

Jahresauswertung 2021 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.578
Datensatzversion: apo_hh 2021 5.1
Datenbankstand: 07. Februar 2022
2021 - D18710-L120831-P56079

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

Standort Düsseldorf
Vogelsanger Weg 80
D-40470 Düsseldorf

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

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					
QI 1: Frühzeitige Rehabilitation					
Physiotherapie/Ergotherapie			94,2%	>= 80,0%	7
2021/apo_hh/83285					
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation					
Logopädie			93,8%	>= 80,0%	9
2021/apo_hh/83287					
QI 3: Antithrombotische Therapie					
Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,1%	>= 90,0%	11
2021/apo_hh/83288					
QI 4: Antithrombotische Therapie					
Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			92,4%	>= 80,0%	13
2021/apo_hh/83292					
QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA					
			98,8%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2021/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2021/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,7%	<= 4,0%	17
2021/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			4,8%	<= 25,0%	17
2021/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			89,4%	>= 80,0%	22
2021/apo_hh/103490 QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden			72,7%	>= 65,0%	24
2021/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			66,1%	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					
2021/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			50,9%	>= 42,0%	29
2021/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			86,8%	>= 80,0%	29
2021/apo_hh/151296 QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			78,4%	>= 63,0%	33
2021/apo_hh/151297 QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			32,1%	nicht definiert	35
2021/apo_hh/83372 QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			48,1%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			29,5%	-	44
2021/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			18,6%	-	45
2021/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			1.049,0 Min.	-	46
2021/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			2,5%	-	47
2021/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			31,6%	-	48

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

Qualitätsziel: Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall ($\leq$ 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: $\geq 80,0\%$

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			2.420 / 2.570	94,2%
Vertrauensbereich				93,2% - 95,0%
Referenzbereich		$\geq 80,0\%$		$\geq 80,0\%$

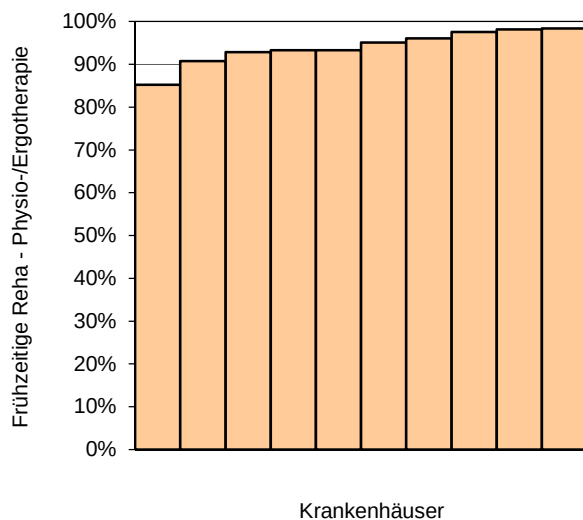
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			2.203 / 2.380	92,6%
Vertrauensbereich				91,4% - 93,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

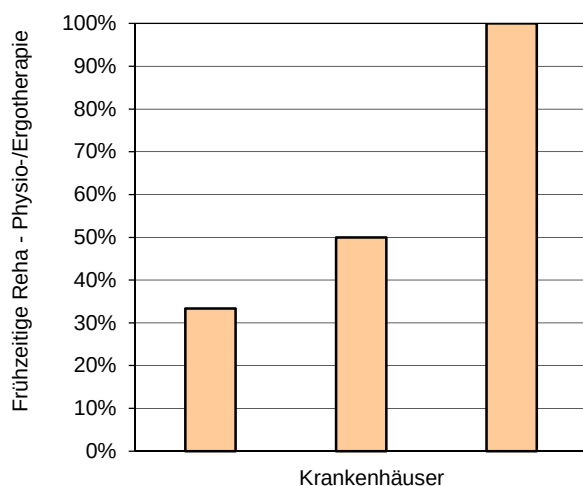
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,2	85,2	88,0	92,9	94,2	97,5	98,3	98,4	98,4

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
	33,3	33,3	33,3	33,3	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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: 2021/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			2.556 / 2.724	93,8%
Vertrauensbereich				92,9% - 94,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

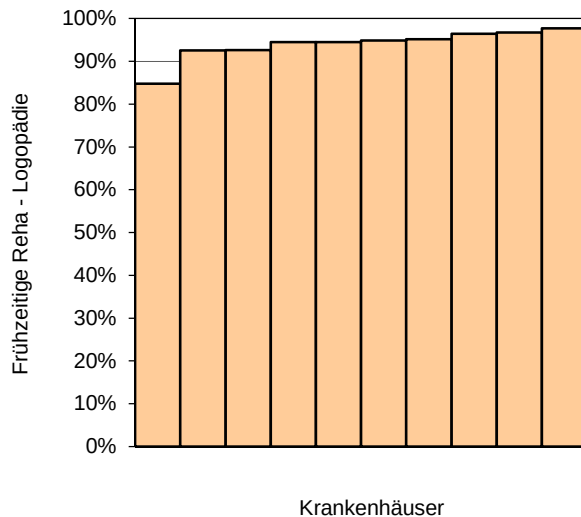
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			2.399 / 2.594	92,5%
Vertrauensbereich				91,4% - 93,5%

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:

