

Auswertung 2. Quartal 2021
Stationäre
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 1
Anzahl Datensätze: 23
Datensatzversion: FREHA_HH 2021 2.1
Datenbankstand: 02. August 2021
2021 - D18690-L120709-P56055

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 II. Quartal 2021 die Patienten ein, deren Entlassung im II. Quartal 2021 stattgefunden hat.

Analog zu dem aktuellen Auswertungsjahr fließen für die Berechnung der Vorjahresdaten die Patienten ein, deren Entlassung im II. Quartal 2020 stattgefunden hat.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/FREHA_HH/151124 QI 1: Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung			100,0%	>= 48,0%	6
2021/FREHA_HH/151125 QI 2: Rückbildung beaufsich- tigungspflichtiger Schluckstörungen			83,3%	>= 57,0%	8
2021/FREHA_HH/151126 QI 3: Rückbildung einer Depression			66,7%	nicht definiert	10
2021/FREHA_HH/151127 QI 4: Rückbildung schwerer Verständigungsstörung			100,0%	>= 44,0%	12
2021/FREHA_HH/151145 QI 5: Verbesserung der Mobilität			50,0%	>= 33,0%	14
2021/FREHA_HH/151128 QI 6: Weiterführende institutionelle Rehabilitation			45,0%	>= 44,0%	16
2021/FREHA_HH/151129 QI 7: Pulmonale Komplikationen			10,0%	<= 21,0%	18

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/FREHA_HH/151131 QI 8: Überlebensrate <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung			87,0%	nicht definiert	20
2021/FREHA_HH/151132 QI 9: Überlebensrate <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung				nicht definiert	22
QI 10: Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation (Median in Tagen)					
2021/FREHA_HH/151195 Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit			8,0 Tage	nicht definiert	24
2021/FREHA_HH/151200 Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit			7,0 Tage	nicht definiert	24

Übersicht Kennzahlen

Kennzahlen	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/FREHA_HH/151130 Kennzahl 1: Dekanülierung			100,0%	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: 2021/FREHA_HH/151124

Referenzbereich: $\geq 48,0\%$

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			20 / 20	100,0%
Vertrauensbereich				83,1% - 100,0%
Referenzbereich		$\geq 48,0\%$		$\geq 48,0\%$

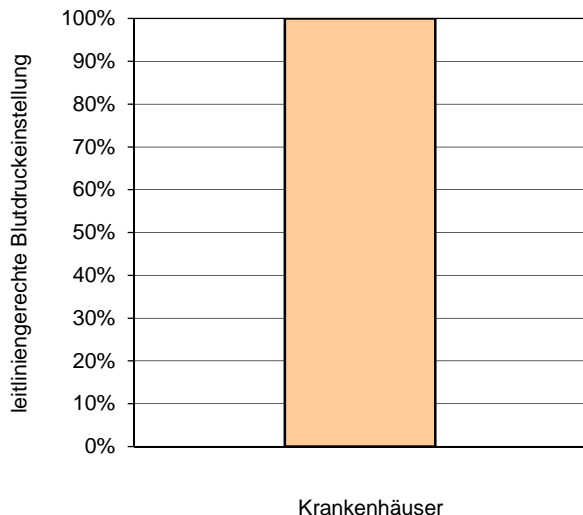
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil der Patienten mit 2 der letzten 3 RR-Messungen $\leq 140/85$ mmHg			173 / 192	90,1%
Vertrauensbereich				85,0% - 93,9%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2021/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:

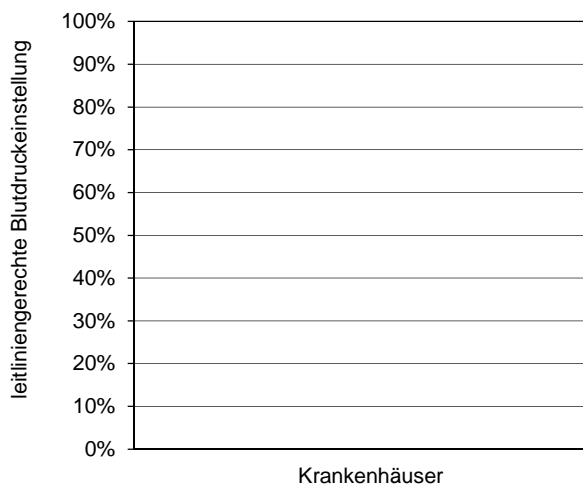
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2021/FREHA_HH/151125

Referenzbereich: >= 57,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich Referenzbereich			5 / 6	83,3% 35,8% - 99,6% >= 57,0%

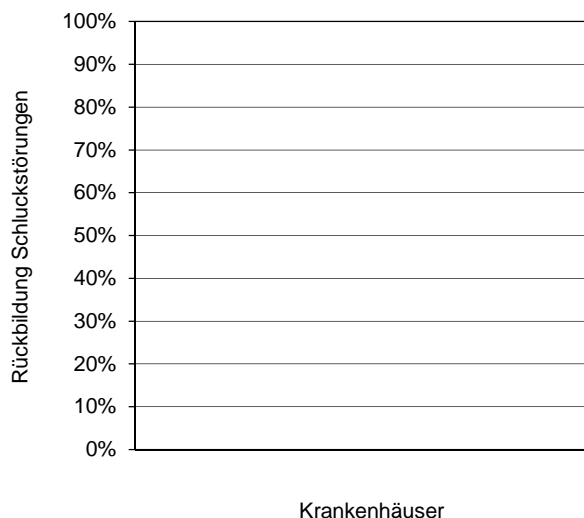
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit dokumentierter beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung bei Aufnahme und keine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung Vertrauensbereich			90 / 126	71,4% 62,7% - 79,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2021/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:

