

Jahresauswertung 2019 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.920
Datensatzversion: apo_hh 2019 2.1
Datenbankstand: 03. Februar 2020
2019 - D18081-L115469-P54467

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			91,6%	>= 80,0%	7
2019/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			91,3%	>= 80,0%	9
2019/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			96,9%	>= 90,0%	11
2019/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			90,7%	>= 80,0%	13
2019/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			98,7%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2019/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			100,0%	<= 0,5%	17
2019/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			65,3%	<= 4,0%	17
2019/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			62,0%	<= 25,0%	17
2019/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			89,6%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2019/apo_hh/103490			68,0%	>= 65,0%	24
2019/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			69,0%	nicht definiert	27

¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
2019/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			48,1%	>= 40,0%	29
2019/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			85,8%	>= 80,0%	29
2019/apo_hh/151296					
QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie					
			83,7%	>= 60,0%	33
2019/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			39,9%	nicht definiert	35
2019/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			48,2%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			28,9%	-	44
2019/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			25,0%	-	45
2019/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			263,0 Min.	-	46
2019/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			3,2%	-	47
2019/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			34,0%	-	48

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

Qualitätsziel: Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (<= Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Lähmungen durch einen Physiotherapeuten während des Krankenhausaufenthaltes

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter Parese **und** deutlicher Funktionseinschränkung (Rankin Scale bei Aufnahme: Wert >= 3)
(Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.201 / 2.404	91,6% 90,4% - 92,6% >= 80,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.226 / 2.361	94,3% 93,3% - 95,2%

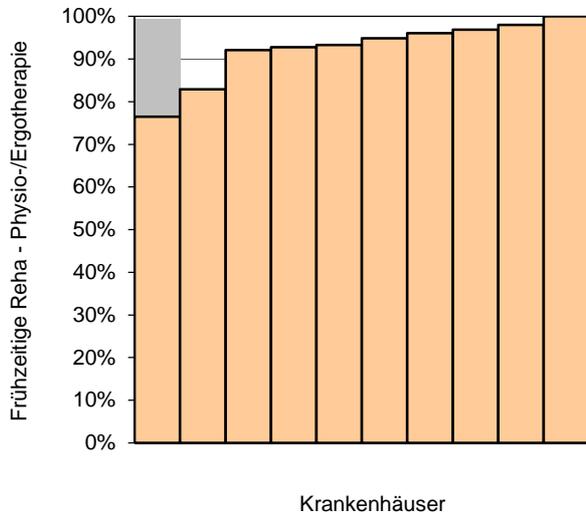
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/apo_hh/83284]:

Anteil von Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder einen Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme an allen Patienten mit dokumentierter Parese und deutlicher Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

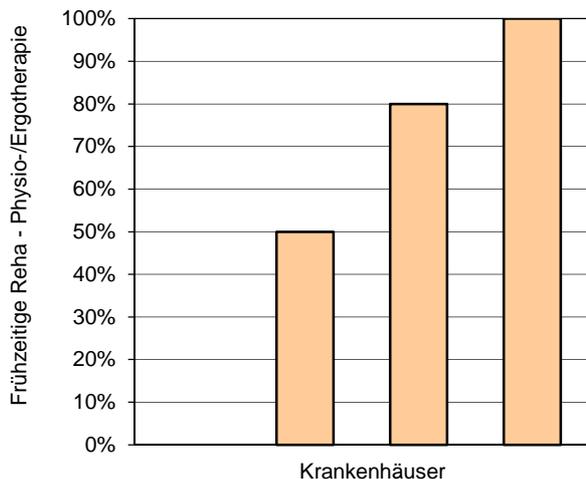
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,5	76,5	79,7	92,1	94,1	96,9	99,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	65,0	90,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

Qualitätsziel: Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.494 / 2.731	91,3% 90,2% - 92,4% >= 80,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.621 / 2.786	94,1% 93,1% - 94,9%

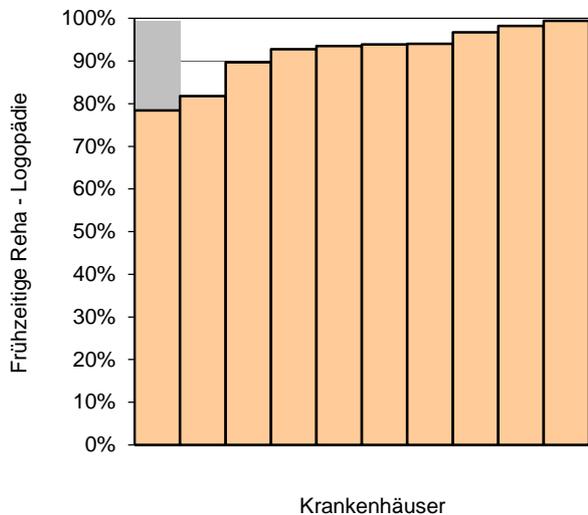
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/apo_hh/83285]:

Anteil von Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme an allen Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

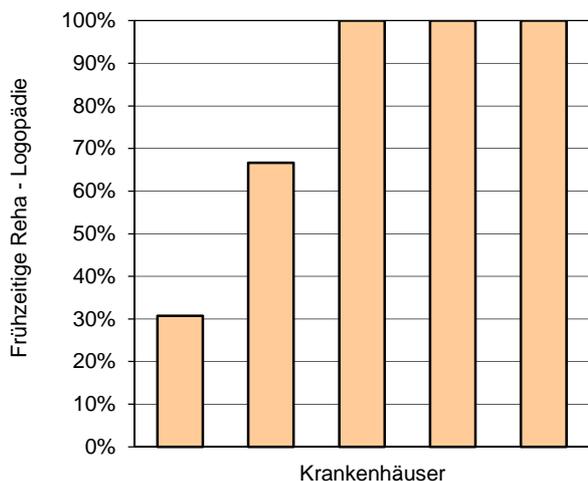
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,4	78,4	80,1	89,8	93,7	96,8	98,8	99,4	99,4

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
	30,8	30,8	30,8	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel: Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

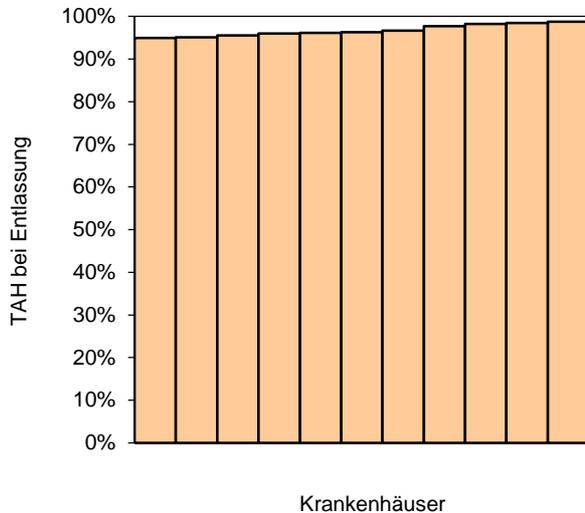
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.588 / 5.768	96,9%
Vertrauensbereich				96,4% - 97,3%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			4.882 / 5.050	96,7%
Vertrauensbereich				96,1% - 97,2%

