

# Auswertung 3. Quartal 2021 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 9  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.668  
Datensatzversion: apo\_hh 2021 5.1  
Datenbankstand: 02. November 2021  
2021 - D18697-L120767-P56065

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

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2021 im III. Quartal stationär entlassen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2020 im III. Quartal stationär entlassen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			93,8%	>= 80,0%	7
2021/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			94,4%	>= 80,0%	9
2021/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,6%	>= 90,0%	11
2021/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			93,3%	>= 80,0%	13
2021/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			99,1%	>= 95,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2021/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2021/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			2,3%	<= 4,0%	17
2021/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			4,5%	<= 25,0%	17
2021/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			87,7%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2021/apo_hh/103490			75,3%	>= 65,0%	24
2021/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			70,4%	nicht definiert	27

<sup>1</sup> 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
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2021/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			53,5%	>= 42,0%	29
2021/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			87,7%	>= 80,0%	29
2021/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie</b>					
			69,7%	>= 63,0%	33
2021/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			39,4%	nicht definiert	35
2021/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			47,5%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/apo_hh/83295 <b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			30,5%	-	44
2021/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			21,2%	-	45
2021/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)				-	46
2021/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			1,5%	-	47
2021/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			27,9%	-	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:** 2021/apo\_hh/83284

**Referenzbereich:** >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			410 / 437	93,8% 91,1% - 95,9% >= 80,0%

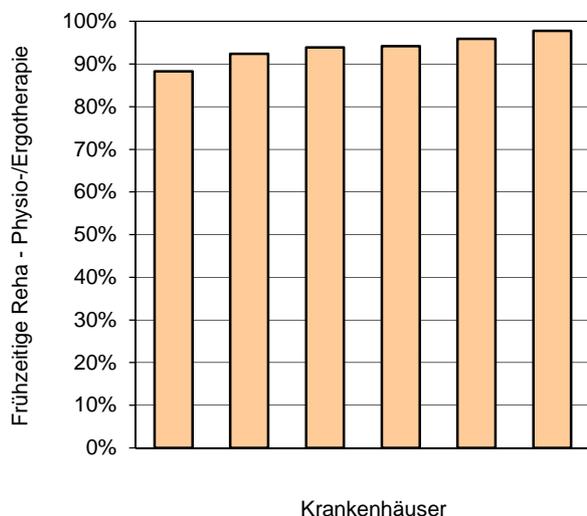
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			587 / 635	92,4% 90,1% - 94,4%

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

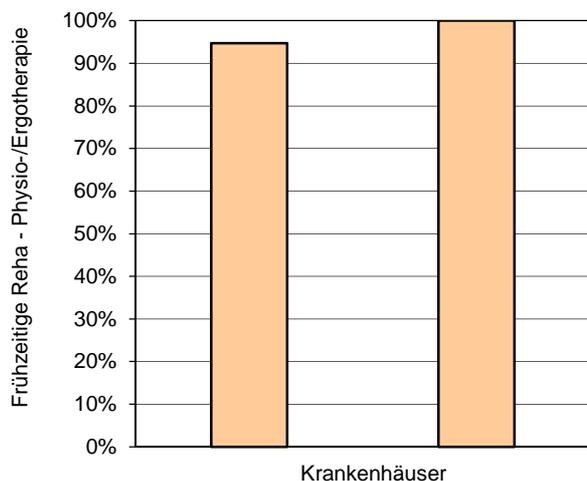
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,3	88,3	88,3	92,4	94,0	95,9	97,8	97,8	97,8

**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
	94,7	94,7	94,7	94,7	97,4	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

<b>Qualitätsziel:</b>	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
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)
<b>Indikator-ID:</b>	2021/apo_hh/83285
<b>Referenzbereich:</b>	>= 80,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			441 / 467	94,4%
Vertrauensbereich				91,9% - 96,3%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

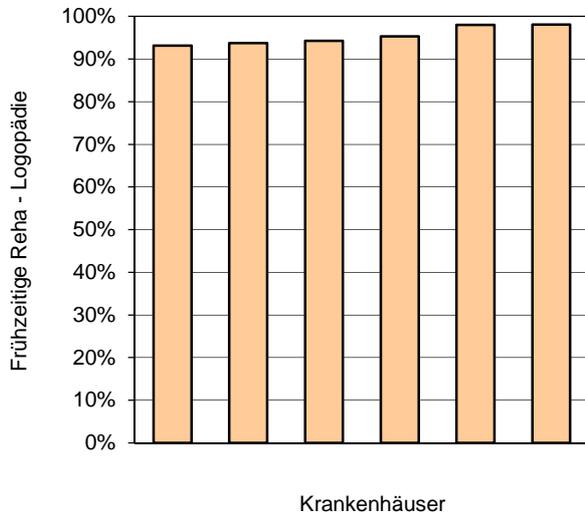
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			633 / 665	95,2%
Vertrauensbereich				93,3% - 96,7%

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

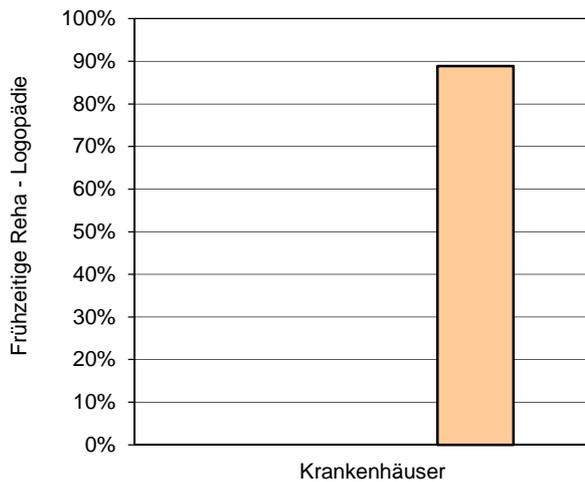
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,2	93,2	93,2	93,8	94,8	98,0	98,1	98,1	98,1

**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
	0,0	0,0	0,0	0,0	44,4	88,9	88,9	88,9	88,9

1 Krankenhaus hat 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:** 2021/apo\_hh/83287

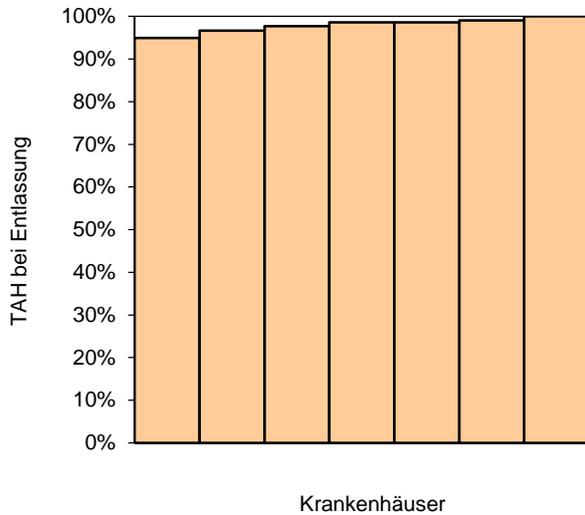
**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			906 / 928	97,6%
Vertrauensbereich				96,4% - 98,5%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.350 / 1.400	96,4%
Vertrauensbereich				95,3% - 97,3%