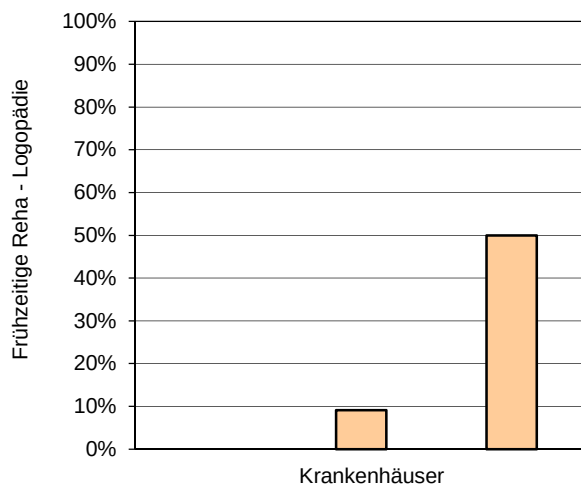
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,7	84,7	88,6	92,7	94,7	96,4	97,2	97,7	97,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	50,0	50,0	50,0	50,0

4 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: 2021/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			5.424 / 5.586	97,1%
Vertrauensbereich				96,6% - 97,5%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

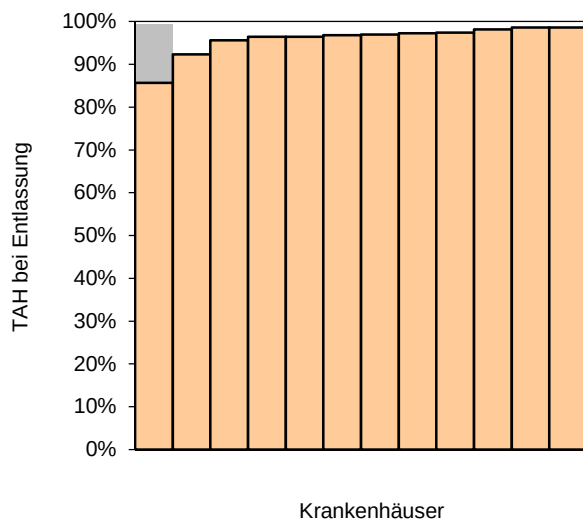
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			5.303 / 5.463	97,1%
Vertrauensbereich				96,6% - 97,5%

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:

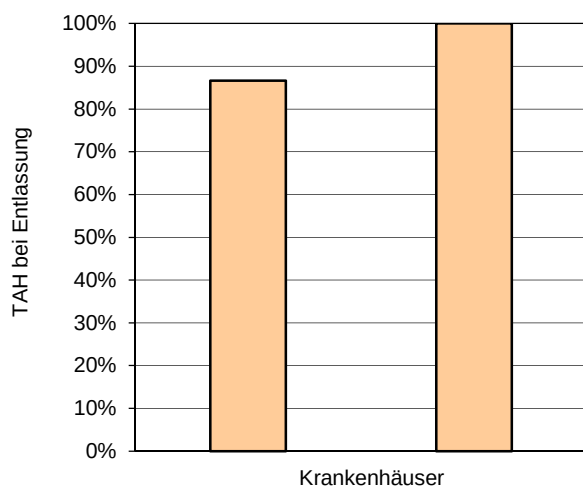
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	92,3	96,0	96,9	97,8	98,6	98,6	98,6

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
	86,7	86,7	86,7	86,7	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben 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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.367 / 1.480	92,4%
Vertrauensbereich				90,9% - 93,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

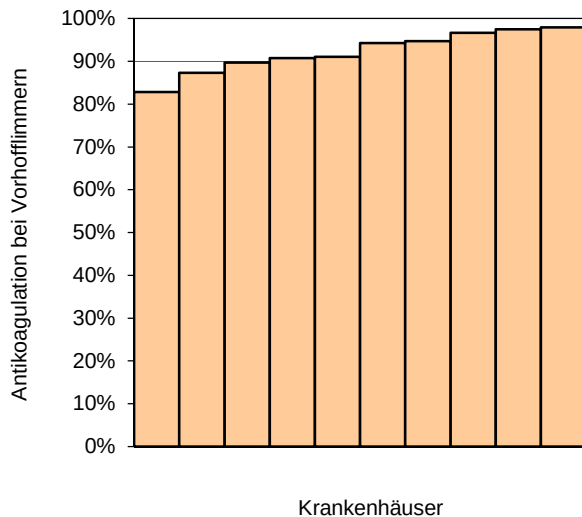
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.304 / 1.425	91,5%
Vertrauensbereich				89,9% - 92,9%

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:

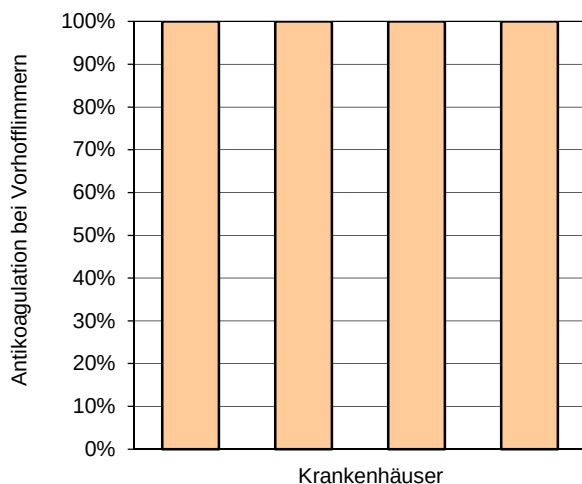
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,8	82,8	85,1	89,7	92,7	96,6	97,7	97,9	97,9

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

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 Magnetresonanztomographie oder Computertomographische 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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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) Vertrauensbereich Referenzbereich			8.207 / 8.309	98,8%
				98,5% - 99,0%
		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