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

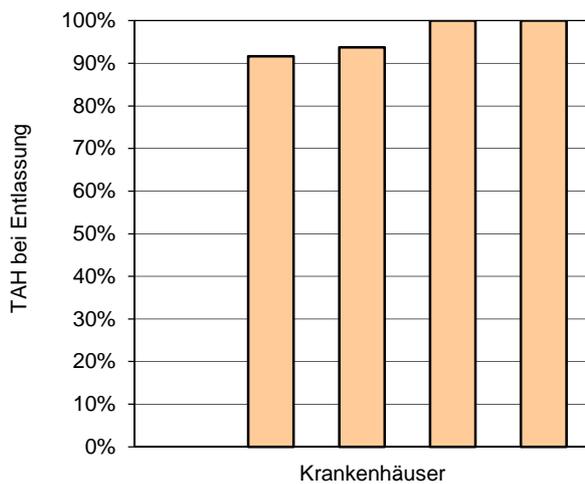
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,9	94,9	95,1	95,5	96,3	98,3	98,5	98,8	98,8

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	91,7	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel: Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt sind: Rankin Scale Wert 0,1,2,3 bei Entlassung

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.381 / 1.522	90,7%
Vertrauensbereich				89,2% - 92,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.896 / 1.977	95,9%
Vertrauensbereich				94,9% - 96,7%

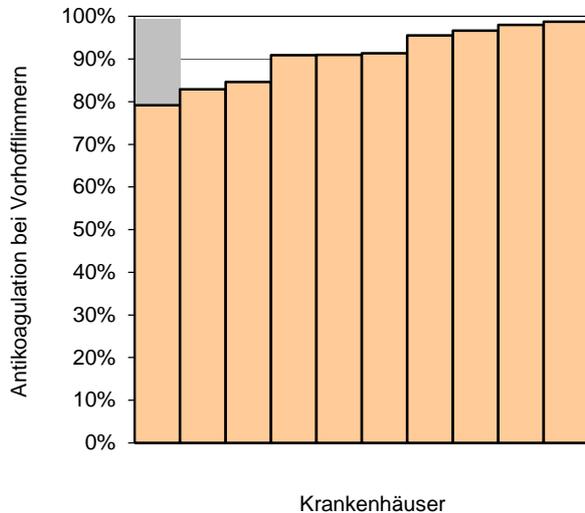
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/apo_hh/83288]:

Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt sind (Rankin Scale Wert 0,1,2,3 bei Entlassung)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

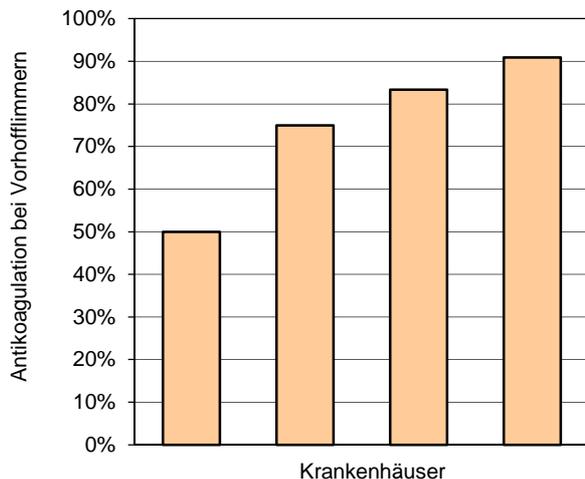
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,2	79,2	81,0	84,6	91,2	96,7	98,4	98,8	98,8

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
	50,0	50,0	50,0	62,5	79,2	87,1	90,9	90,9	90,9

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel: Durchführung einer farbkodierten extra- und intrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 95,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			8.260 / 8.370	98,7% 98,4% - 98,9% >= 95,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			8.308 / 8.404	98,9% 98,6% - 99,1%

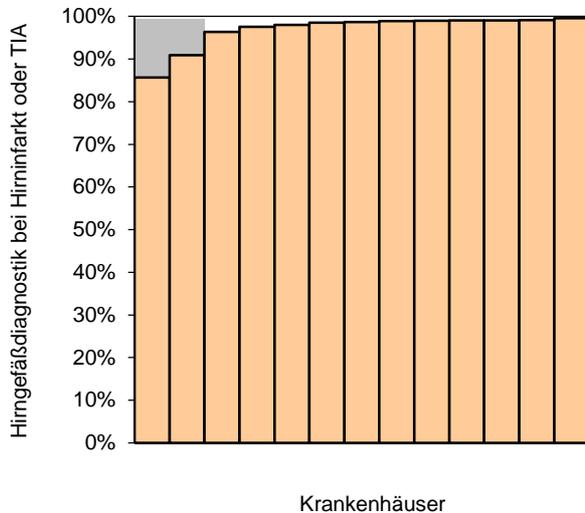
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/apo_hh/83292]:

Anteil von Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie und/oder Computertomographische Angiographie) an allen Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

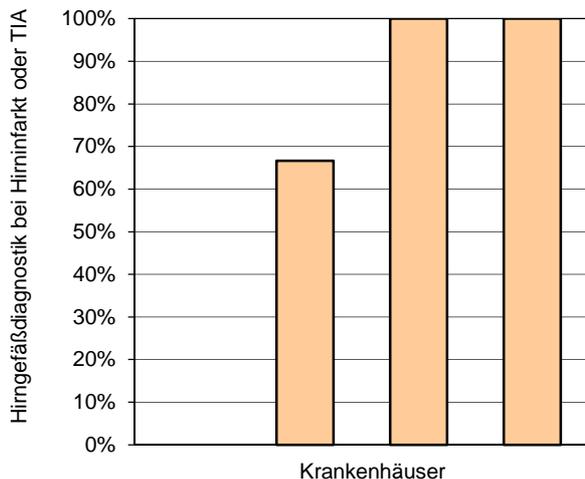
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	90,9	97,6	98,7	99,0	99,1	99,6	99,6

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	33,3	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ am Tag 7	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit TIA (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Blutung (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/apo_hh/83293
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/83385
	Gruppe 3:	2019/apo_hh/83386
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 0,5%
	Gruppe 2:	<= 4,0%
	Gruppe 3:	<= 25,0%

	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	4 / 4 100,0%	62 / 95 65,3%	31 / 50 62,0%
Vertrauensbereich	39,7% - 100,0%	54,8% - 74,8%	47,1% - 75,4%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	■	■	■

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 1 0,0% 0,0% - 97,5%	22 / 37 59,5% 42,0% - 75,3%	15 / 19 78,9% 54,4% - 94,0%