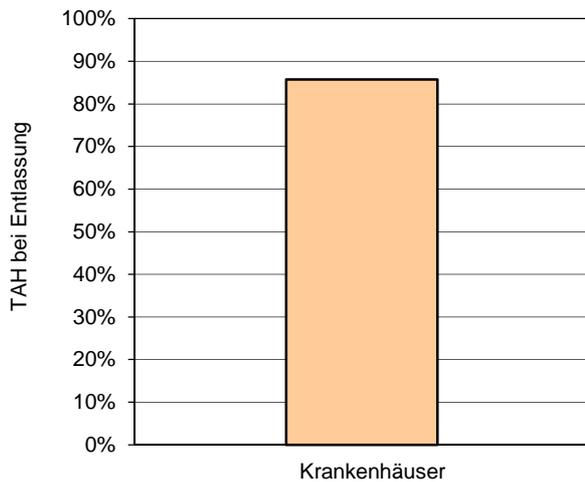
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2021/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
7 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	94,9	96,7	98,6	99,1	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7

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:** 2021/apo\_hh/83288

**Referenzbereich:** >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			237 / 254	93,3%
Vertrauensbereich				89,5% - 96,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

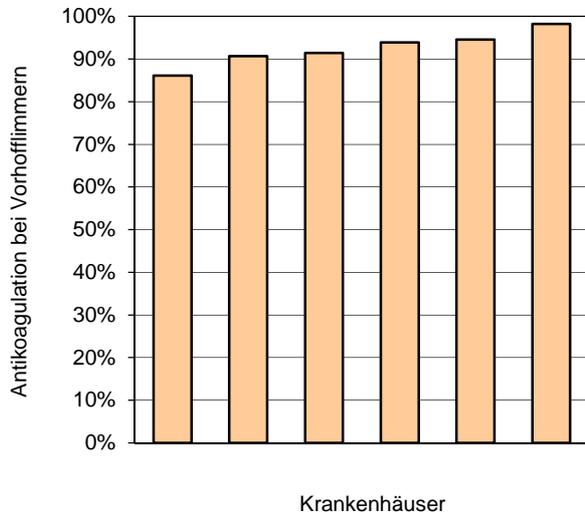
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			327 / 360	90,8%
Vertrauensbereich				87,4% - 93,6%

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

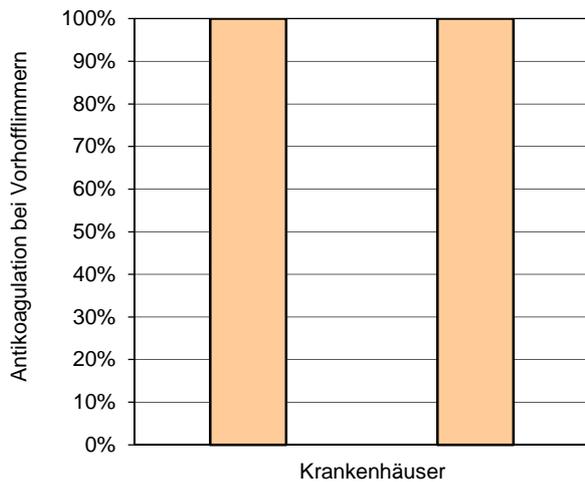
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,1	86,1	86,1	90,7	92,7	94,6	98,2	98,2	98,2

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

1 Krankenhaus hat 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 und Erstversorgung

**Indikator-ID:** 2021/apo\_hh/83292

**Referenzbereich:**  $\geq 95,0\%$

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	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)			1.359 / 1.372	99,1%
Vertrauensbereich				98,4% - 99,5%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

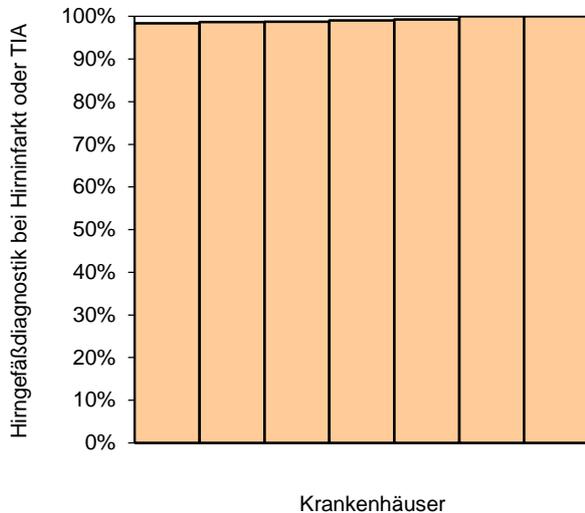
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie)			1.992 / 2.028	98,2%
Vertrauensbereich				97,5% - 98,8%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2021/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 oder Computertomographische Angiographie) an allen Patienten mit Hirninfarkt oder TIA und Erstversorgung**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

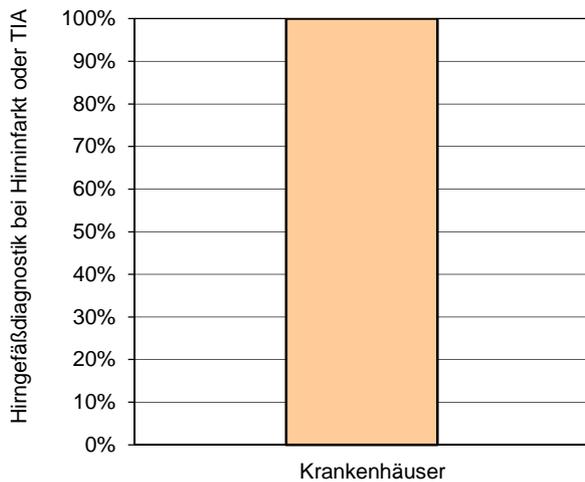
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,4	98,4	98,4	98,7	99,1	100,0	100,0	100,0	100,0

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

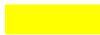
### Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

**Qualitätsziel:** Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ am Tag 7

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Alle Patienten mit TIA  
 Gruppe 2: Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt  
 Gruppe 3: Alle Patienten mit Blutung