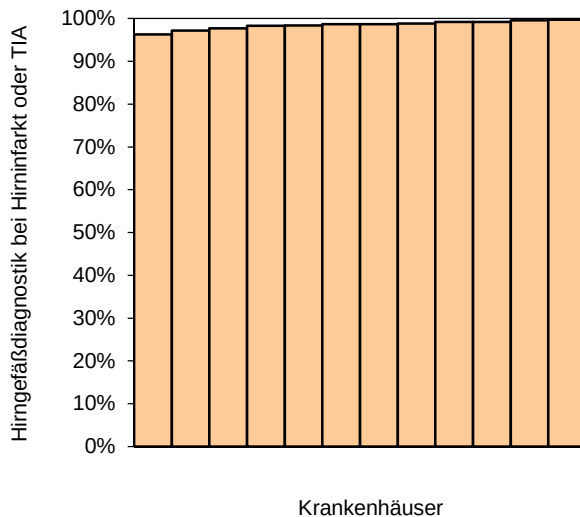
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) Vertrauensbereich			7.805 / 7.924	98,5%
				98,2% - 98,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

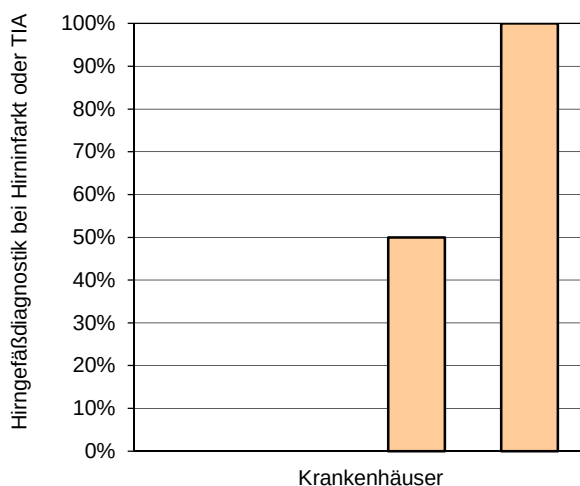
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,3	96,3	97,2	98,0	98,7	99,2	99,6	99,7	99,7

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	75,0	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		
	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		
	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)	1 / 2.496	97 / 5.868	35 / 727
Vertrauensbereich	0,0%	1,7%	4,8%
Referenzbereich	0,0% - 0,2%	1,3% - 2,0%	3,4% - 6,6%
	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2020		
	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 ¹	Gesamt 2020		
	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 / 2.266 0,0% 0,0% - 0,2%	98 / 5.699 1,7% 1,4% - 2,1%	22 / 681 3,2% 2,0% - 4,9%

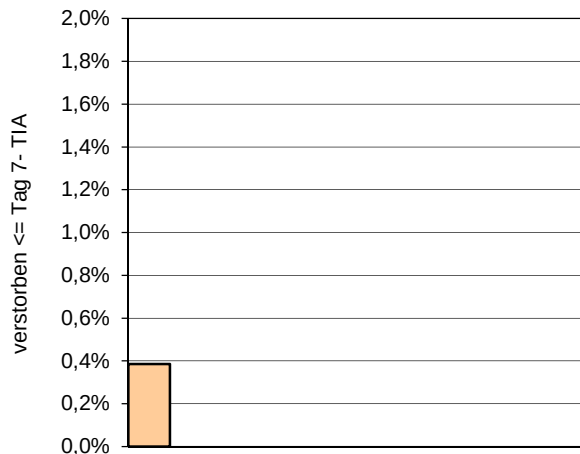
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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:

11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

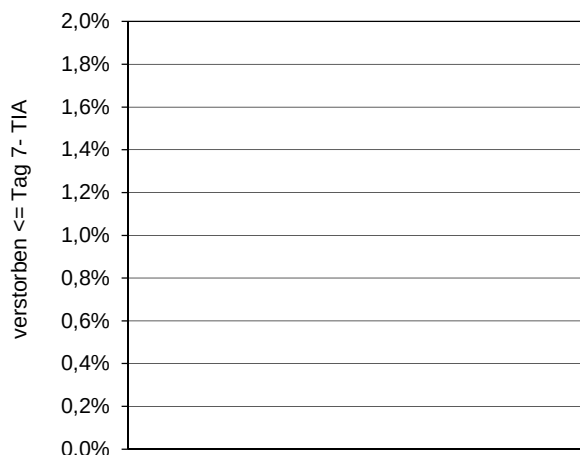


Krankenhäuser

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	0,4	0,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

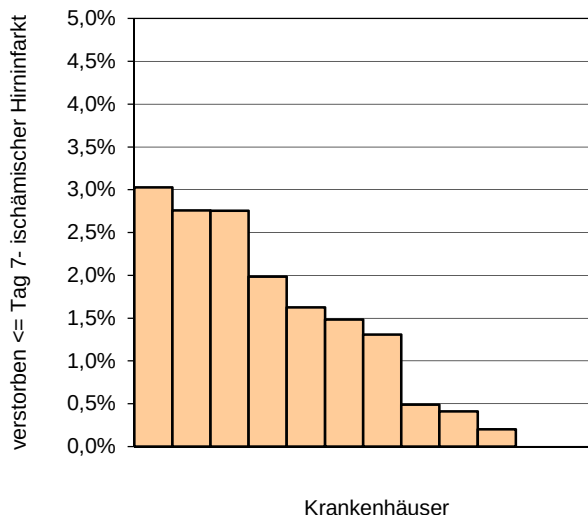
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