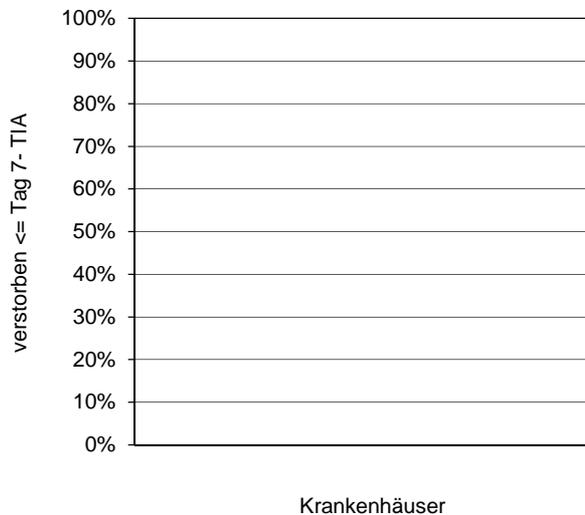
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2019/apo_hh/83293]:

Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

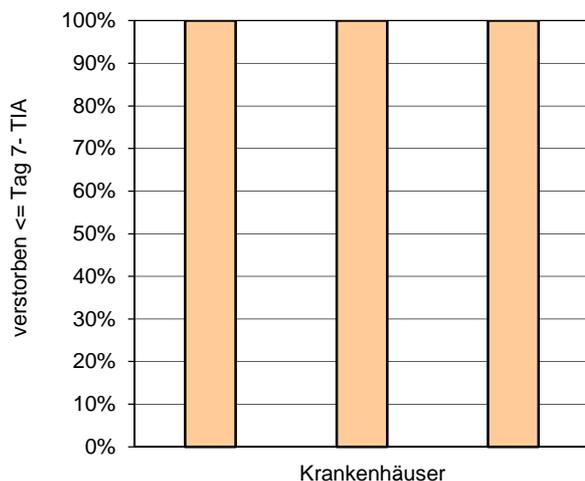
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

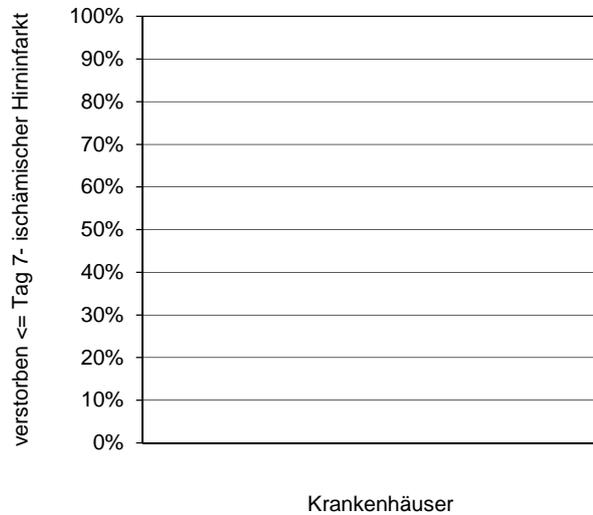
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/apo_hh/83385]:

Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit ischämischen Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

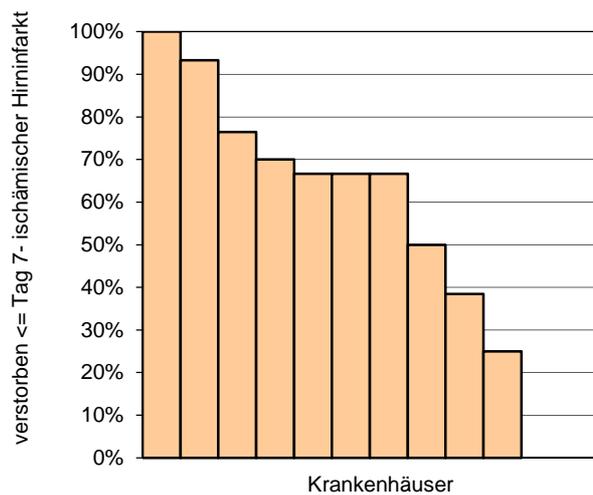
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 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	31,7	66,7	73,2	93,3	100,0	100,0

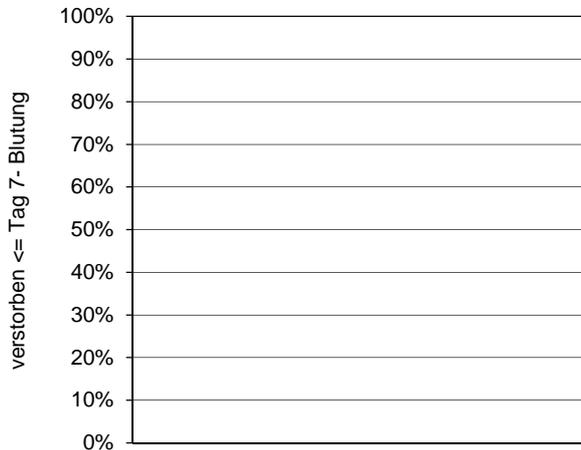
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2019/apo_hh/83386]:

Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

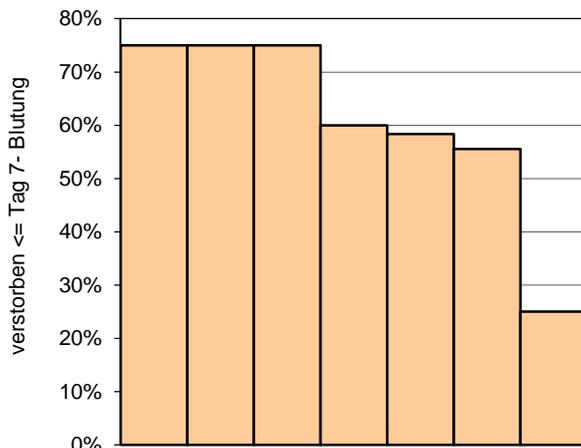


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	55,6	60,0	75,0	75,0	75,0	75,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

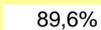
Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

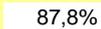
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schlaganfall
(Ausschluss: Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.928 / 5.500	 89,6%
Vertrauensbereich				88,8% - 90,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

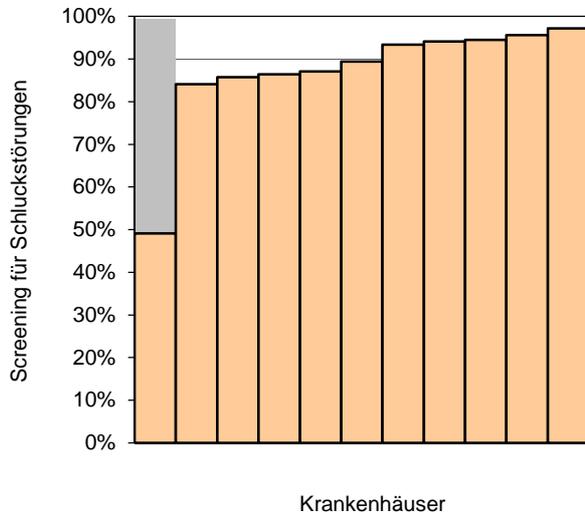
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.805 / 5.473	 87,8%
Vertrauensbereich				86,9% - 88,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/apo_hh/83294]:

Anteil von Patienten mit Schlucktest nach Protokoll an allen Patienten mit Schlaganfall (Ausschluss: Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund Tod)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

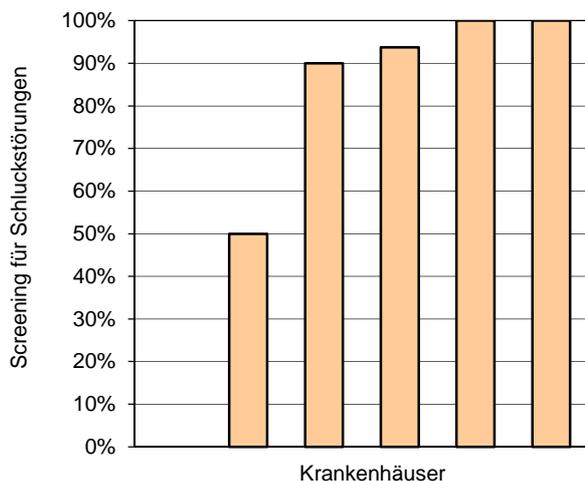
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	49,1	49,1	84,1	85,8	89,4	94,5	95,6	97,2	97,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	50,0	91,9	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

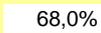
Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 6 Stunden

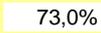
Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 6 Stunden
(Ausschluss: Patienten mit TIA)

Indikator-ID: 2019/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.443 / 2.122	 68,0%
Vertrauensbereich				66,0% - 70,0%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.401 / 1.920	 73,0%
Vertrauensbereich				70,9% - 74,9%

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

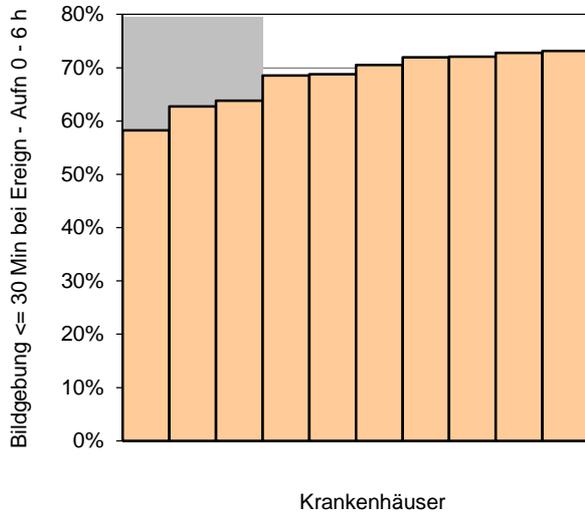
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			299 / 2.122	14,1%
> 1 bis 3 Stunden			165 / 2.122	7,8%
> 3 bis 6 Stunden			48 / 2.122	2,3%
> 6 Stunden			71 / 2.122	3,3%
1. Bildgebung vor Aufnahme			90 / 2.122	4,2%
keine Bildgebung erfolgt			6 / 2.122	0,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/apo_hh/103490]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis <= 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

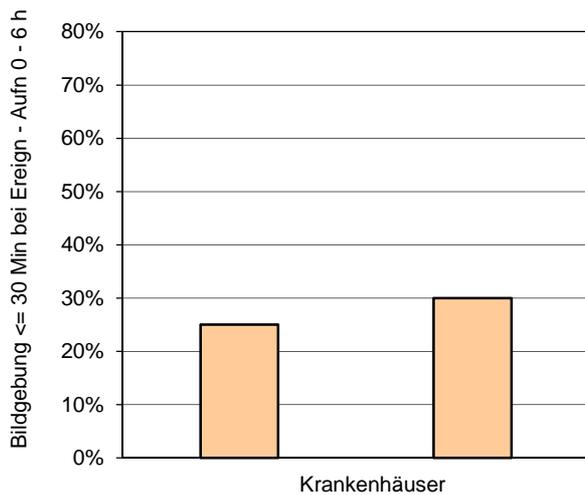
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,3	58,3	60,5	63,8	69,7	72,1	73,0	73,2	73,2

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
	25,0	25,0	25,0	25,0	27,5	30,0	30,0	30,0	30,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

Qualitätsziel: Hoher Anteil an potentiell geeigneten Patienten, die eine Thrombolyse erhalten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme <= 4,5 Stunden und NIHSS >= 4 und <= 25 bei Aufnahme

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			698 / 1.012	69,0%
Vertrauensbereich				66,0% - 71,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

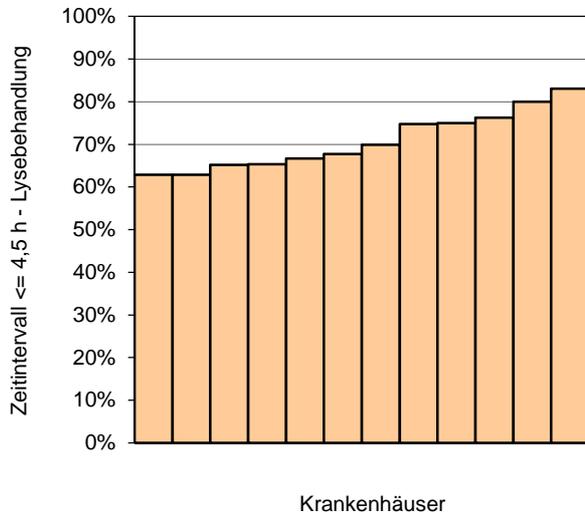
² Aufgrund der geänderten Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2019/apo_hh/83311]:

Anteil von Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme $\leq 4,5$ Stunden und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,9	62,9	62,9	65,3	68,8	75,6	80,0	83,1	83,1

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Systemische Thrombolyse – door-to-needle-time

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
Grundgesamtheit:	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/103509
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 40,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			497 / 1.034	48,1%
Vertrauensbereich				45,0% - 51,2%
Referenzbereich		>= 40,0%		>= 40,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			911 / 1.062	85,8%
Vertrauensbereich				83,5% - 87,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			529 / 1.033	51,2%
Vertrauensbereich				48,1% - 54,3%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			884 / 1.033	85,6%
Vertrauensbereich				83,3% - 87,7%