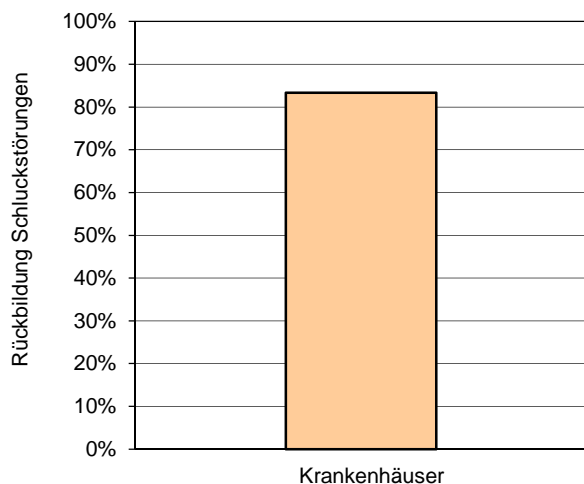
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2021/FREHA_HH/151126

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

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			2 / 3	66,7%
Vertrauensbereich				9,4% - 99,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

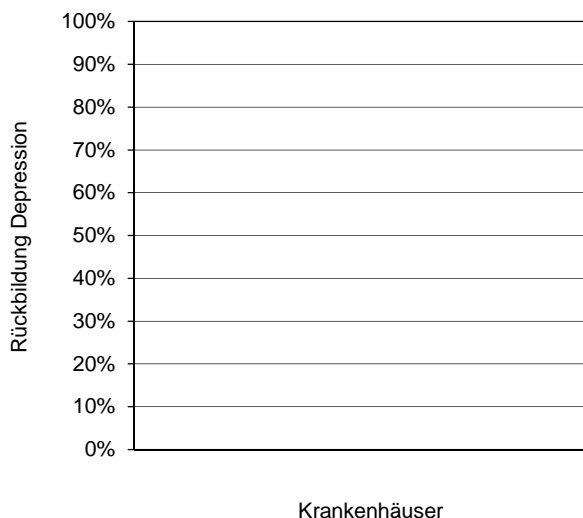
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Depression bei Aufnahme und/oder im Verlauf und keiner Depression bei Entlassung (GDS <= 5 Punkte)			15 / 30	50,0%
Vertrauensbereich				31,2% - 68,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2021/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:

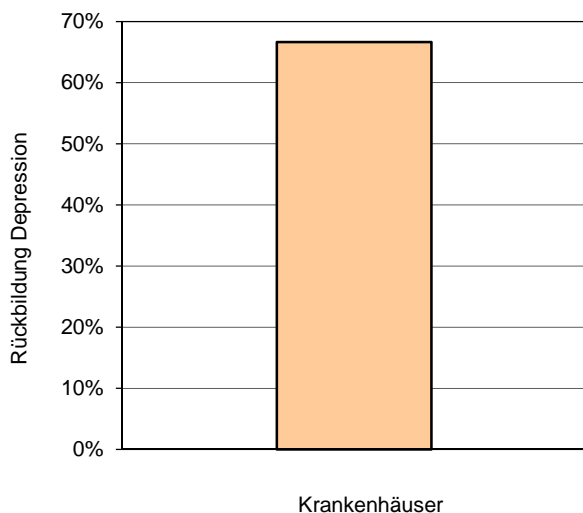
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2021/FREHA_HH/151127

Referenzbereich: >= 44,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			5 / 5	100,0%
Vertrauensbereich				47,8% - 100,0%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

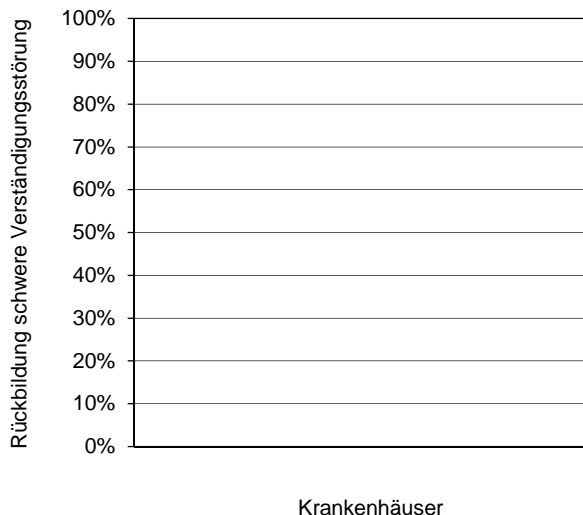
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit schwerer Verständigungsstörung bei Aufnahme und keiner Verständigungsstörung bei Entlassung			64 / 103	62,1%
Vertrauensbereich				52,0% - 71,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2021/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:

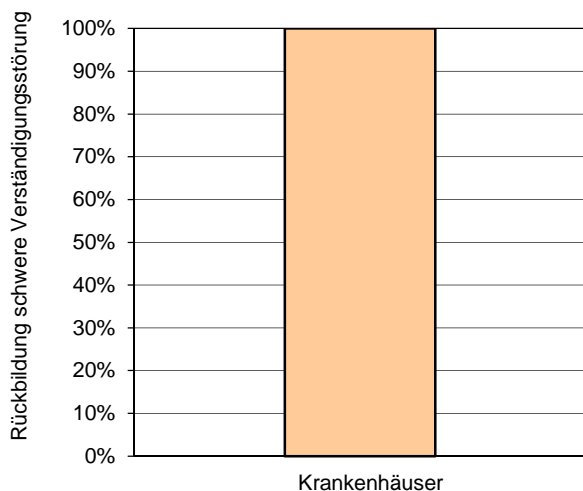
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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 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: 2021/FREHA_HH/151145

Referenzbereich: $\geq 33,0\%$

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			9 / 18	50,0%
Vertrauensbereich				26,0% - 74,0%
Referenzbereich		$\geq 33,0\%$		$\geq 33,0\%$

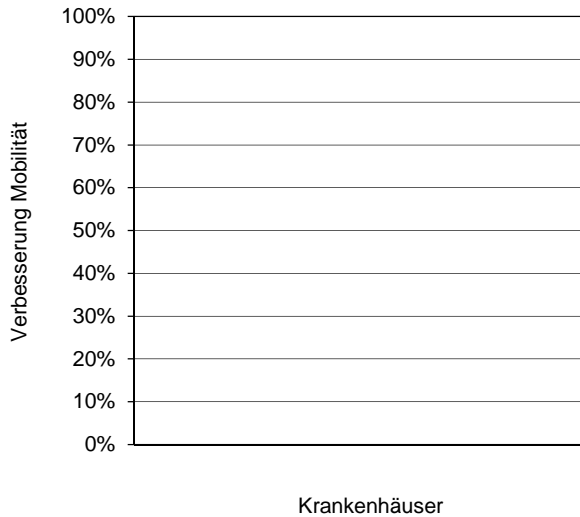
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten, die nicht mobil bei Aufnahme sind (BI Fortbewegung = 0 Punkte) und nicht mehr "nicht mobil" bei Entlassung sind (BI Fortbewegung ≥ 5 Punkte)			78 / 183	42,6%
Vertrauensbereich				35,3% - 50,1%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2021/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:

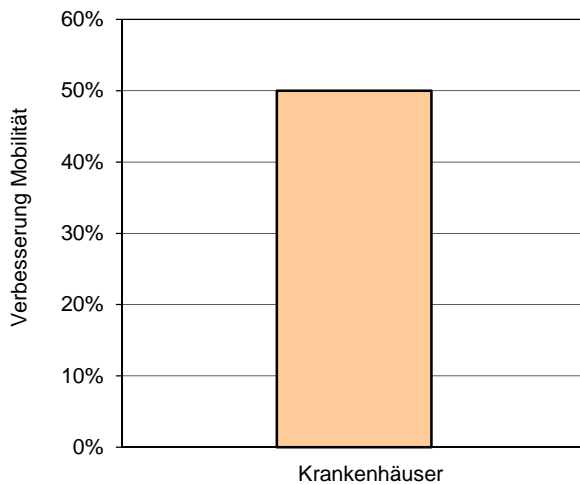
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0

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: 2021/FREHA_HH/151128

Referenzbereich: >= 44,0%

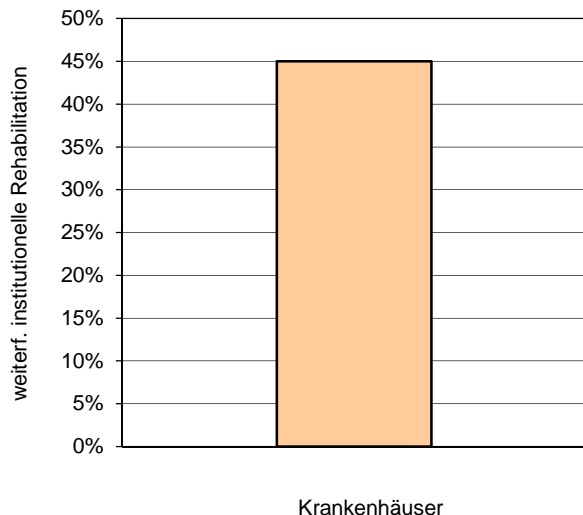
	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			9 / 20	45,0%
Vertrauensbereich				23,0% - 68,5%
Referenzbereich		>= 44,0%		>= 44,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten, welche die Reha-Phase C, D oder F erreichen			111 / 192	57,8%
Vertrauensbereich				50,5% - 64,9%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2021/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:

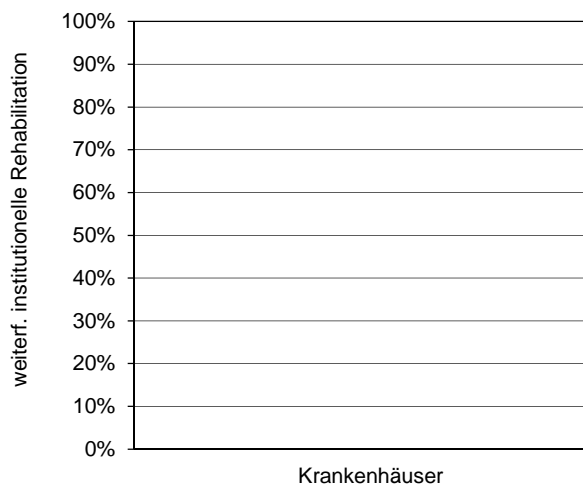
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0

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: 2021/FREHA_HH/151129

Referenzbereich: <= 21,0%

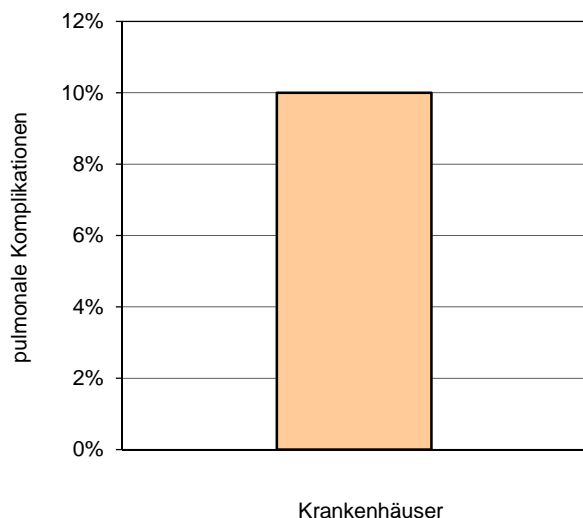
	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			2 / 20	10,0%
Vertrauensbereich				1,2% - 31,7%
Referenzbereich		<= 21,0%		<= 21,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit Tracheobronchitis oder Pneumonie im Verlauf der Rehabilitation			41 / 192	21,4%
Vertrauensbereich				15,8% - 27,8%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2021/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:

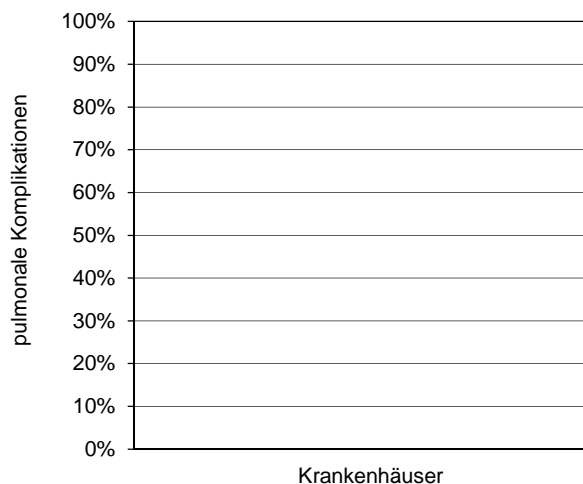
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 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: 2021/FREHA_HH/151131

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

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			20 / 23	87,0%
Vertrauensbereich				66,4% - 97,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

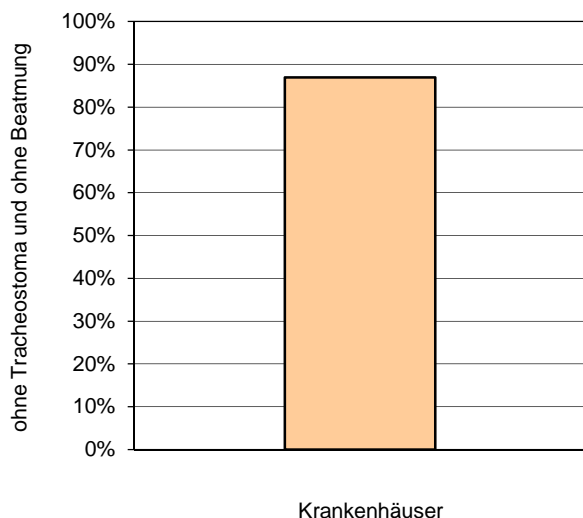
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten ohne Tracheostoma und ohne Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			167 / 175	95,4%
Vertrauensbereich				91,2% - 98,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2021/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:

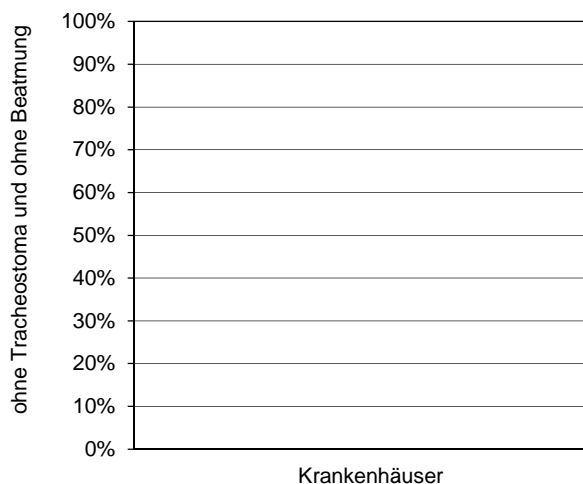
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 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: 2021/FREHA_HH/151132