**Indikator-ID:**  
 Gruppe 1: 2021/apo\_hh/83293  
 Gruppe 2: 2021/apo\_hh/83385  
 Gruppe 3: 2021/apo\_hh/83386

**Referenzbereich:**  
 Gruppe 1: <= 0,5%  
 Gruppe 2: <= 4,0%  
 Gruppe 3: <= 25,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		
	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 (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich Referenzbereich	 <= 0,5%	 <= 4,0%	 <= 25,0%

	Gesamt 2021 III. Quartal		
	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 (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 423 0,0% 0,0% - 0,9% <= 0,5%	22 / 959 2,3% 1,4% - 3,5% <= 4,0%	5 / 110 4,5% 1,5% - 10,4% <= 25,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2020 III. Quartal		
	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 (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2020 III. Quartal		
	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 (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 564 0,0% 0,0% - 0,7%	27 / 1.468 1,8% 1,2% - 2,7%	7 / 182 3,8% 1,5% - 7,8%

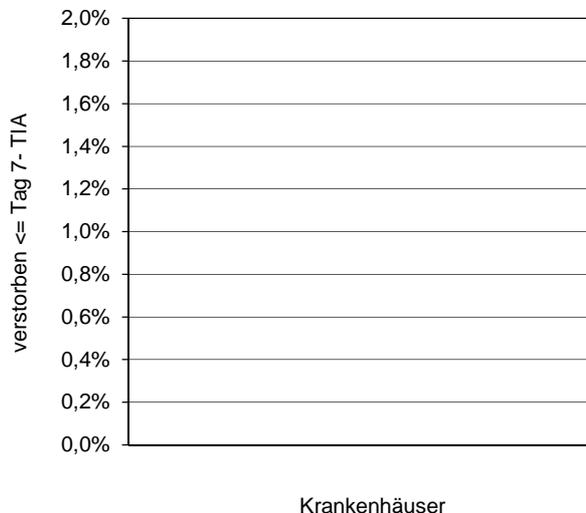
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

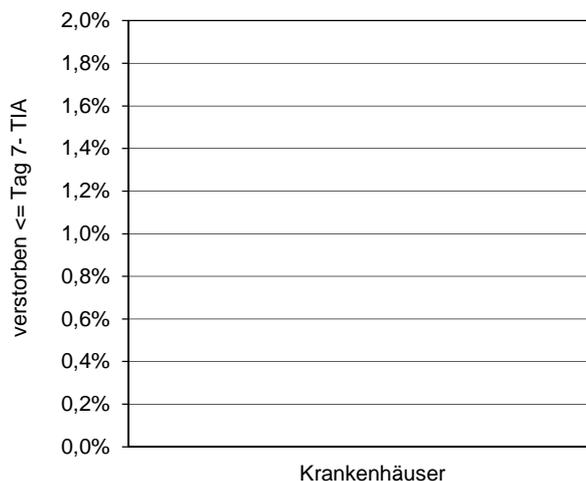
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

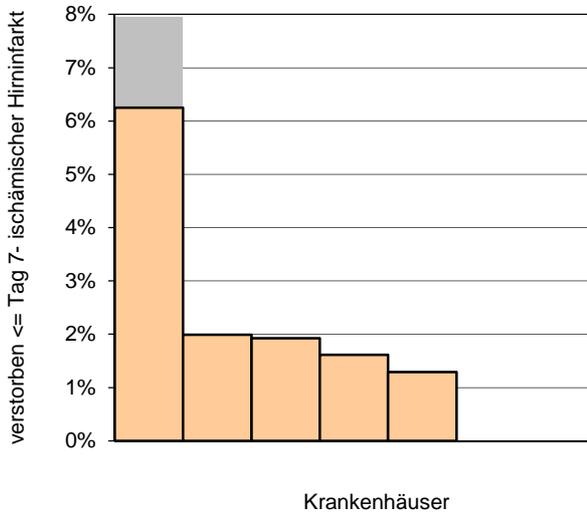
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

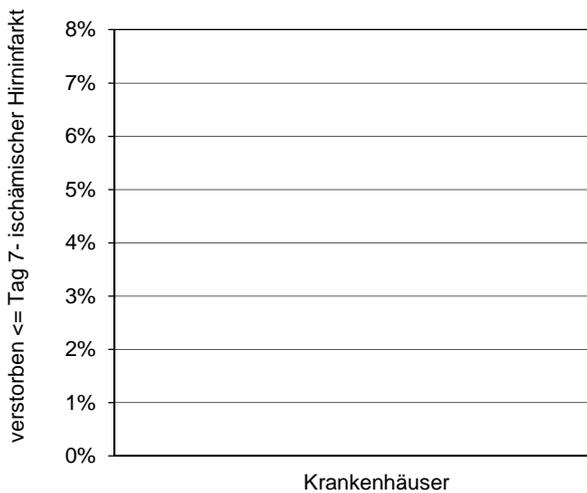
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	2,0	6,3	6,3	6,3

**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

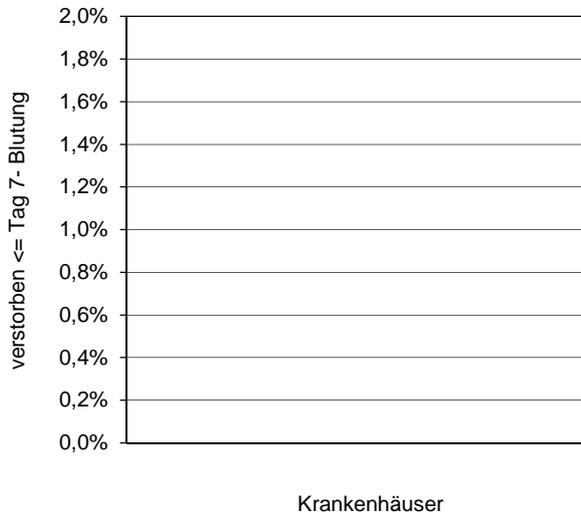
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

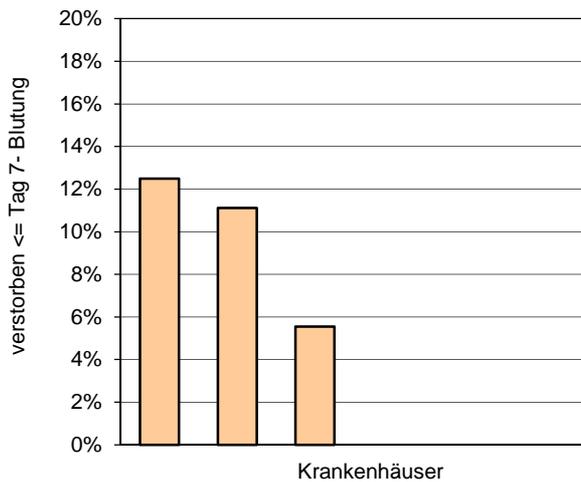
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	11,1	12,5	12,5	12,5