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

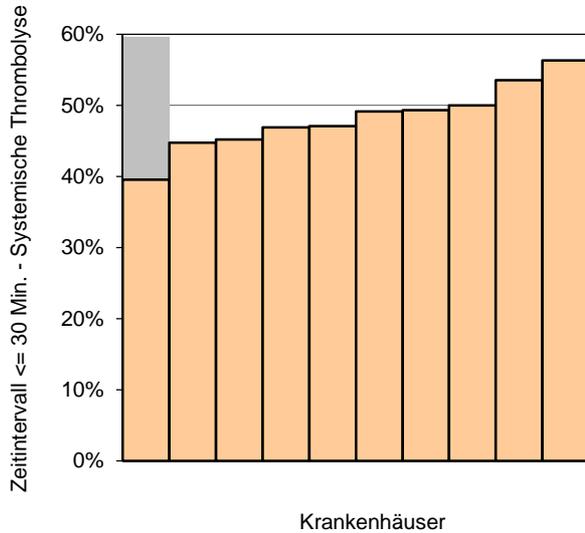
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			394 / 1.062	37,1%
> 1 - 2 Stunden			103 / 1.062	9,7%
> 2 - 3 Stunden			13 / 1.062	1,2%
> 3 - 4 Stunden			8 / 1.062	0,8%
> 4 - 6 Stunden			1 / 1.062	0,1%
> 6 Stunden			26 / 1.062	2,4%
keine Lyse durchgeführt			0 / 1.062	0,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2019/apo_hh/103508]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 30 Minuten an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

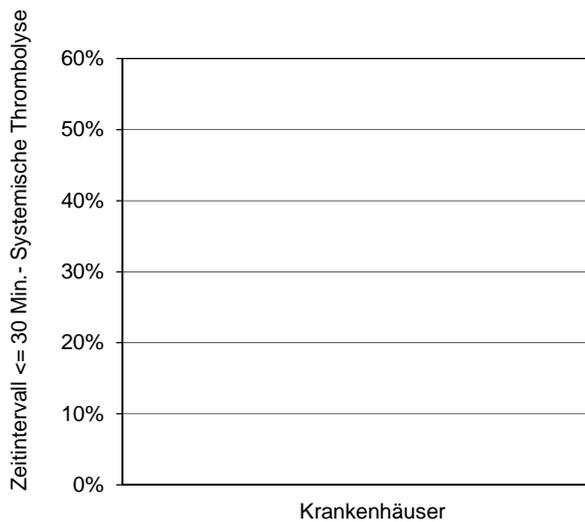
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	39,6	39,6	42,2	45,2	48,1	50,0	54,9	56,3	56,3

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

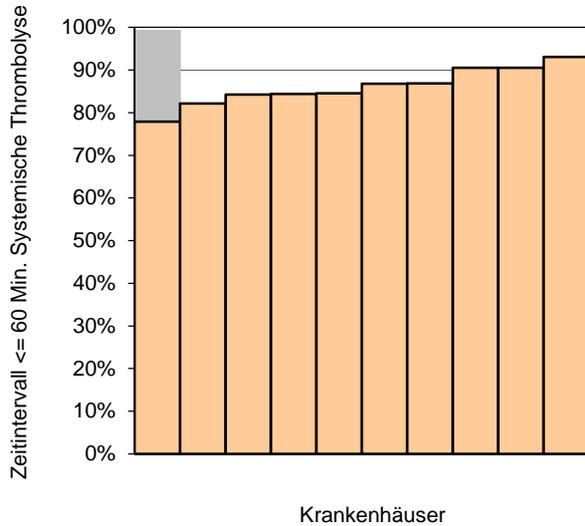
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2019/apo_hh/103509]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 60 Minuten an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

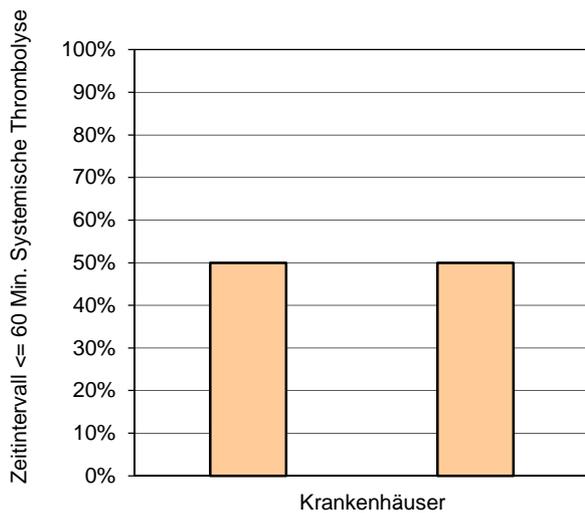
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,9	77,9	80,0	84,3	85,7	90,5	91,8	93,1	93,1

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
	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2019/apo_hh/151296

Referenzbereich: >= 60,0%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			231 / 276	83,7%
Vertrauensbereich				78,8% - 87,9%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

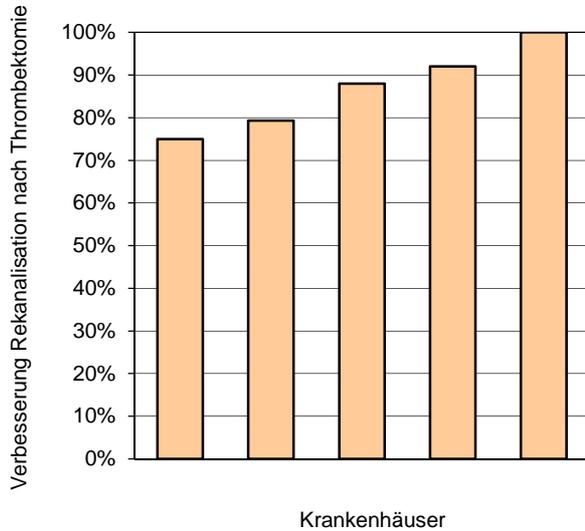
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2019/apo_hh/151296]:

Anteil an Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie an allen Patienten mit Thrombektomie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

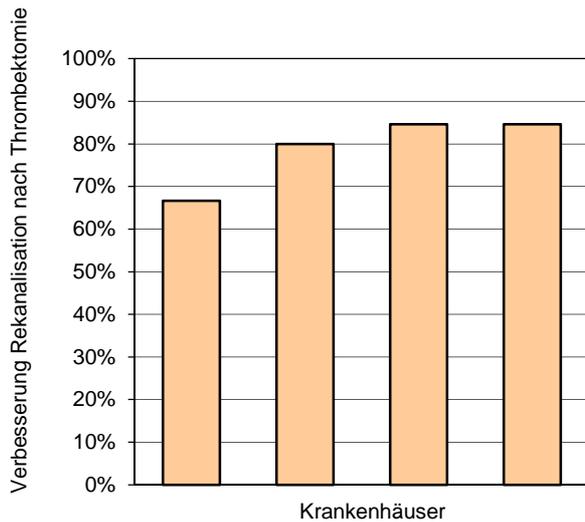
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	79,3	88,0	92,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	73,3	82,3	84,6	84,6	84,6	84,6

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2019/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			110 / 276	39,9%
Vertrauensbereich				34,0% - 45,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