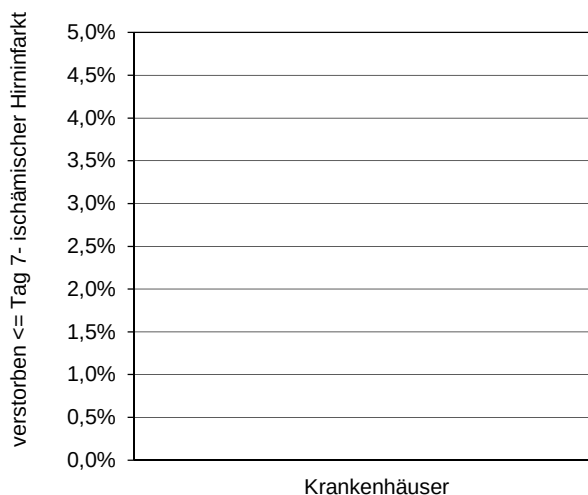
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,3	1,4	2,4	2,8	3,0	3,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

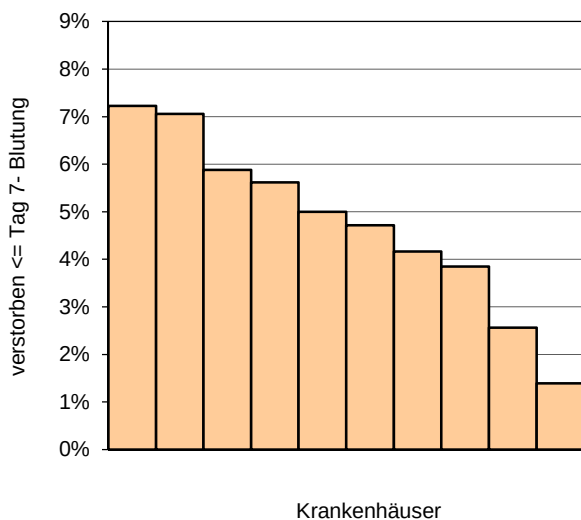
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

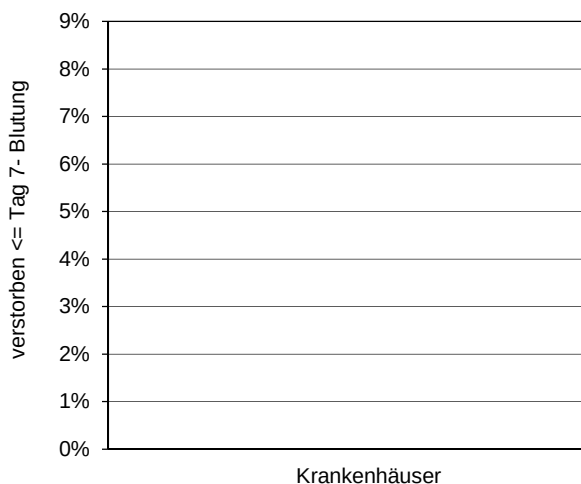
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,4	1,4	2,0	3,8	4,9	5,9	7,1	7,2	7,2

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

3 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: 2021/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 80,0\%$

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.885 / 5.465	89,4%
Vertrauensbereich				88,5% - 90,2%
Referenzbereich		$\geq 80,0\%$		$\geq 80,0\%$

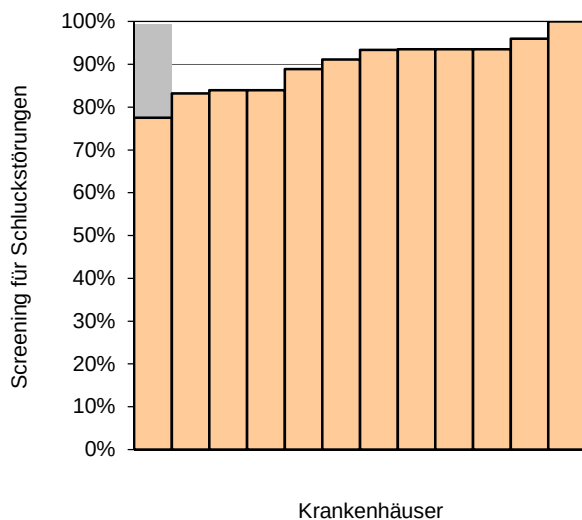
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.784 / 5.281	90,6%
Vertrauensbereich				89,8% - 91,4%

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:

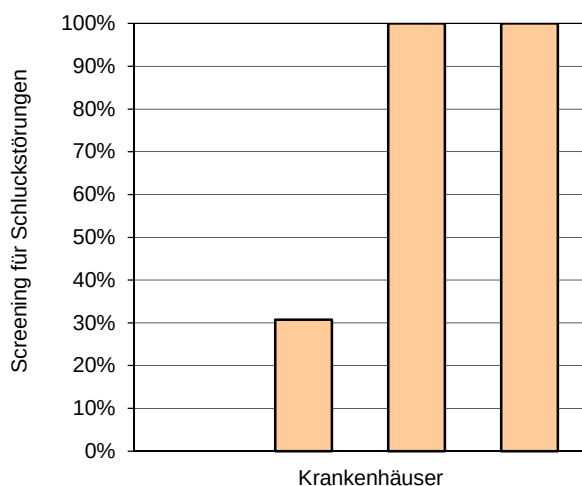
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,5	77,5	83,2	84,0	92,3	93,5	96,0	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	15,4	65,4	100,0	100,0	100,0	100,0

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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.574 / 2.166	72,7%
Vertrauensbereich				70,7% - 74,5%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.363 / 1.998	68,2%
Vertrauensbereich				66,1% - 70,3%