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

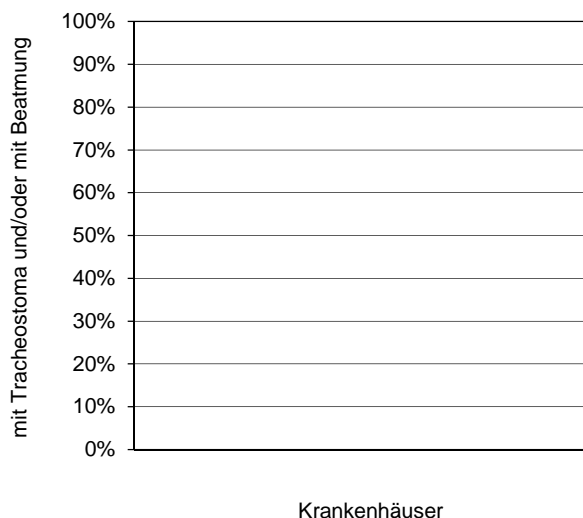
	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			0 / 0	
Vertrauensbereich				
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Alle Patienten mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung, die nach der Rehabilitation lebend entlassen werden			25 / 27	92,6%
Vertrauensbereich				75,7% - 99,1%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2021/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:

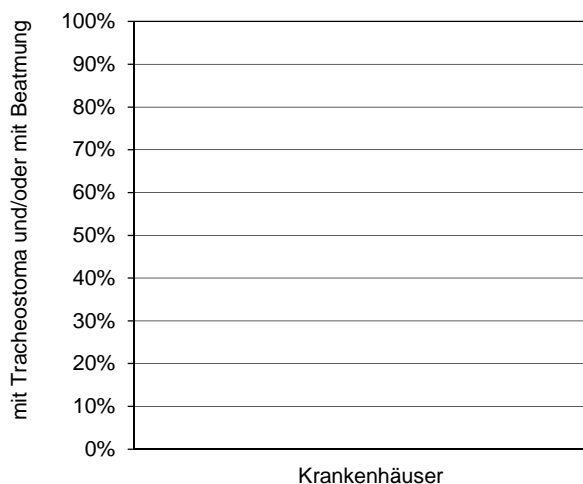
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

1 Krankenhaus hat 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:	2021/FREHA_HH/151195
	Gruppe 2:	2021/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 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verteilung der Patienten auf die Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
			11	
1 bis 5 Tage			1 / 11	9,1%
6 bis 10 Tage			3 / 11	27,3%
11 bis 15 Tage			1 / 11	9,1%
16 bis 20 Tage			0 / 11	0,0%
21 bis 25 Tage			0 / 11	0,0%
26 bis 30 Tage			0 / 11	0,0%
31 bis 35 Tage			1 / 11	9,1%
36 bis 40 Tage			1 / 11	9,1%
41 bis 45 Tage			0 / 11	0,0%
Median				8,0 Tage
Mittelwert				9,9 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
			12	
1 bis 5 Tage			2 / 12	16,7%
6 bis 10 Tage			2 / 12	16,7%
11 bis 15 Tage			3 / 12	25,0%
16 bis 20 Tage			1 / 12	8,3%
21 bis 25 Tage			1 / 12	8,3%
26 bis 30 Tage			0 / 12	0,0%
31 bis 35 Tage			0 / 12	0,0%
36 bis 40 Tage			0 / 12	0,0%
41 bis 45 Tage			0 / 12	0,0%
Median				7,0 Tage
Mittelwert				8,4 Tage
Referenzwert		nicht definiert		nicht definiert

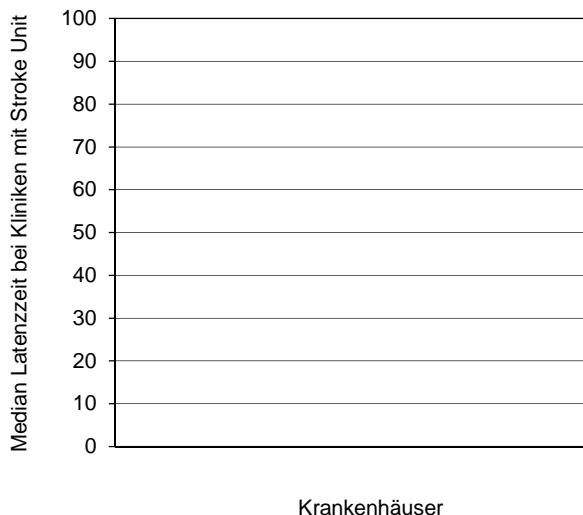
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation in Tagen				
Gruppe 1: Alle Patienten aus Kliniken mit Stroke Unit				
Median				8,0 Tage
Mittelwert				9,0 Tage
Gruppe 2: Alle Patienten aus Kliniken ohne Stroke Unit				
Median				13,0 Tage
Mittelwert				19,4 Tage

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2021/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:

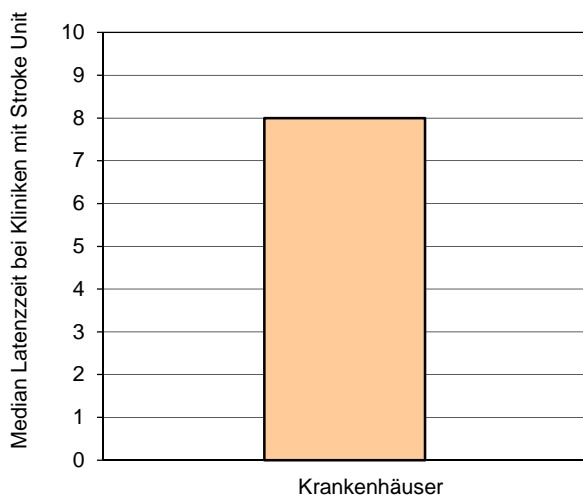
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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
	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0

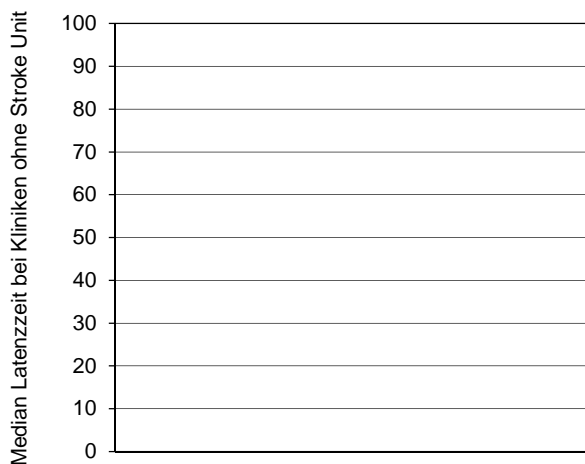
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2021/FREHA_HH/151200]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

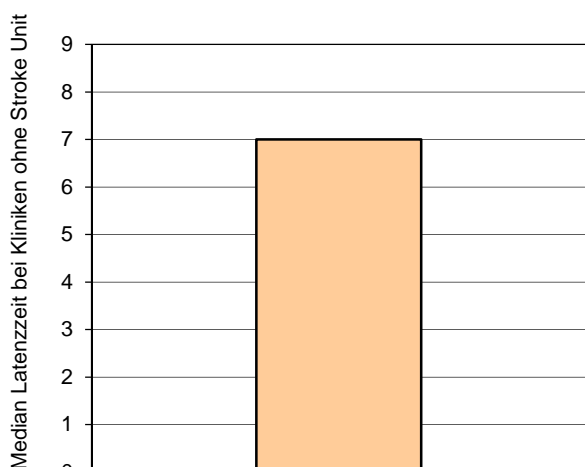


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben 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: 2021/FREHA_HH/151130

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			1 / 1	100,0% 2,5% - 100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%		%
Anzahl der Patienten mit Trachealkanüle bei Aufnahme und ohne Trachealkanüle bei Entlassung Vertrauensbereich			18 / 25	72,0% 50,6% - 88,0%

Basisdaten

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			23	100,0	103	51,0
3. Quartal			0	0,0	94	46,5
4. Quartal			0	0,0	5	2,5
Gesamt			23		202	

Patienten

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			23		202	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>73,0 Jahre</i>		<i>72,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			8	34,8	119	58,9
weiblich			15	65,2	83	41,1
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			0	0,0	0	0,0

Aufnahmestatus - körperlich

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mobil bei Aufnahme						
ja			2 / 23	8,7	10 / 202	5,0
nein			21 / 23	91,3	192 / 202	95,0
Modified Rankin Scale bei Aufnahme						
Keine Symptome			0 / 23	0,0	0 / 202	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 23	0,0	1 / 202	0,5
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			0 / 23	0,0	0 / 202	0,0
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			4 / 23	17,4	4 / 202	2,0
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			11 / 23	47,8	90 / 202	44,6
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			8 / 23	34,8	107 / 202	53,0
Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme						
Median		<i>Punkte</i>	10,0	<i>Punkte</i>	-40,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	-0,3	<i>Punkte</i>	-56,9	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme						
ja			6 / 23	26,1	136 / 202	67,3
nein			17 / 23	73,9	66 / 202	32,7
Tracheostoma/Beatmung bei Aufnahme						
Tracheostoma			0 / 23	0,0	17 / 202	8,4
Beatmung			0 / 23	0,0	10 / 202	5,0
nein			23 / 23	100,0	175 / 202	86,6
Trachealkanüle bei Aufnahme						
ja			1 / 23	4,3	26 / 202	12,9
nein			22 / 23	95,7	176 / 202	87,1

Aufnahmestatus - kognitiv

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewusstseinsstatus bei Aufnahme						
Patient ist wach			23 / 23	100,0	185 / 202	91,6
Locked in			0 / 23	0,0	0 / 202	0,0
Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit			0 / 23	0,0	1 / 202	0,5
Patient im Minimal Conscious State			0 / 23	0,0	8 / 202	4,0
Patient komatös			0 / 23	0,0	8 / 202	4,0
Depressionen bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes						
ja			3 / 23	13,0	30 / 202	14,9
nein			17 / 23	73,9	90 / 202	44,6
nicht beurteilbar			3 / 23	13,0	82 / 202	40,6
Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme						
ja			7 / 23	30,4	110 / 202	54,5
nein			16 / 23	69,6	81 / 202	40,1
nicht beurteilbar			0 / 23	0,0	11 / 202	5,4
Neglect bei Aufnahme						
nein			16 / 23	69,6	101 / 202	50,0
mäßig			6 / 23	26,1	36 / 202	17,8
schwer			0 / 23	0,0	32 / 202	15,8
nicht beurteilbar			1 / 23	4,3	33 / 202	16,3