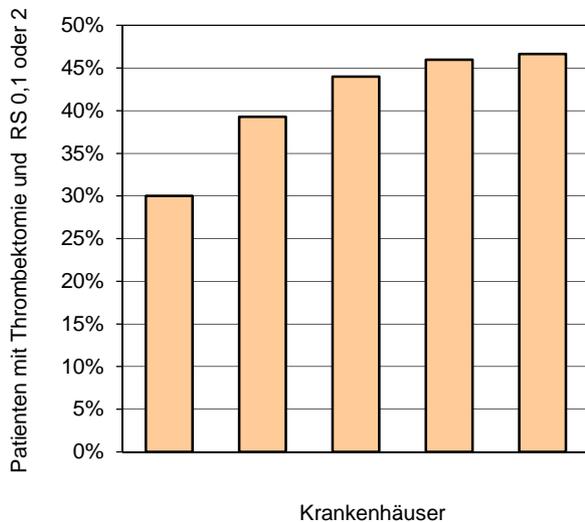
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2019/apo_hh/151297]:

Anteil an Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 an allen Patienten mit Thrombektomie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

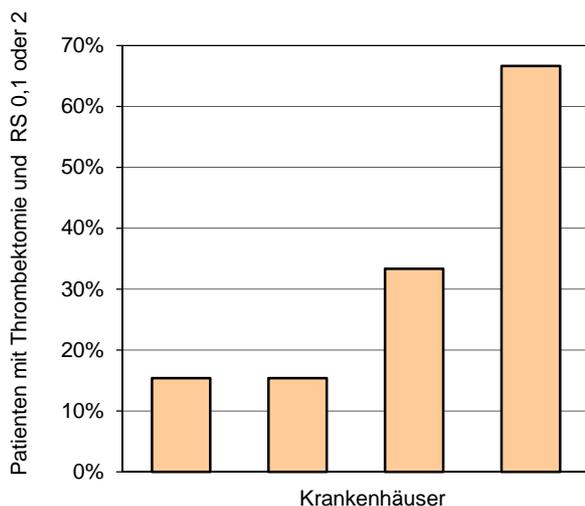
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,0	30,0	30,0	39,3	44,0	46,0	46,7	46,7	46,7

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
	15,4	15,4	15,4	15,4	24,4	50,0	66,7	66,7	66,7

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83372

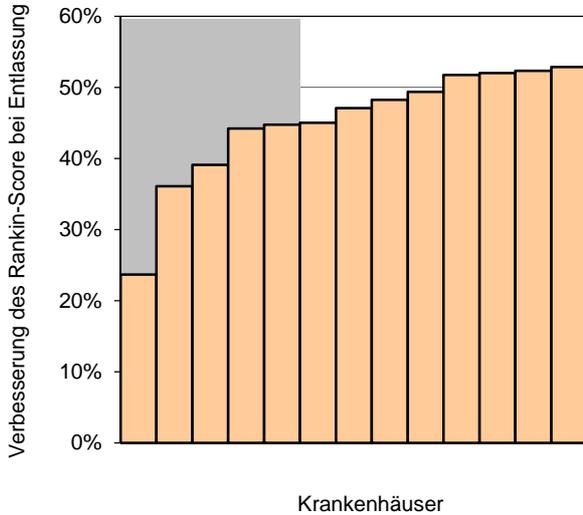
Referenzbereich: $\geq 45,0\%$

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.377 / 9.081	48,2%
Vertrauensbereich			47,2% - 49,2%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.350 / 8.996	48,4%
Vertrauensbereich			47,3% - 49,4%

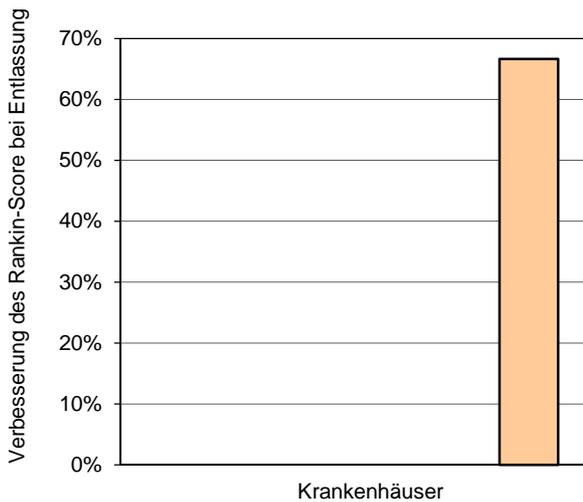
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2019/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,7	23,7	36,1	44,2	47,1	51,7	52,3	52,9	52,9

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	0,0	0,0	33,3	66,7	66,7	66,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2019

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome						
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung						
2 geringgradige Funktionseinschränkung						
3 mässiggradige Funktionseinschränkung						
4 mittelschwere Funktionseinschränkung						
5 schwere Funktionseinschränkung						
6 Tod						
Rankin bei Entlassung						

Gesamt 2019

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	1.607 17,7%	848 9,3%	600 6,6%	258 2,8%	94 1,0%	42 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	66 0,7%	552 6,1%	714 7,9%	299 3,3%	100 1,1%	44 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	19 0,2%	47 0,5%	516 5,7%	512 5,6%	154 1,7%	72 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	7 0,1%	16 0,2%	60 0,7%	379 4,2%	308 3,4%	89 1,0%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	6 0,1%	7 0,1%	28 0,3%	69 0,8%	263 2,9%	243 2,7%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	4 0,0%	3 0,0%	26 0,3%	49 0,5%	370 4,1%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

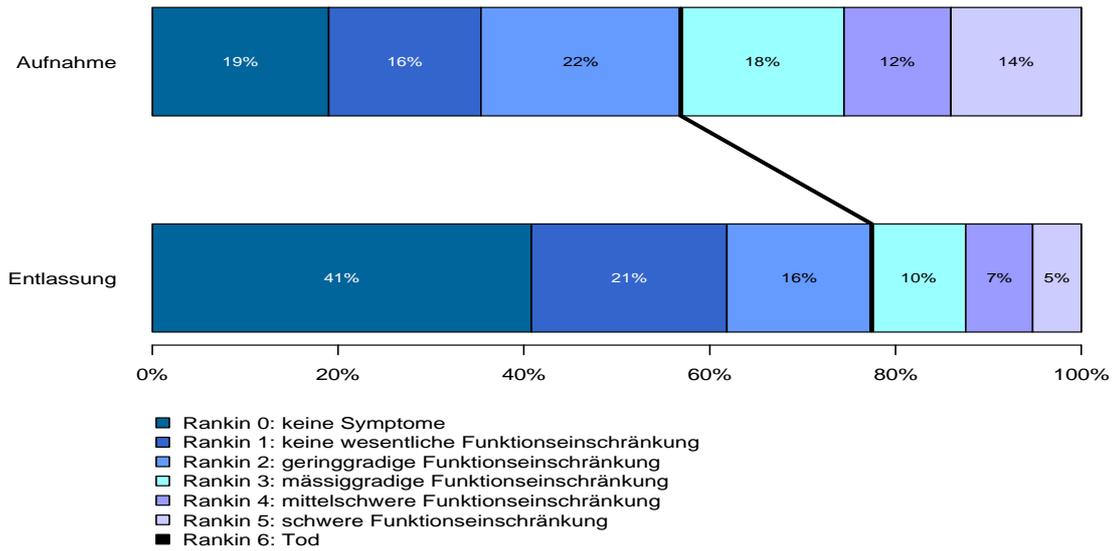
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2018**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome						
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung						
2 geringgradige Funktionseinschränkung						
3 mässiggradige Funktionseinschränkung						
4 mittelschwere Funktionseinschränkung						
5 schwere Funktionseinschränkung						
6 Tod						
Rankin bei Entlassung						