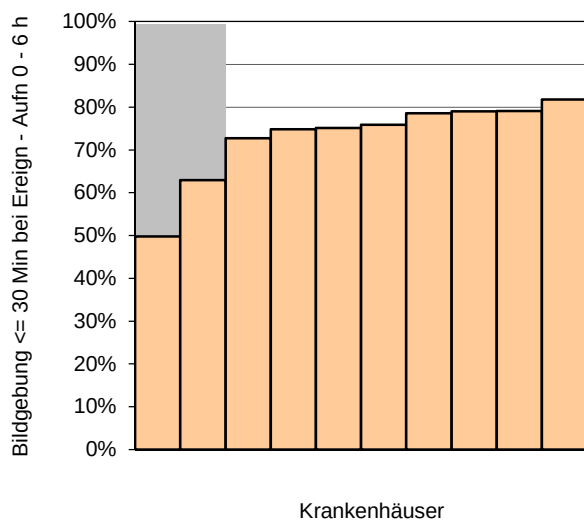
	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			224 / 2.166	10,3%
> 1 bis 3 Stunden			153 / 2.166	7,1%
> 3 bis 6 Stunden			55 / 2.166	2,5%
> 6 Stunden			47 / 2.166	2,2%
1. Bildgebung vor Aufnahme			113 / 2.166	5,2%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 2.166	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:

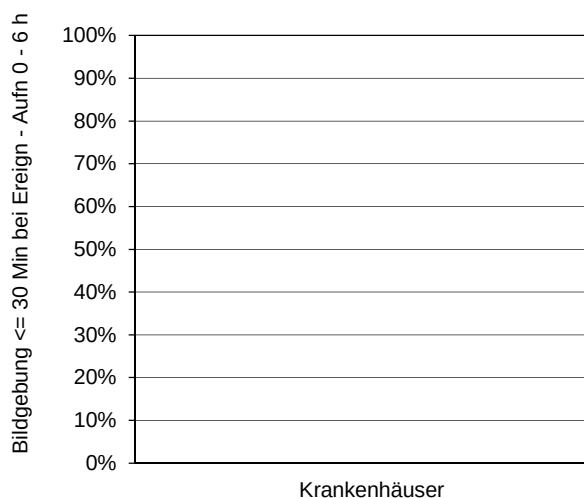
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	49,8	49,8	56,4	72,7	75,5	79,0	80,5	81,8	81,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 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		Gesamt 2021 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			635 / 960	66,1%
Vertrauensbereich				63,1% - 69,1%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			602 / 946	63,6%
Vertrauensbereich				60,5% - 66,7%

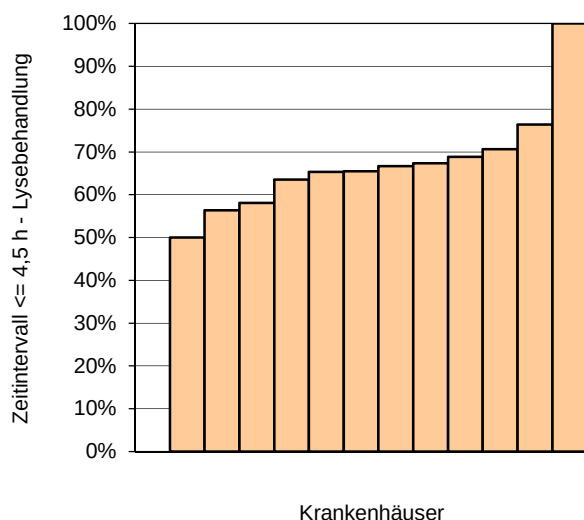
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2021/apo_hh/83311]:

Anteil von Patienten mit 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:

13 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	50,0	58,1	65,5	68,9	76,4	100,0	100,0

4 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:	2021/apo_hh/103508	
	Gruppe 2:	2021/apo_hh/103509	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 42,0%	
	Gruppe 2:	>= 80,0%	

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1				
<= 30 Minuten			554 / 1.088	50,9%
Vertrauensbereich				47,9% - 53,9%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2				
<= 60 Minuten			967 / 1.114	86,8%
Vertrauensbereich				84,7% - 88,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1				
<= 30 Minuten			430 / 957	44,9%
Vertrauensbereich				41,7% - 48,1%
Gruppe 2				
<= 60 Minuten			824 / 972	84,8%
Vertrauensbereich				82,4% - 87,0%

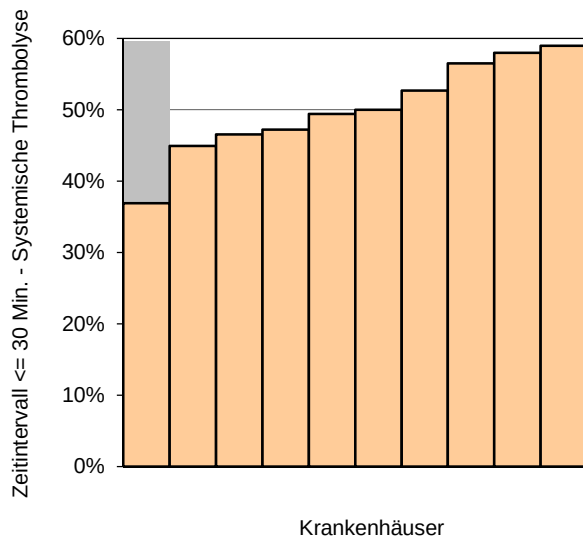
	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			397 / 1.114	35,6%
> 1 - 2 Stunden			100 / 1.114	9,0%
> 2 - 3 Stunden			17 / 1.114	1,5%
> 3 - 4 Stunden			6 / 1.114	0,5%
> 4 - 6 Stunden			3 / 1.114	0,3%
> 6 Stunden			21 / 1.114	1,9%
keine Lyse durchgeführt			0 / 1.114	0,0%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