1 Krankenhaus hat 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:** 2021/apo\_hh/83294

**Referenzbereich:** >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			774 / 883	87,7%
Vertrauensbereich				85,3% - 89,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

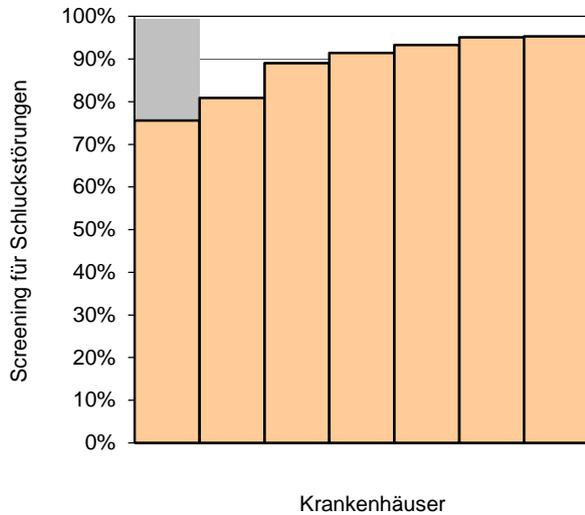
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.237 / 1.372	90,2%
Vertrauensbereich				88,5% - 91,7%

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

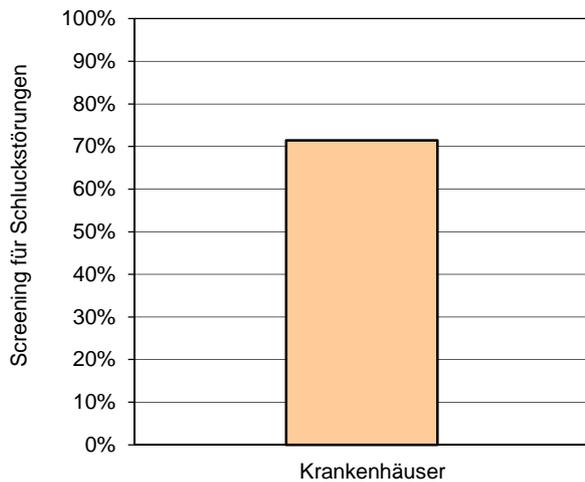
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,6	75,6	75,6	80,9	91,5	95,1	95,3	95,3	95,3

**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
	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4

1 Krankenhaus hat 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:** 2021/apo\_hh/103490

**Referenzbereich:** >= 65,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			274 / 364	 75,3%
Vertrauensbereich				70,5% - 79,6%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			348 / 506	 68,8%
Vertrauensbereich				64,5% - 72,8%

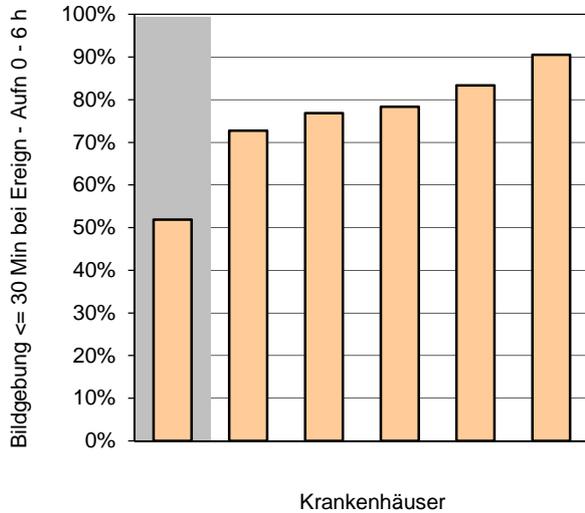
	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			32 / 364	8,8%
> 1 bis 3 Stunden			17 / 364	4,7%
> 3 bis 6 Stunden			10 / 364	2,7%
> 6 Stunden			9 / 364	2,5%
1. Bildgebung vor Aufnahme			22 / 364	6,0%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 364	0,0%

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

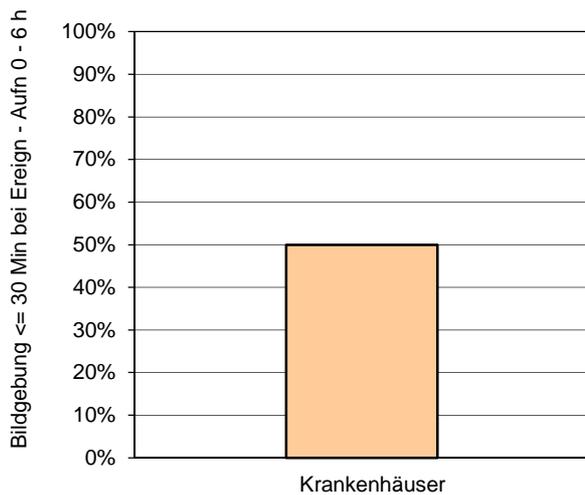
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	51,9	51,9	51,9	72,7	77,6	83,3	90,5	90,5	90,5

**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

2 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:** 2021/apo\_hh/83311

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

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			131 / 186	70,4%
Vertrauensbereich				63,3% - 76,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			156 / 240	65,0%
Vertrauensbereich				58,6% - 71,0%

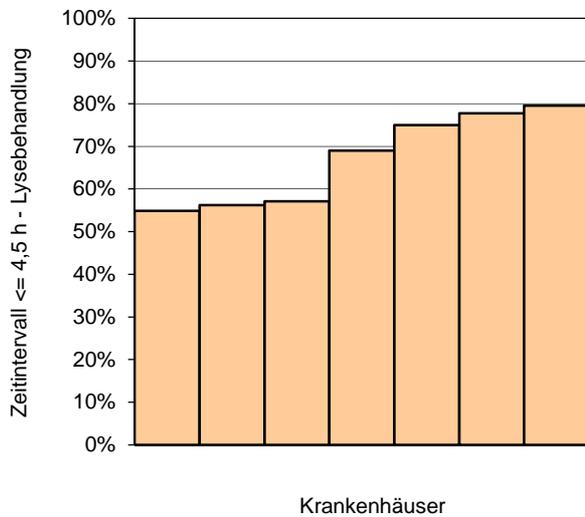
<sup>1</sup> Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2021/apo\_hh/83311]:**

**Anteil von Patienten mit Thrombolysse 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  $\geq$ 4 und  $\leq$  25 bei Aufnahme**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	54,8	54,8	54,8	56,3	69,0	77,8	79,5	79,5	79,5