Komorbiditäten

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten bei Aufnahme						
ja			18 / 23	78,3	181 / 202	89,6
nein			5 / 23	21,7	21 / 202	10,4
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
Früherer Schlaganfall			6 / 18	33,3	38 / 181	21,0
Diabetes mellitus			7 / 18	38,9	55 / 181	30,4
Arterielle Hypertonie			16 / 18	88,9	156 / 181	86,2
Vorhofflimmern			5 / 18	27,8	67 / 181	37,0
Dekubitus >= Grad 2			0 / 18	0,0	9 / 181	5,0
Dialysepflicht			0 / 18	0,0	0 / 181	0,0
MRE			0 / 18	0,0	15 / 181	8,3
Isolationspflicht			0 / 18	0,0	17 / 181	9,4
Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher			1 / 18	5,6	19 / 181	10,5
COPD Grad III oder IV			0 / 18	0,0	7 / 181	3,9

Katheter und Sonden

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme						
ja			22 / 23	95,7	176 / 202	87,1
nein			1 / 23	4,3	26 / 202	12,9
wenn ja: (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 22	0,0	3 / 176	1,7
suprapubischer Blasen- katheter			0 / 22	0,0	3 / 176	1,7
transurethraler Blasen-katheter			18 / 22	81,8	164 / 176	93,2
nasogastrale Sonde			3 / 22	13,6	61 / 176	34,7
PEG/PEJ			0 / 22	0,0	16 / 176	9,1
zentraler Venenkatheter			1 / 22	4,5	19 / 176	10,8
peripherer Venenkatheter			18 / 22	81,8	90 / 176	51,1

Komplikationen

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komplikationen im Verlauf						
ja			11 / 23	47,8	120 / 202	59,4
nein			12 / 23	52,2	82 / 202	40,6
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Sturz mit Fraktur			1 / 11	9,1	3 / 120	2,5
Delir oder Psychose			4 / 11	36,4	28 / 120	23,3
Pneumonie			3 / 11	27,3	43 / 120	35,8
Tracheobronchitis			0 / 11	0,0	2 / 120	1,7
MRE im Verlauf			1 / 11	9,1	8 / 120	6,7
infektiöse Gastroenteritis			0 / 11	0,0	5 / 120	4,2
Sepsis/SIRS			0 / 11	0,0	9 / 120	7,5
Thrombose			0 / 11	0,0	1 / 120	0,8
Lungenembolie			1 / 11	9,1	1 / 120	0,8
Re-Infarkt			2 / 11	18,2	2 / 120	1,7
Re-Blutung			0 / 11	0,0	2 / 120	1,7
Myokardinfarkt			0 / 11	0,0	1 / 120	0,8
dekompensierte						
Herzinsuffizienz			2 / 11	18,2	12 / 120	10,0
akutes Nierenversagen			2 / 11	18,2	7 / 120	5,8
shuntpflichtiger						
Hydrocephalus			0 / 11	0,0	3 / 120	2,5
funktionelle beeinträchtigungende Kontrakturen			0 / 11	0,0	5 / 120	4,2
epileptischer Anfall			1 / 11	9,1	3 / 120	2,5
klinisch relevante Blutung			0 / 11	0,0	6 / 120	5,0
schmerzhafte Schulter			0 / 11	0,0	10 / 120	8,3
symptomatischer						
Harnwegsinfekt			3 / 11	27,3	54 / 120	45,0
Dekubitus			0 / 11	0,0	6 / 120	5,0
Reanimationspflichtigkeit			2 / 11	18,2	3 / 120	2,5

Entlassungsstatus - körperlich (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Modified Rankin Scale bei Entlassung						
Keine Symptome			0 / 20	0,0	0 / 192	0,0
Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.			0 / 20	0,0	1 / 192	0,5
Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.			4 / 20	20,0	1 / 192	0,5
Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.			7 / 20	35,0	37 / 192	19,3
Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.			7 / 20	35,0	126 / 192	65,6
Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.			2 / 20	10,0	27 / 192	14,1
Tod infolge des Schlaganfalls			0 / 20	0,0	0 / 192	0,0
Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung						
Median		<i>Punkte</i>	20,0	<i>Punkte</i>	30,0	<i>Punkte</i>
Mittelwert		<i>Punkte</i>	25,4	<i>Punkte</i>	9,1	<i>Punkte</i>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			6 / 20	30,0	140 / 192	72,9
ja			1 / 6	16,7	37 / 140	26,4
nein			5 / 6	83,3	103 / 140	73,6
Trachealkanüle bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1 / 20	5,0	72 / 192	37,5
ja			0 / 1	0,0	7 / 72	9,7
nein			1 / 1	100,0	65 / 72	90,3
Mobil bei Entlassung						
ja			11 / 20	55,0	83 / 192	43,2
nein			9 / 20	45,0	109 / 192	56,8