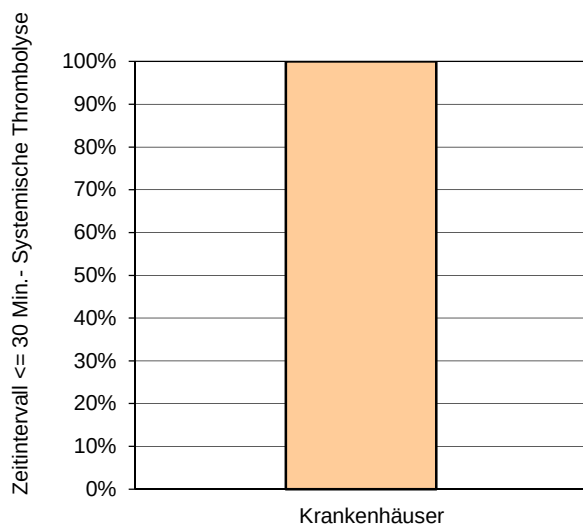
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,9	36,9	40,9	46,6	49,7	56,5	58,5	59,0	59,0

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

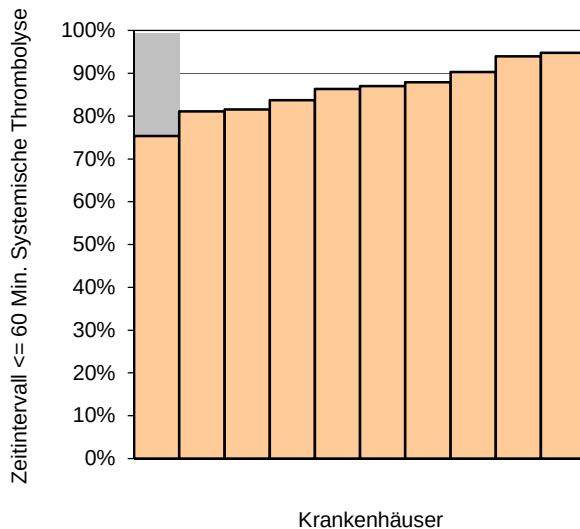
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

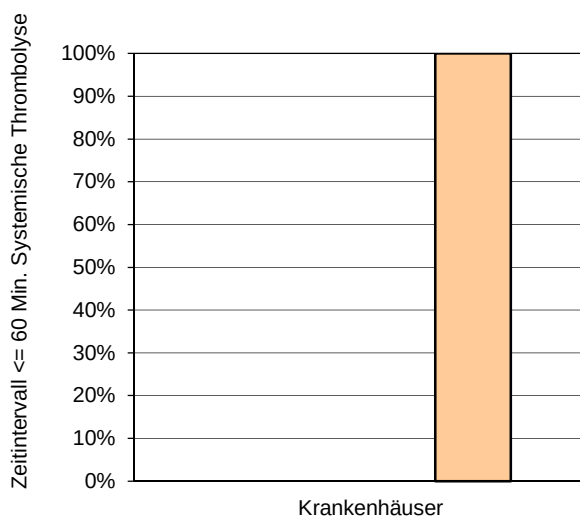
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,4	75,4	78,2	81,6	86,7	90,3	94,4	94,8	94,8

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 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: >= 63,0%

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			450 / 574	78,4%
Vertrauensbereich				74,8% - 81,7%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

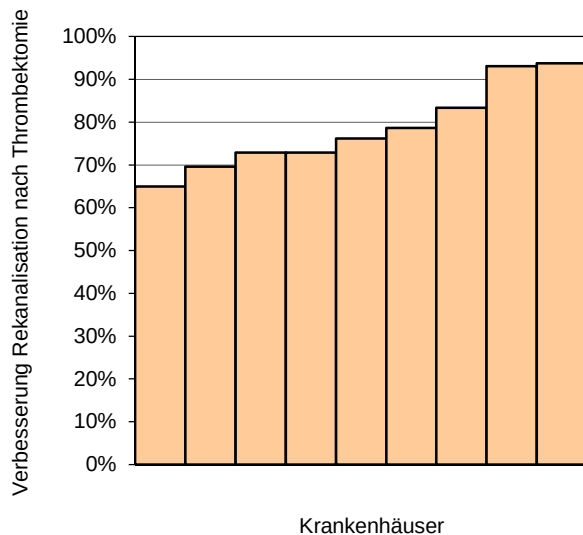
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			452 / 576	78,5%
Vertrauensbereich				74,9% - 81,8%

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:

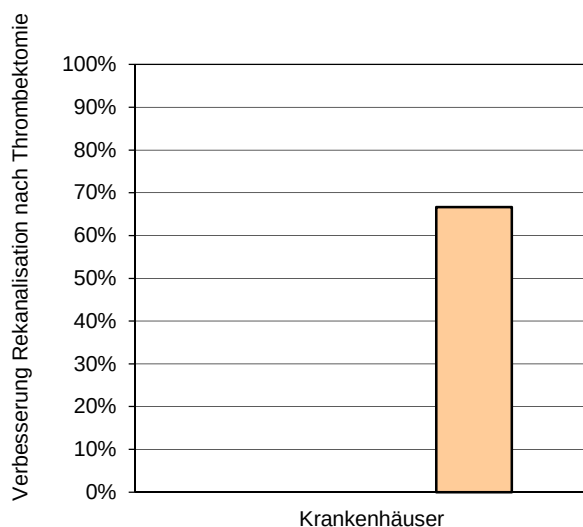
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,0	65,0	65,0	72,9	76,2	83,3	93,8	93,8	93,8