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2021/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2021/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			115 / 215	<b>53,5%</b>
Vertrauensbereich				46,6% - 60,3%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			192 / 219	<b>87,7%</b>
Vertrauensbereich				82,6% - 91,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			126 / 260	<b>48,5%</b>
Vertrauensbereich				42,2% - 54,7%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			229 / 261	<b>87,7%</b>
Vertrauensbereich				83,1% - 91,5%

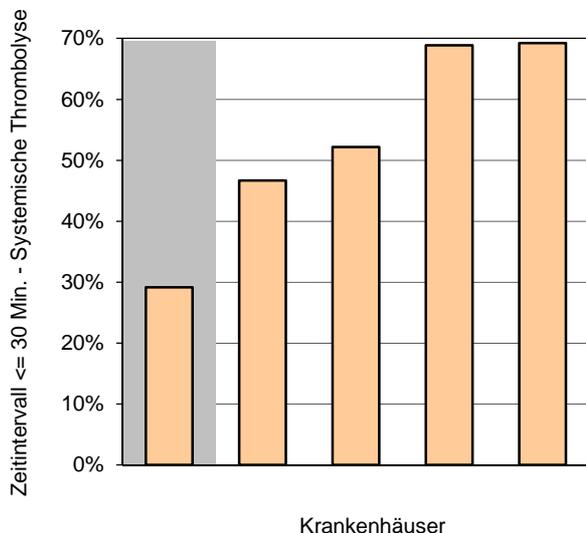
	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			75 / 219	34,2%
> 1 - 2 Stunden			20 / 219	9,1%
> 2 - 3 Stunden			2 / 219	0,9%
> 3 - 4 Stunden			0 / 219	0,0%
> 4 - 6 Stunden			1 / 219	0,5%
> 6 Stunden			4 / 219	1,8%
keine Lyse durchgeführt			0 / 219	0,0%

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

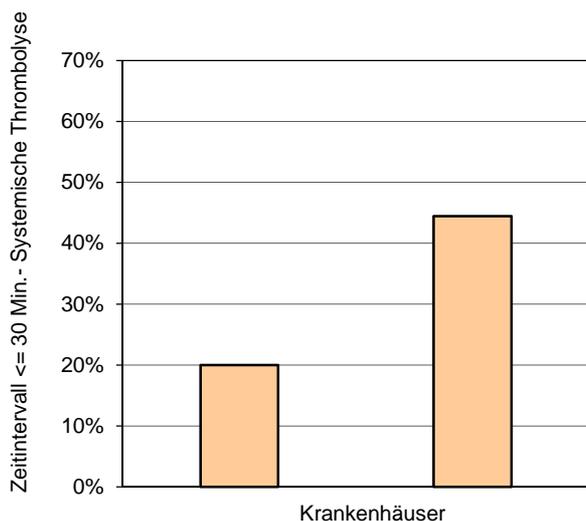
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,2	29,2	29,2	46,7	52,2	68,9	69,2	69,2	69,2

**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
	20,0	20,0	20,0	20,0	32,2	44,4	44,4	44,4	44,4

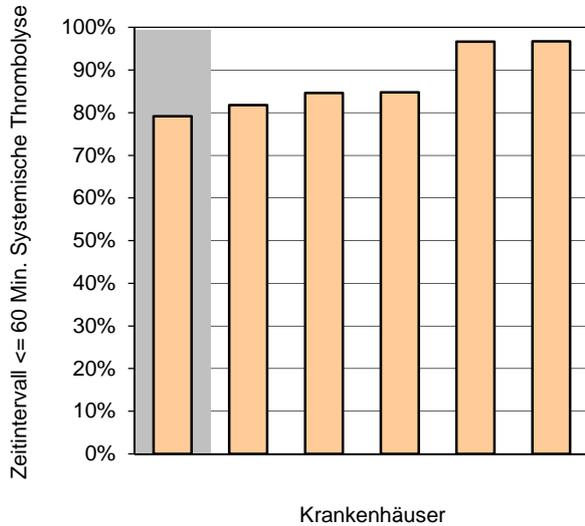
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

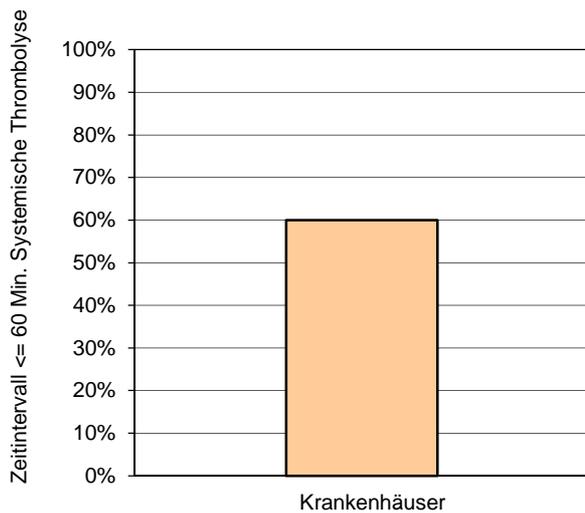
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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
	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie

**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2021/apo\_hh/151296

**Referenzbereich:**  $\geq 63,0\%$

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			69 / 99	69,7%
Vertrauensbereich				59,6% - 78,6%
Referenzbereich		$\geq 63,0\%$		$\geq 63,0\%$

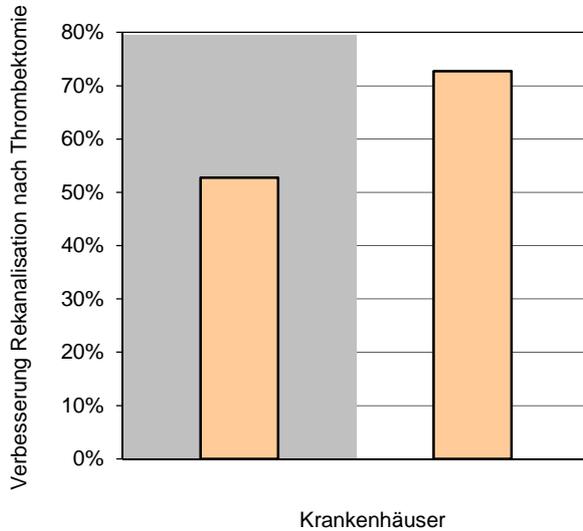
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			127 / 162	78,4%
Vertrauensbereich				71,2% - 84,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2021/apo\_hh/151296]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

