nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
			33	
1 bis 5 Tage			3 / 33	9,1%
6 bis 10 Tage			4 / 33	12,1%
11 bis 15 Tage			5 / 33	15,2%
16 bis 20 Tage			2 / 33	6,1%
21 bis 25 Tage			6 / 33	18,2%
26 bis 30 Tage			1 / 33	3,0%
31 bis 35 Tage			1 / 33	3,0%
36 bis 40 Tage			1 / 33	3,0%
41 bis 45 Tage			0 / 33	0,0%
Median				22,0 Tage
Mittelwert				44,3 Tage
Referenzwert	nicht definiert			nicht definiert

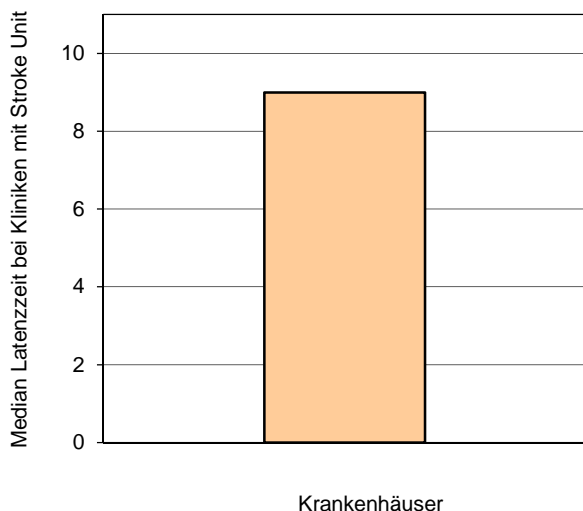
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median			9,0 Tage	
Mittelwert			14,4 Tage	
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median			16,0 Tage	
Mittelwert			23,7 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:**

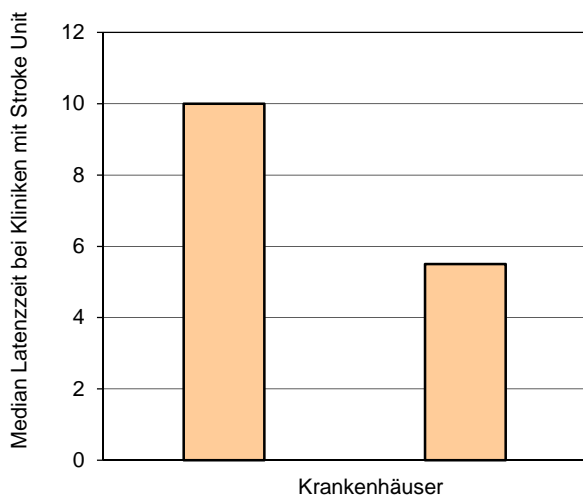
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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
	5,5	5,5	5,5	5,5	7,8	10,0	10,0	10,0	10,0

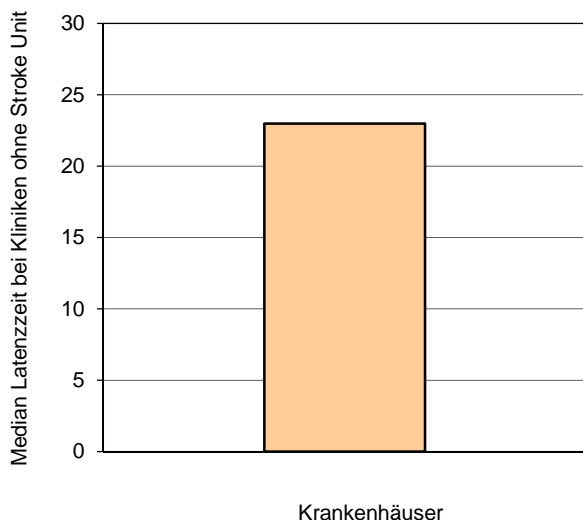
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