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

6 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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			184 / 574	32,1%
Vertrauensbereich				28,3% - 36,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

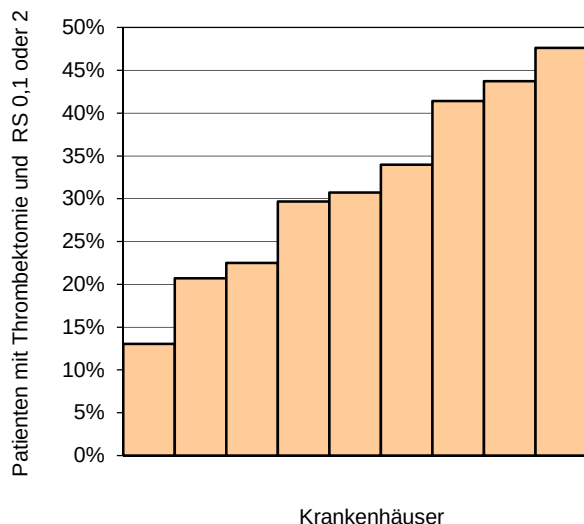
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			179 / 576	31,1%
Vertrauensbereich				27,3% - 35,0%

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:

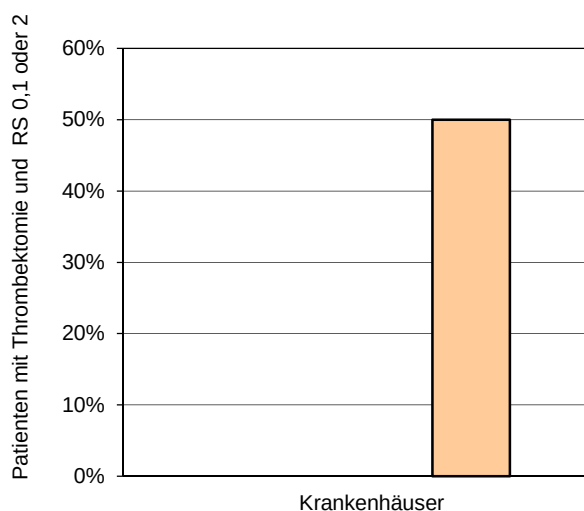
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	13,0	13,0	13,0	22,5	30,7	41,4	47,6	47,6	47,6

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	25,0	50,0	50,0	50,0	50,0

6 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

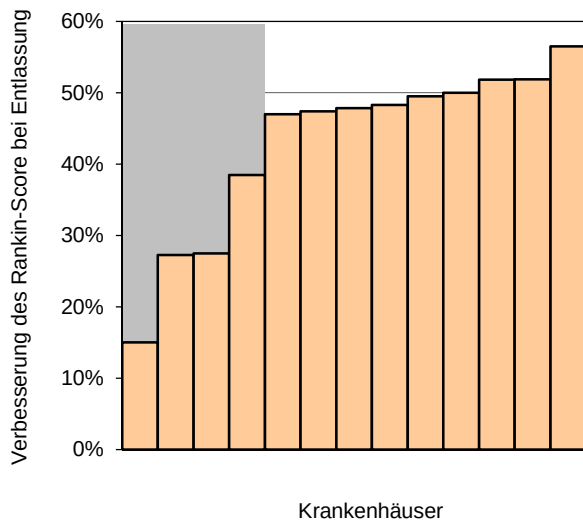
Referenzbereich: $\geq 45,0\%$

	Krankenhaus 2021	Gesamt 2021
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.375 / 9.091 48,1%
Vertrauensbereich		47,1% - 49,2%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$	$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.073 / 8.646 47,1%
Vertrauensbereich		46,1% - 48,2%

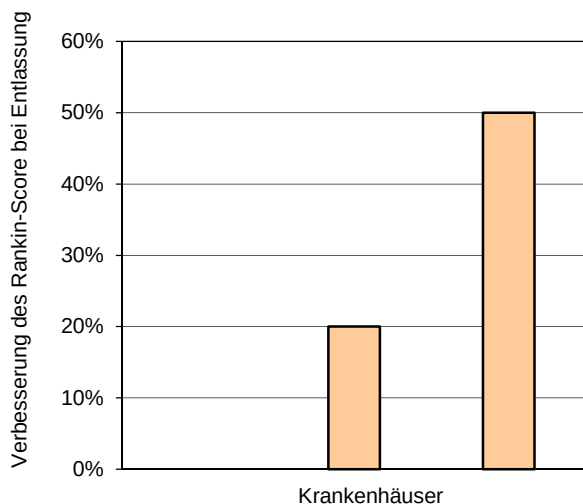
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2021/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,0	15,0	27,3	38,5	47,9	50,0	51,9	56,5	56,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	50,0	50,0	50,0	50,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2021

	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 2021

	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	1.616 17,8%	760 8,4%	510 5,6%	269 3,0%	102 1,1%	44 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	61 0,7%	499 5,5%	595 6,5%	301 3,3%	113 1,2%	55 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	17 0,2%	45 0,5%	510 5,6%	588 6,5%	202 2,2%	95 1,0%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	12 0,1%	11 0,1%	57 0,6%	375 4,1%	334 3,7%	141 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 0,1%	6 0,1%	17 0,2%	59 0,6%	263 2,9%	266 2,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	6 0,1%	2 0,0%	10 0,1%	21 0,2%	58 0,6%	416 4,6%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