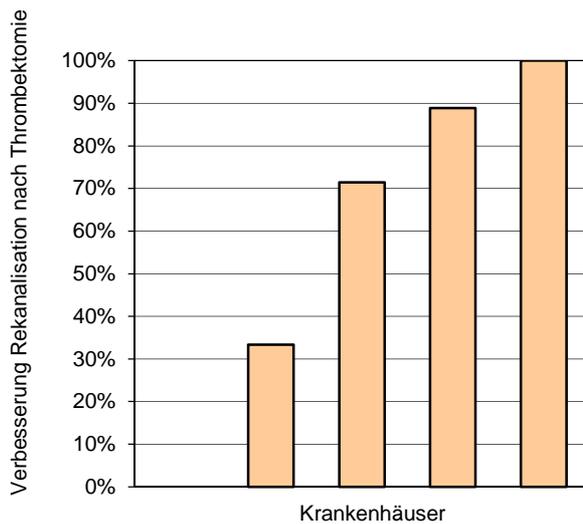
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,8	52,8	52,8	52,8	62,8	72,7	72,7	72,7	72,7

**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	33,3	71,4	88,9	100,0	100,0	100,0

2 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:** 2021/apo\_hh/151297

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

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			39 / 99	39,4%
Vertrauensbereich				29,7% - 49,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

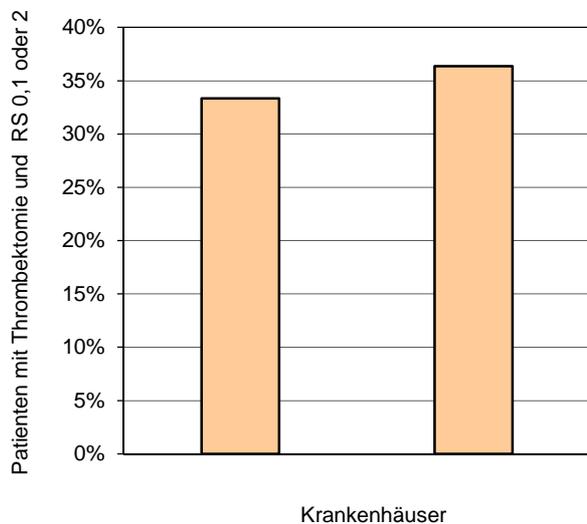
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			45 / 162	27,8%
Vertrauensbereich				21,0% - 35,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2021/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:**

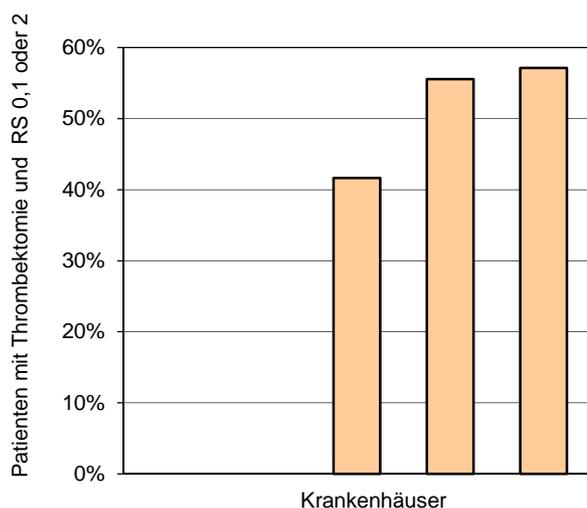
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	33,3	34,8	36,4	36,4	36,4	36,4

**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
	0,0	0,0	0,0	0,0	41,7	55,6	57,1	57,1	57,1

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

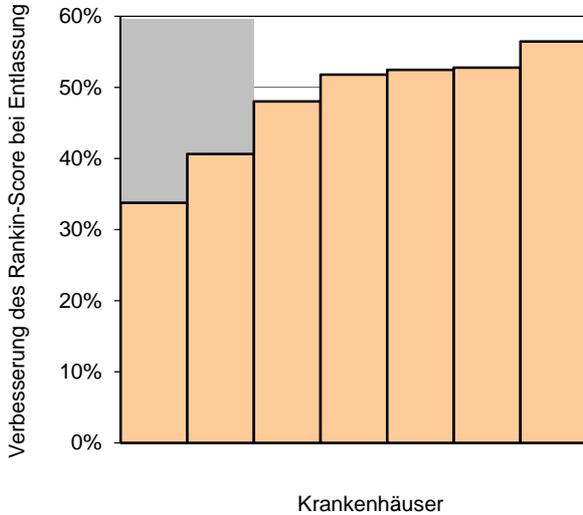
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2021/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2021 III. Quartal	Gesamt 2021 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		708 / 1.492	 47,5%
Vertrauensbereich			44,9% - 50,0%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal	Gesamt 2020 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.058 / 2.214	 47,8%
Vertrauensbereich			45,7% - 49,9%

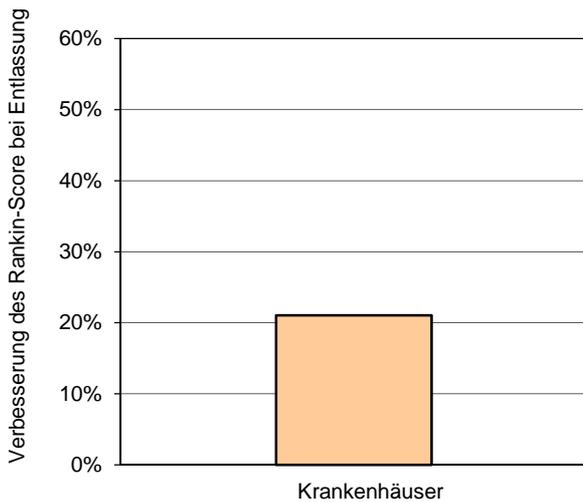
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2021/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,8	33,8	33,8	40,6	51,8	52,8	56,5	56,5	56,5

**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
	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2021 III. Quartal**

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

**Gesamt 2021 III. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	281 18,8%	115 7,7%	64 4,3%	40 2,7%	14 0,9%	7 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	4 0,3%	90 6,0%	100 6,7%	68 4,6%	24 1,6%	14 0,9%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	5 0,3%	67 4,5%	91 6,1%	40 2,7%	16 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,1%	5 0,3%	68 4,6%	50 3,4%	18 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	1 0,1%	2 0,1%	8 0,5%	55 3,7%	47 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	0 0,0%	2 0,1%	9 0,6%	66 4,4%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