**Vorjahresdaten
Gesamt 2018**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	1.597 17,8%	1.030 11,4%	531 5,9%	255 2,8%	95 1,1%	42 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	70 0,8%	510 5,7%	673 7,5%	281 3,1%	82 0,9%	34 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	15 0,2%	64 0,7%	574 6,4%	521 5,8%	192 2,1%	40 0,4%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	8 0,1%	15 0,2%	61 0,7%	356 4,0%	279 3,1%	83 0,9%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	6 0,1%	4 0,0%	25 0,3%	44 0,5%	261 2,9%	212 2,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	11 0,1%	22 0,2%	61 0,7%	398 4,4%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden

Qualitätsziel: Minimierung des Zeitintervalls zwischen Symptombeginn und Aufnahme (event-to-door-time; ETDT) im Krankenhaus bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			2.180 / 9.081	24,0%
> 2 - <= 3 Stunden			466 / 9.081	5,1%
> 3 - <= 6 Stunden			633 / 9.081	7,0%
> 6 - <= 24 Stunden			741 / 9.081	8,2%
> 24 - <= 48 Stunden			261 / 9.081	2,9%
> 48 Stunden			367 / 9.081	4,0%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			1.300 / 4.499	28,9%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden	-	-	-	-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			23 / 515	4,5%
> 30 - <= 60 Minuten			92 / 515	17,9%
> 60 - <= 90 Minuten			163 / 515	31,7%
> 90 - <= 120 Minuten			123 / 515	23,9%
> 120 - <= 180 Minuten			79 / 515	15,3%
> 180 Minuten			35 / 515	6,8%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			69 / 276	25,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten	-	-	-	-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Kennzahl 3: Door-to-door-time

Qualitätsziel: Möglichst kurze Verweildauer im Krankenhaus bis zur Verlegung zur Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			38 / 4.499	0,8%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			9 / 60	15,0%
> 2 - <= 3 Stunden			5 / 60	8,3%
> 3 - <= 6 Stunden			5 / 60	8,3%
> 6 - <= 24 Stunden			6 / 60	10,0%
> 24 - <= 48 Stunden			1 / 60	1,7%
> 48 Stunden			6 / 60	10,0%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				263,0 Min.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>		-		-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und mit Intervall Symptombeginn bis Aufnahme <= 6 Stunden und NIHSS >= 4 und <= 25 bei Aufnahme

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			18 / 571	3,2%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden	-	-	-	-

¹ Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

² Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Spezifikation 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

Qualitätsziel: Hoher Anteil an potentiell geeigneten Patienten, die eine Thrombektomie erhalten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Symptombeginn - Aufnahme <= 6 Stunden und NIHSS >= 4 und <= 25 bei Aufnahme

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			194 / 571	34,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-

¹ Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Spezifikation 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.863	26,2	3.127	27,4
2. Quartal			2.711	24,8	2.692	23,6
3. Quartal			2.710	24,8	2.914	25,5
4. Quartal			2.636	24,1	2.681	23,5
Gesamt			10.920		11.414	

¹ Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			8.724		8.943	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			4.468	51,2	4.642	51,9
weiblich			4.256	48,8	4.301	48,1

Aufnahme

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			8.664 / 10.920	79,3	8.943 / 11.414	78,4
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			357 / 10.920	3,3	530 / 11.414	4,6
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt ¹			30 / 10.920	0,3	-	-
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt ¹			30 / 10.920	0,3	-	-
nein, keine stationäre Aufnahme			1.839 / 10.920	16,8	1.841 / 11.414	16,1
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.972	76,8	6.868	76,3
Sonnabend oder Sonntag			2.109	23,2	2.128	23,7
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			3.021	33,3	2.941	32,7
nein			5.825	64,1	5.802	64,5
nicht bestimmbar			235	2,6	253	2,8
Sprachstörung						
ja			2.016	22,2	2.024	22,5
nein			6.860	75,5	6.748	75,0
nicht bestimmbar			205	2,3	224	2,5
Motorische Ausfälle						
ja			4.016	44,2	4.088	45,4
nein			4.957	54,6	4.803	53,4
nicht bestimmbar			108	1,2	105	1,2
Schluckstörung						
ja			1.230	13,5	1.080	12,0
nein			7.330	80,7	7.278	80,9
nicht bestimmbar			521	5,7	638	7,1
Bewusstseinsstörung						
ja			885	9,7	850	9,4
nein			8.160	89,9	8.107	90,1
nicht bestimmbar			36	0,4	39	0,4

¹ neuer Schlüsselwert in 2019

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			4.970	54,7	5.045	56,1
nein			4.111	45,3	3.951	43,9
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			1.392	28,0	1.341	26,6
> 1 - <= 2 Stunden			1.107	22,3	991	19,6
> 2 - <= 3 Stunden			466	9,4	469	9,3
> 3 - <= 3,5 Stunden			170	3,4	131	2,6
> 3,5 - <= 4 Stunden			137	2,8	120	2,4
> 4 - <= 6 Stunden			326	6,6	284	5,6
> 6 - <= 24 Stunden			741	14,9	706	14,0
> 24 - <= 48 Stunden			261	5,3	258	5,1
> 48 Stunden			367	7,4	370	7,3
wake up stroke						
ja			1.211	29,5	1.154	29,2
nein			2.900	70,5	2.795	70,7

Diagnostik

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			63	0,7	58	0,6
1. Bildgebung extern			519	5,7	287	3,2
1. Bildgebung intern			8.499	93,6	8.651	96,2
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			4.346	51,1	5.052	58,4
CCT mit CTA			3.755	44,2	3.240	37,5
MRT			182	2,1	171	2,0
MRT mit MRA			216	2,5	188	2,2
Gefäßverschluss						
ja			1.244	13,7	1.110	12,3
nein			7.837	86,3	7.886	87,7
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie ¹						
ja			483	93,8	-	-
nein			18	3,5	-	-
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses²						
Carotis T			87	17,7	-	-
M1			259	52,6	-	-
M2			81	16,5	-	-
Basilaris			32	6,5	-	-
Sonstige			33	6,7	-	-
Erfolgreiche Rekanalisation ² TICI = IIb/III						
ja			407	82,7	-	-
nein			85	17,3	-	-
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			118	1,3	80	0,9
<= 24 Stunden			3.760	41,4	3.711	41,3
> 24 Stunden			5.203	57,3	5.205	57,9