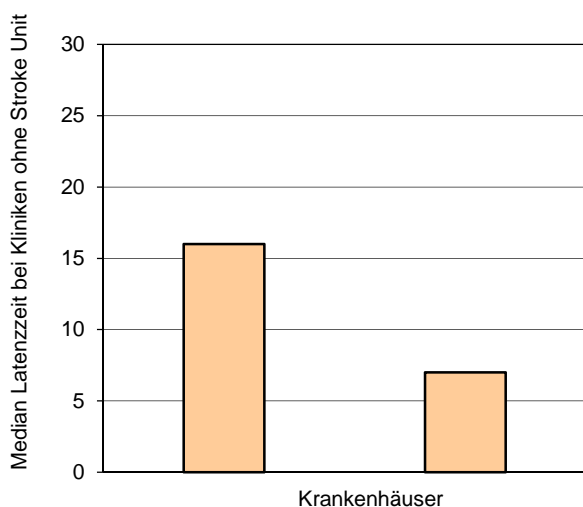
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Tage)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,0	7,0	7,0	7,0	11,5	16,0	16,0	16,0	16,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Basisdaten

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			71	100,0	226	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			71		226	

### Patienten

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			71		226	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>72,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			35	49,3	130	57,5
weiblich			36	50,7	96	42,5

**Aufnahmestatus - körperlich**

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Mobil bei Aufnahme</b>						
ja			8 / 71	11,3	17 / 226	7,5
nein			63 / 71	88,7	209 / 226	92,5
<b>Modified Rankin Scale bei Aufnahme</b>						
Keine Symptome			0 / 71	0,0	0 / 226	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 71	0,0	0 / 226	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			0 / 71	0,0	0 / 226	0,0
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			4 / 71	5,6	16 / 226	7,1
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			34 / 71	47,9	80 / 226	35,4
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			33 / 71	46,5	130 / 226	57,5
<b>Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme</b>						
Median		<i>Punkte</i>		<i>-40,0 Punkte</i>		<i>-40,0 Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>		<i>-50,2 Punkte</i>		<i>-59,9 Punkte</i>
<b>Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme</b>						
ja			51 / 71	71,8	161 / 226	71,2
nein			20 / 71	28,2	65 / 226	28,8
<b>Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme</b>						
Tracheostoma			8 / 71	11,3	25 / 226	11,1
Beatmung			2 / 71	2,8	16 / 226	7,1
nein			61 / 71	85,9	185 / 226	81,9
<b>Trachealkanüle bei Aufnahme</b>						
ja			10 / 71	14,1	38 / 226	16,8
nein			61 / 71	85,9	188 / 226	83,2

**Aufnahmestatus - kognitiv**

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewusstseinsstatus bei Aufnahme</b>						
Patient ist wach			68 / 71	95,8	204 / 226	90,3
Locked in			0 / 71	0,0	1 / 226	0,4
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			1 / 71	1,4	6 / 226	2,7
Patient im Minimal Conscious State			1 / 71	1,4	5 / 226	2,2
Patient komatös			1 / 71	1,4	10 / 226	4,4
<b>Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes</b>						
ja			8 / 71	11,3	58 / 226	25,7
nein			32 / 71	45,1	114 / 226	50,4
nicht beurteilbar			31 / 71	43,7	54 / 226	23,9
<b>Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme</b>						
ja			32 / 71	45,1	128 / 226	56,6
nein			37 / 71	52,1	89 / 226	39,4
nicht beurteilbar			2 / 71	2,8	9 / 226	4,0
<b>Neglect bei Aufnahme</b>						
nein			34 / 71	47,9	93 / 226	41,2
mäßig			18 / 71	25,4	45 / 226	19,9
schwer			7 / 71	9,9	61 / 226	27,0
nicht beurteilbar			12 / 71	16,9	27 / 226	11,9

### Komorbiditäten

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Komorbiditäten bei Aufnahme</b>						
ja			61 / 71	85,9	201 / 226	88,9
nein			10 / 71	14,1	25 / 226	11,1
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Früherer Schlaganfall			15 / 61	24,6	36 / 201	17,9
Diabetes mellitus			22 / 61	36,1	50 / 201	24,9
Arterielle Hypertonie			47 / 61	77,0	178 / 201	88,6
Vorhofflimmern			19 / 61	31,1	60 / 201	29,9
Dekubitus >= Grad 2			1 / 61	1,6	7 / 201	3,5
Dialysepflicht			0 / 61	0,0	0 / 201	0,0
MRE			9 / 61	14,8	23 / 201	11,4
Isolationspflicht			8 / 61	13,1	20 / 201	10,0
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			7 / 61	11,5	29 / 201	14,4
COPD Grad III oder IV			2 / 61	3,3	10 / 201	5,0

### Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme</b>						
ja			63 / 71	88,7	212 / 226	93,8
nein			8 / 71	11,3	14 / 226	6,2
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			2 / 63	3,2	3 / 212	1,4
suprapubischer Blasen- katheter			2 / 63	3,2	8 / 212	3,8
transurethraler Blasen- katheter			55 / 63	87,3	187 / 212	88,2
nasogastrale Sonde			19 / 63	30,2	82 / 212	38,7
PEG/PEJ			11 / 63	17,5	13 / 212	6,1
zentraler Venenkatheter			5 / 63	7,9	13 / 212	6,1
peripherer Venenkatheter			37 / 63	58,7	114 / 212	53,8



## Komplikationen

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Komplikationen im Verlauf</b>						
ja			40 / 71	56,3	155 / 226	68,6
nein			31 / 71	43,7	71 / 226	31,4
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			0 / 40	0,0	1 / 155	0,6
Delir oder Psychose			7 / 40	17,5	45 / 155	29,0
Pneumonie			8 / 40	20,0	52 / 155	33,5
Tracheobronchitis			0 / 40	0,0	23 / 155	14,8
MRE im Verlauf <sup>1</sup>			4 / 40	10,0	-	-
infektiöse Gastroenteritis			1 / 40	2,5	12 / 155	7,7
Sepsis/SIRS			5 / 40	12,5	14 / 155	9,0
Thrombose			0 / 40	0,0	2 / 155	1,3
Lungenembolie			0 / 40	0,0	2 / 155	1,3
Re-Infarkt			0 / 40	0,0	3 / 155	1,9
Re-Blutung			1 / 40	2,5	2 / 155	1,3
Myokardinfarkt			1 / 40	2,5	1 / 155	0,6
dekompensierte Herzinsuffizienz			1 / 40	2,5	11 / 155	7,1
akutes Nierenversagen shuntpflichtiger Hydrocephalus			3 / 40	7,5	7 / 155	4,5
funktionelle beeinträchti- gende Kontrakturen			0 / 40	0,0	5 / 155	3,2
epileptischer Anfall			1 / 40	2,5	1 / 155	0,6
klinisch relevante Blutung			3 / 40	7,5	13 / 155	8,4
schmerzhafte Schulter			6 / 40	15,0	5 / 155	3,2
symptomatischer Harnwegsinfekt			3 / 40	7,5	16 / 155	10,3
Dekubitus			16 / 40	40,0	59 / 155	38,1
Reanimationspflichtigkeit			1 / 40	2,5	5 / 155	3,2
			1 / 40	2,5	6 / 155	3,9

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

**Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)**

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Modified Rankin Scale bei Entlassung</b>						
Keine Symptome			0 / 69	0,0	1 / 214	0,5
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			2 / 69	2,9	0 / 214	0,0
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			4 / 69	5,8	16 / 214	7,5
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			15 / 69	21,7	69 / 214	32,2
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			34 / 69	49,3	92 / 214	43,0
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			14 / 69	20,3	36 / 214	16,8
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 69	0,0	0 / 214	0,0
<b>Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung</b>						
Median	<i>Punkte</i>		25,0 Punkte		25,0 Punkte	
Mittelwert	<i>Punkte</i>		7,2 Punkte		2,4 Punkte	
<b>Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			49 / 69	71,0	153 / 214	71,5
ja			21 / 49	42,9	52 / 153	34,0
nein			28 / 49	57,1	101 / 153	66,0
<b>Trachealkanüle bei Entlassung</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			9 / 69	13,0	43 / 214	20,1
ja			3 / 9	33,3	13 / 43	30,2
nein			6 / 9	66,7	30 / 43	69,8
<b>Mobil bei Entlassung</b>						
ja			35 / 69	50,7	103 / 214	48,1
nein			34 / 69	49,3	111 / 214	51,9

**Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)**

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			30 / 69	43,5	124 / 214	57,9
ja			17 / 30	56,7	62 / 124	50,0
nein			13 / 30	43,3	61 / 124	49,2
nicht beurteilbar			0 / 30	0,0	1 / 124	0,8
<b>Depressionen bei Entlassung</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8 / 69	11,6	62 / 214	29,0
ja			4 / 8	50,0	20 / 62	32,3
nein			4 / 8	50,0	41 / 62	66,1
nicht beurteilbar			0 / 8	0,0	1 / 62	1,6
<b>Neglect bei Entlassung</b>						
nein			48 / 69	69,6	129 / 214	60,3
mäßig			10 / 69	14,5	58 / 214	27,1
schwer			4 / 69	5,8	12 / 214	5,6
nicht beurteilbar			7 / 69	10,1	15 / 214	7,0

**Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)**

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung</b>						
ja			30 / 69	43,5	99 / 214	46,3
nein			39 / 69	56,5	109 / 214	50,9
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 30	0,0	1 / 99	1,0
suprapubischer Blasenkatheter			1 / 30	3,3	11 / 99	11,1
transurethraler Blasenkatheter			19 / 30	63,3	72 / 99	72,7
nasogastrale Sonde			2 / 30	6,7	3 / 99	3,0
PEG/PEJ			16 / 30	53,3	53 / 99	53,5
zentraler Venenkatheter			0 / 30	0,0	1 / 99	1,0
peripherer Venenkatheter			6 / 30	20,0	8 / 99	8,1
<b>Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung<sup>1</sup></b>						
RR > 140/85 mmHg			6 / 69	8,7	26 / 214	12,1
RR <= 140/85 mmHg			41 / 69	59,4	188 / 214	87,9
<b>Entlassungsgrund Tod ohne Tracheostoma und ohne Beatmung?</b>						
ja			0 / 71	0,0	7 / 226	3,1
nein			2 / 71	2,8	5 / 226	2,2
<b>Entlassungsgrund Tod mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung</b>						
ja			1 / 71	1,4	2 / 226	0,9
nein			1 / 71	1,4	10 / 226	4,4
<b>Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten</b>						
ja			12 / 71	16,9	32 / 226	14,2
nein			59 / 71	83,1	194 / 226	85,8
<b>Verweildauer in Tagen</b>						
Median		Tage		34,0 Tage		42,0 Tage

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

### Entlassungsart

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			5 / 71	7,0	20 / 226	8,8
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			33 / 71	46,5	107 / 226	47,3
Phase D - Anschlussheilbehandlung (AHB)			1 / 71	1,4	1 / 226	0,4
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			1 / 71	1,4	2 / 226	0,9
Pflegeeinrichtung/Heim			19 / 71	26,8	59 / 226	26,1
Hospiz			0 / 71	0,0	1 / 226	0,4
Tod			2 / 71	2,8	12 / 226	5,3
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			10 / 71	14,1	24 / 226	10,6

## 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 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.

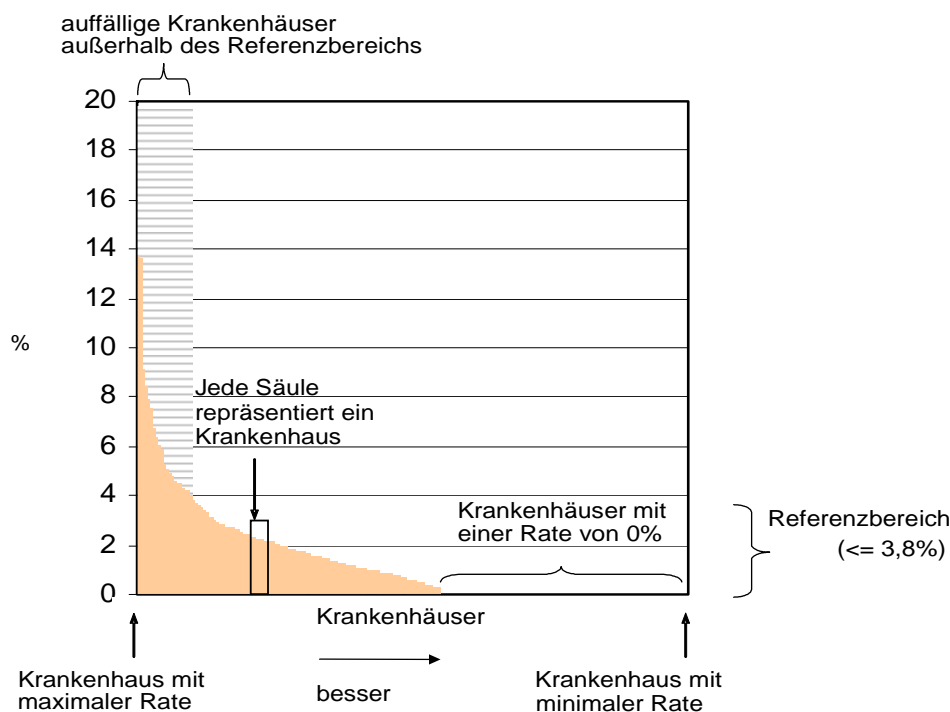
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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