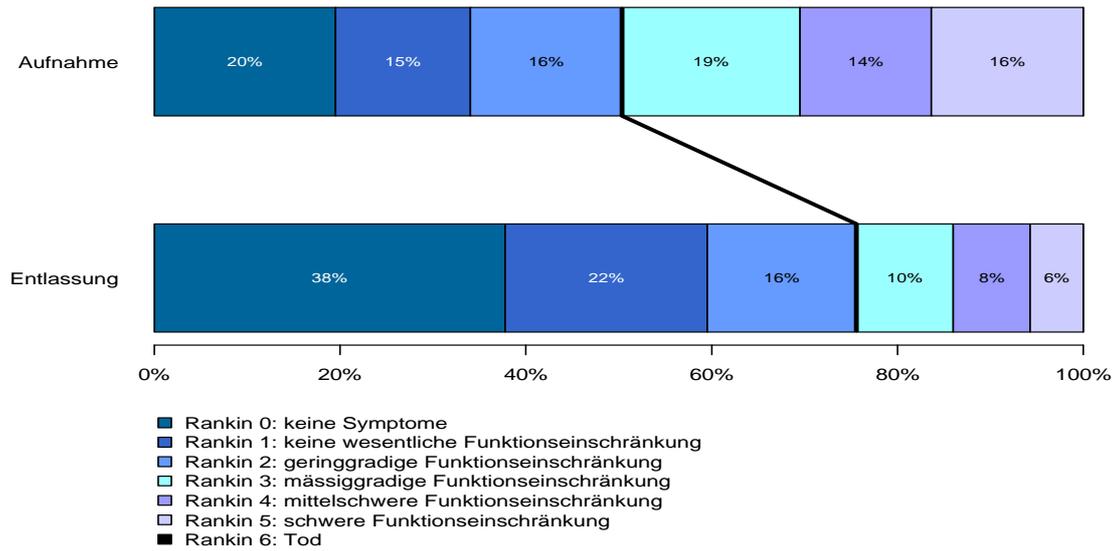
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2020 III. Quartal**

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

**Vorjahresdaten**  
**Gesamt 2020 III. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	361 16,3%	182 8,2%	125 5,6%	61 2,8%	30 1,4%	10 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	17 0,8%	152 6,9%	145 6,5%	84 3,8%	30 1,4%	10 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	10 0,5%	127 5,7%	130 5,9%	46 2,1%	25 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	9 0,4%	10 0,5%	95 4,3%	73 3,3%	36 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	2 0,1%	10 0,5%	13 0,6%	61 2,8%	71 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	2 0,1%	8 0,4%	16 0,7%	105 4,7%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

### 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:** 2021/apo\_hh/83295

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			366 / 1.492	24,5%
> 2 - <= 3 Stunden			89 / 1.492	6,0%
> 3 - <= 6 Stunden			123 / 1.492	8,2%
> 6 - <= 24 Stunden			130 / 1.492	8,7%
> 24 - <= 48 Stunden			49 / 1.492	3,3%
> 48 Stunden			74 / 1.492	5,0%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			455 / 1.492	30,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			621 / 2.214	28,0%

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

**Qualitätsziel:** Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Kennzahl-ID:** 2021/apo\_hh/151304

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			3 / 99	3,0%
> 30 - <= 60 Minuten			18 / 99	18,2%
> 60 - <= 90 Minuten			37 / 99	37,4%
> 90 - <= 120 Minuten			22 / 99	22,2%
> 120 - <= 180 Minuten			14 / 99	14,1%
> 180 Minuten			5 / 99	5,1%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			21 / 99	21,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			24 / 162	14,8%

### 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:** 2021/apo\_hh/151311

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			10 / 1.492	0,7%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			0 / 10	0,0%
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 10	0,0%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 10	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 10	0,0%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 10	0,0%
> 48 Stunden			0 / 10	0,0%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				1.196,0 Min.

**Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik<sup>1</sup>**

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

**Kennzahl-ID:** 2021/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			3 / 201	1,5%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			1 / 261	0,4%

<sup>1</sup> Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

**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:** 2021/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			56 / 201	27,9%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2020 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			92 / 261	35,2%

## Basisdaten

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			1.668	100,0	2.621	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.668		2.621	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.408		2.075	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median	<i>Jahre</i>		<i>78,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			717	50,9	1.079	52,0
weiblich			688	48,9	996	48,0
divers			1	0,1	0	0,0
unbestimmt			2	0,1	0	0,0

## Aufnahme

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.398 / 1.668	83,8	2.068 / 2.621	78,9
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			84 / 1.668	5,0	139 / 2.621	5,3
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			6 / 1.668	0,4	6 / 2.621	0,2
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			4 / 1.668	0,2	1 / 2.621	0,0
nein, keine stationäre Aufnahme			176 / 1.668	10,6	407 / 2.621	15,5
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.142	76,5	1.709	77,2
Sonnabend oder Sonntag			350	23,5	505	22,8
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			517	34,7	729	32,9
nein			931	62,4	1.423	64,3
nicht bestimmbar			44	2,9	62	2,8
<b>Sprachstörung</b>						
ja			368	24,7	512	23,1
nein			1.095	73,4	1.644	74,3
nicht bestimmbar			29	1,9	58	2,6
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			675	45,2	985	44,5
nein			796	53,4	1.199	54,2
nicht bestimmbar			21	1,4	30	1,4
<b>Schluckstörung</b>						
ja			204	13,7	347	15,7
nein			1.182	79,2	1.738	78,5
nicht bestimmbar			106	7,1	129	5,8
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			135	9,0	230	10,4
nein			1.344	90,1	1.969	88,9
nicht bestimmbar			13	0,9	15	0,7

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			876	58,7	1.236	55,8
nein			616	41,3	978	44,2
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			176	20,1	320	25,9
> 1 - <= 2 Stunden			217	24,8	257	20,8
> 2 - <= 3 Stunden			89	10,2	121	9,8
> 3 - <= 3,5 Stunden			40	4,6	33	2,7
> 3,5 - <= 4 Stunden			24	2,7	36	2,9
> 4 - <= 6 Stunden			59	6,7	92	7,4
> 6 - <= 24 Stunden			130	14,8	187	15,1
> 24 - <= 48 Stunden			49	5,6	70	5,7
> 48 Stunden			74	8,4	95	7,7
wake up stroke						
ja			207	33,6	321	32,8
nein			409	66,4	657	67,2

## Diagnostik

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			8	0,5	15	0,7
1. Bildgebung extern			100	6,7	165	7,5
1. Bildgebung intern			1.384	92,8	2.034	91,9
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			467	33,7	1.011	49,7
CCT mit CTA			858	62,0	942	46,3
MRT			29	2,1	33	1,6
MRT mit MRA			30	2,2	48	2,4
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			233	15,6	334	15,1
nein			1.259	84,4	1.880	84,9
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			96	97,0	154	95,1
nein			3	3,0	8	4,9
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses</b>						
Carotis T			16	16,7	28	18,2
M1			41	42,7	79	51,3
M2			25	26,0	32	20,8
Basilaris			9	9,4	11	7,1
Sonstige			5	5,2	4	2,6
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			69	71,9	127	82,5
nein			27	28,1	27	17,5
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar da Verlegung			8	0,5	14	0,6
<= 24 Stunden			661	44,3	929	42,0
> 24 Stunden			823	55,2	1.271	57,4