¹ neues Datenfeld in 2018

² Aufgrund der geänderten Spezifikation in 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße¹						
extrakraniell			8.400	93,1	8.601	96,0
Intrakraniell			8.320	92,2	8.498	94,8
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt¹						
ja			7.627	84,5	7.377	82,3
nein			1.272	14,1	1.481	16,5
nicht durchführbar			122	1,4	103	1,1
Vorhofflimmern¹			2.454	27,2	3.091	34,5
Komplikationen - Pneumonie¹						
nein			8.380	92,9	8.310	92,7
ja			641	7,1	651	7,3
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis¹						
nein			8.714	96,6	8.695	97,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			138	1,5	85	0,9
Stenting im Verlauf			88	1,0	84	0,9
TEA			81	0,9	97	1,1

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Diagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.867	64,6	5.853	65,1
TIA			2.503	27,6	2.551	28,4
ICB			711	7,8	592	6,6
unklar			0	0,0	0	0,0

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Rankin Skala

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			1.725	19,0	1.719	19,1
Rankin 1			1.487	16,4	1.646	18,3
Rankin 2			1.954	21,5	1.901	21,1
Rankin 3			1.595	17,6	1.538	17,1
Rankin 4			1.045	11,5	1.029	11,4
Rankin 5			1.275	14,0	1.163	12,9
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			3.447	40,8	3.550	42,1
Rankin 1			1.775	21,0	1.650	19,6
Rankin 2			1.316	15,6	1.406	16,7
Rankin 3			856	10,1	800	9,5
Rankin 4			609	7,2	547	6,5
Rankin 5			442	5,2	482	5,7

Rehabilitation

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie¹						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.839	75,8	7.107	79,3
> Tag 2 nach Aufnahme			347	3,8	173	1,9
keine			1.835	20,3	1.681	18,8
Beginn Logopädie¹						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.394	70,9	6.202	69,2
> Tag 2 nach Aufnahme			297	3,3	177	2,0
keine			2.330	25,8	2.582	28,8

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien¹ (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			2.350	26,1	3.190	35,6
Thrombozyten- aggregationshemmer¹			6.499	72,0	6.557	73,2
Antihypertensiva¹			7.157	79,3	7.269	81,1
Antidiabetika¹			1.551	17,2	1.525	17,0
Statine¹			7.413	82,2	7.343	81,9

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Entlassung

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart¹						
nach Hause			5.388	59,7	5.570	62,2
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			2.195	24,3	1.825	20,4
andere Abteilung			271	3,0	456	5,1
externe Akut-Klinik			93	1,0	121	1,4
Pflegeeinrichtung			591	6,6	584	6,5
verstorben			483	5,4	405	4,5
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik¹						
zur Thrombektomie			6	6,4	33	21,3
zur Desobliteration der A. carotis			17	18,1	27	17,4
zur Hemikraniektomie			11	11,7	5	3,2
aus anderen Gründen			60	63,8	90	58,1
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung ¹			335	69,4	349	86,0
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt ¹			148	30,6	57	14,0
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			9.081	100,0	8.996	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,9 Tage</i>		<i>8,4 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>6,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie¹						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			7.615	84,4	7.702	86,0
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			80	0,9	43	0,5
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			811	9,0	827	9,2
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			94	1,0	30	0,3
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			221	2,4	195	2,2
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			199	2,2	164	1,8
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie¹						
<= 30 Minuten			409	40,3	445	49,1
> 30 - <= 60 Minuten			334	32,9	301	33,2
> 1 - <= 2 Stunden			90	8,9	92	10,1
> 2 - <=3 Stunden			12	1,2	19	2,1
> 3 - <=4 Stunden			7	0,7	3	0,3
> 4 - <= 6 Stunden			3	0,3	4	0,4
> 6 Stunden			160	15,8	43	4,7
keine Lyse durchgeführt			7.615	84,4	7.702	86,0
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			3.575	39,4	3.739	41,6
> 30 - <= 60 Minuten			1.348	14,8	1.289	14,3
> 1 - <= 3 Stunden			2.021	22,3	2.144	23,8
> 3 - <= 6 Stunden			888	9,8	823	9,1
> 6 Stunden			664	7,3	645	7,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			519	5,7	287	3,2
keine Bildgebung erfolgt			63	0,7	58	0,6
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			4.886	57,9	4.859	57,6
3 - 8 (mittel)			2.351	27,8	2.446	29,0
9 - 20 (schwerwiegend)			1.047	12,4	912	10,8
> 20 (sehr schwerwiegend)			121	1,4	164	1,9
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			7.413	81,6	7.354	81,7
Antihypertensiva			7.157	78,8	7.293	81,1
Antidiabetika			1.551	17,1	1.533	17,0
keine Angabe			59	0,6	0	0,0
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses¹						
unabhängig zu Hause			7.544	83,1	7.421	82,8
Pflege zu Hause			701	7,7	699	7,8
Pflege in Institution			836	9,2	841	9,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

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 20 Fälle 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 20 dokumentierten Fällen 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.

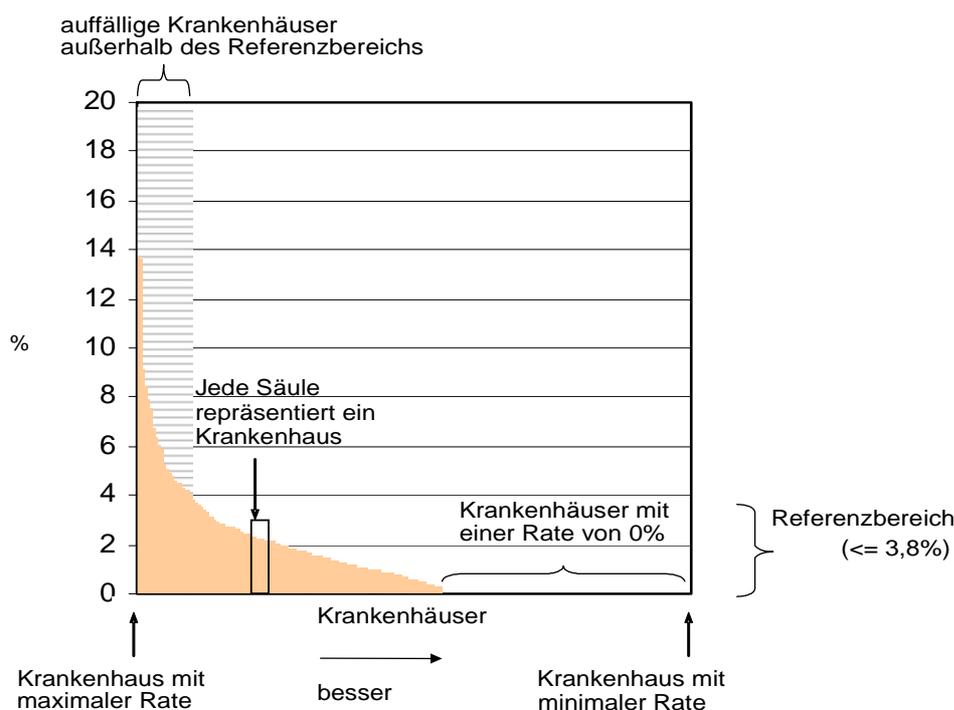
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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