Entlassungsstatus - kognitiv (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5 / 20	25,0	125 / 192	65,1
ja			0 / 5	0,0	38 / 125	30,4
nein			5 / 5	100,0	83 / 125	66,4
nicht beurteilbar			0 / 5	0,0	4 / 125	3,2
Depressionen bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			3 / 20	15,0	78 / 192	40,6
ja			1 / 3	33,3	19 / 78	24,4
nein			2 / 3	66,7	46 / 78	59,0
nicht beurteilbar			0 / 3	0,0	13 / 78	16,7
Neglect bei Entlassung						
nein			15 / 20	75,0	129 / 192	67,2
mäßig			5 / 20	25,0	34 / 192	17,7
schwer			0 / 20	0,0	15 / 192	7,8
nicht beurteilbar			0 / 20	0,0	14 / 192	7,3

Katheter und Sonden (wenn Entlassungsgrund nicht Tod)

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung						
ja			6 / 20	30,0	98 / 192	51,0
nein			14 / 20	70,0	94 / 192	49,0
wenn ja: (Mehrfachnennungen sind möglich)						
naso/orotrachealer Tubus			0 / 6	0,0	0 / 98	0,0
suprapubischer Blasenkatheter			0 / 6	0,0	5 / 98	5,1
transurethraler Blasenkatheter			5 / 6	83,3	71 / 98	72,4
nasogastrale Sonde			1 / 6	16,7	3 / 98	3,1
PEG/PEJ			1 / 6	16,7	47 / 98	48,0
zentraler Venenkatheter			0 / 6	0,0	2 / 98	2,0
peripherer Venenkatheter			1 / 6	16,7	10 / 98	10,2
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung						
RR > 140/85 mmHg			0 / 23	0,0	19 / 202	9,4
RR <= 140/85 mmHg			20 / 23	87,0	174 / 202	86,1
Entlassungsgrund Tod ohne Tracheostoma und ohne Beatmung?						
ja			2 / 23	8,7	8 / 202	4,0
nein			1 / 23	4,3	2 / 202	1,0
Entlassungsgrund Tod mit Tracheostoma und/oder mit Beatmung						
ja			1 / 23	4,3	2 / 202	1,0
nein			2 / 23	8,7	8 / 202	4,0
Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten						
ja			7 / 23	30,4	31 / 202	15,3
nein			16 / 23	69,6	171 / 202	84,7
Verweildauer in Tagen						
Median		Tage		28,0 Tage		37,0 Tage

Entlassungsart

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nach Hause			2 / 23	8,7	19 / 202	9,4
Phase C - Weiterführende Rehabilitation			6 / 23	26,1	105 / 202	52,0
Phase D - Anschlussheilbe- handlung (AHB)			3 / 23	13,0	1 / 202	0,5
Phase F - Aktivierende und zustandserhaltende Nachsorge			0 / 23	0,0	5 / 202	2,5
Pflegeeinrichtung/Heim			7 / 23	30,4	49 / 202	24,3
Hospiz			1 / 23	4,3	0 / 202	0,0
Tod			3 / 23	13,0	10 / 202	5,0
Akutstationäre Verlegung (intern/extern)			1 / 23	4,3	13 / 202	6,4

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 2021.

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 2021 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2020 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 2020 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2021 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.

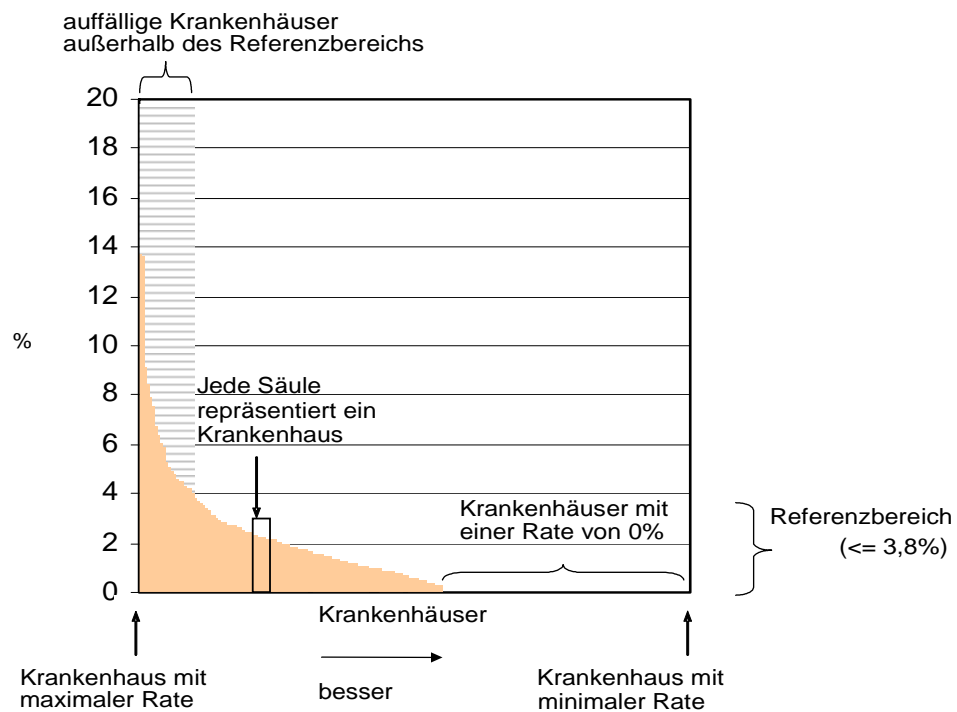
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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