**Diagnostik (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			1.366	92,2	2.014	91,3
Intrakraniell			1.349	91,0	2.000	90,6
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			1.239	83,6	1.911	86,6
nein			228	15,4	263	11,9
nicht durchführbar			15	1,0	33	1,5
<b>Vorhofflimmern</b>			406	27,4	585	26,5
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			1.362	91,9	2.018	91,4
ja			120	8,1	189	8,6
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			1.429	96,4	2.140	97,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			22	1,5	25	1,1
Stenting im Verlauf			14	0,9	22	1,0
TEA			17	1,1	20	0,9

### Diagnose(n) ICD-10-GM 2021<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			959	64,3	1.468	66,3
TIA			423	28,4	564	25,5
ICB			110	7,4	182	8,2
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			291	19,5	390	17,6
Rankin 1			217	14,5	358	16,2
Rankin 2			243	16,3	426	19,2
Rankin 3			286	19,2	405	18,3
Rankin 4			211	14,1	276	12,5
Rankin 5			244	16,4	359	16,2
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			521	37,8	769	37,5
Rankin 1			300	21,8	437	21,3
Rankin 2			221	16,0	339	16,5
Rankin 3			144	10,4	223	10,9
Rankin 4			114	8,3	158	7,7
Rankin 5			79	5,7	125	6,1

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.159	78,2	1.790	81,1
> Tag 2 nach Aufnahme			27	1,8	80	3,6
keine			296	20,0	337	15,3
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.057	71,3	1.722	78,0
> Tag 2 nach Aufnahme			21	1,4	58	2,6
keine			404	27,3	427	19,3

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			387	26,1	575	26,1
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			1.050	70,9	1.592	72,1
<b>Antihypertensiva</b>			1.168	78,8	1.744	79,0
<b>Antidiabetika</b>			240	16,2	387	17,5
<b>Statine</b>			1.293	87,2	1.883	85,3

## Entlassung

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			858	57,9	1.270	57,5
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			382	25,8	594	26,9
andere Abteilung			45	3,0	64	2,9
externe Akut-Klinik			10	0,7	29	1,3
Pflegeeinrichtung			94	6,3	122	5,5
verstorben			93	6,3	128	5,8
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			0	0,0	5	17,2
zur Desobliteration der A. carotis			2	20,0	4	13,8
zur Hemikraniektomie			1	10,0	3	10,3
aus anderen Gründen			7	70,0	17	58,6
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			47	50,5	72	56,3
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			46	49,5	56	43,8
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.492	100,0	2.214	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,1 Tage</i>		<i>8,5 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>6,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie<sup>1</sup></b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.201	81,0	1.833	83,1
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			12	0,8	15	0,7
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			170	11,5	197	8,9
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			15	1,0	33	1,5
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			45	3,0	63	2,9
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			39	2,6	66	3,0
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			94	46,8	104	42,3
> 30 - <= 60 Minuten			66	32,8	75	30,5
> 1 - <= 2 Stunden			19	9,5	19	7,7
> 2 - <=3 Stunden			1	0,5	3	1,2
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	4	1,6
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,5	1	0,4
> 6 Stunden			20	10,0	40	16,3
keine Lyse durchgeführt			1.201	81,0	1.833	83,1
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			706	47,3	897	40,5
> 30 - <= 60 Minuten			181	12,1	329	14,9
> 1 - <= 3 Stunden			276	18,5	455	20,6
> 3 - <= 6 Stunden			136	9,1	213	9,6
> 6 Stunden			79	5,3	138	6,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			100	6,7	165	7,5
keine Bildgebung erfolgt			8	0,5	15	0,7
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			728	52,8	1.160	56,6
3 - 8 (mittel)			433	31,4	577	28,1
9 - 20 (schwerwiegend)			176	12,8	250	12,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			38	2,8	42	2,0
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal		Gesamt 2020 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			1.293	86,7	1.883	85,0
Antihypertensiva			1.168	78,3	1.744	78,8
Antidiabetika			240	16,1	387	17,5
keine Angabe			10	0,7	6	0,3
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>						
unabhängig zu Hause			1.225	82,1	1.827	82,5
Pflege zu Hause			147	9,9	207	9,3
Pflege in Institution			120	8,0	180	8,1
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## 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 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.

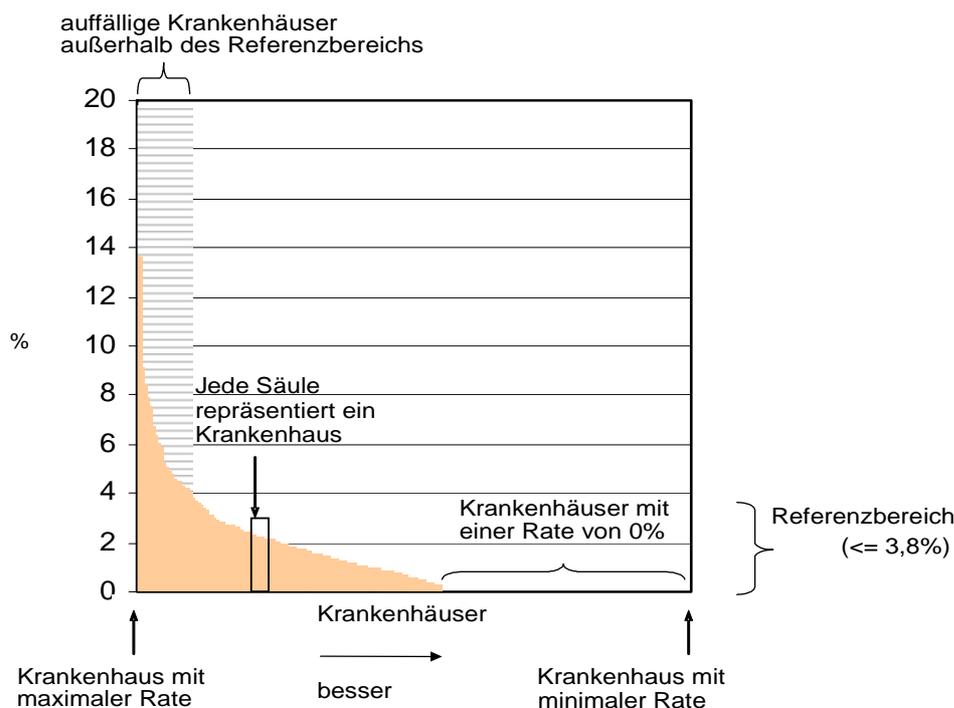
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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 Hamburg  
Wendenstraße 375  
D-20537 Hamburg

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