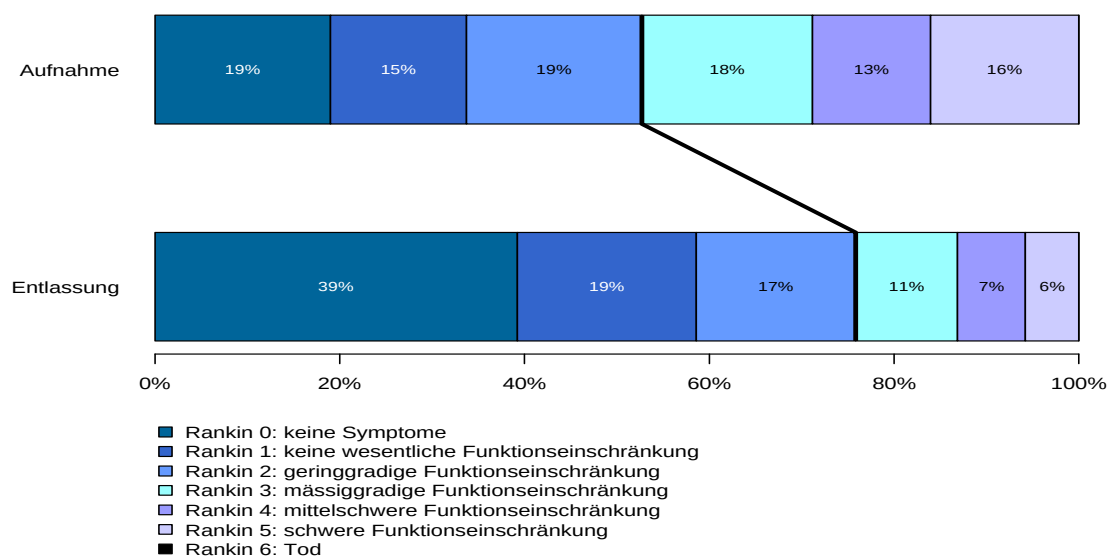
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2020**

	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 2020**

	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	1.473 17,0%	739 8,5%	469 5,4%	247 2,9%	96 1,1%	37 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	62 0,7%	525 6,1%	612 7,1%	322 3,7%	94 1,1%	46 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	19 0,2%	53 0,6%	480 5,6%	481 5,6%	147 1,7%	103 1,2%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	12 0,1%	22 0,3%	64 0,7%	362 4,2%	290 3,4%	135 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	7 0,1%	11 0,1%	24 0,3%	58 0,7%	256 3,0%	255 2,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	7 0,1%	5 0,1%	15 0,2%	31 0,4%	49 0,6%	398 4,6%
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: 2021/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - ≤ 2 Stunden			2.193 / 9.091	24,1%
> 2 - ≤ 3 Stunden			485 / 9.091	5,3%
> 3 - ≤ 6 Stunden			695 / 9.091	7,6%
> 6 - ≤ 24 Stunden			790 / 9.091	8,7%
> 24 - ≤ 48 Stunden			277 / 9.091	3,0%
> 48 Stunden			400 / 9.091	4,4%
Anzahl Patienten mit ETDT ≤ 3 Stunden			2.678 / 9.091	29,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT ≤ 3 Stunden			2.421 / 8.646	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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			21 / 574	3,7%
> 30 - <= 60 Minuten			86 / 574	15,0%
> 60 - <= 90 Minuten			204 / 574	35,5%
> 90 - <= 120 Minuten			158 / 574	27,5%
> 120 - <= 180 Minuten			66 / 574	11,5%
> 180 Minuten			39 / 574	6,8%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			107 / 574	18,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			121 / 576	21,0%

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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			63 / 9.091	0,7%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			2 / 63	3,2%
> 2 - <= 3 Stunden			2 / 63	3,2%
> 3 - <= 6 Stunden			3 / 63	4,8%
> 6 - <= 24 Stunden			6 / 63	9,5%
> 24 - <= 48 Stunden			3 / 63	4,8%
> 48 Stunden			5 / 63	7,9%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung Median (Minuten)				1.049,0 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung Median (Minuten)				586,0 Min.

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: 2021/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			26 / 1.046	2,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			13 / 1.027	1,3%

¹ 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		Gesamt 2021	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			331 / 1.046	31,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			339 / 1.027	33,0%

Basisdaten

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.437	23,0	2.608	25,7
2. Quartal			2.644	25,0	2.388	23,5
3. Quartal			2.737	25,9	2.622	25,8
4. Quartal			2.760	26,1	2.549	25,1
Gesamt			10.578		10.167	

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

Patienten

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			8.657		8.127	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			4.465	51,6	4.208	51,8
weiblich			4.186	48,4	3.918	48,2
divers			1	0,0	1	0,0
unbestimmt			5	0,1	0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			8.594 / 10.578	81,2	8.069 / 10.167	79,4
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			434 / 10.578	4,1	518 / 10.167	5,1
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			35 / 10.578	0,3	42 / 10.167	0,4
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			28 / 10.578	0,3	16 / 10.167	0,2
nein, keine stationäre Aufnahme			1.487 / 10.578	14,1	1.522 / 10.167	15,0
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.963	76,6	6.558	75,9
Sonnabend oder Sonntag			2.128	23,4	2.088	24,1
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			2.943	32,4	2.750	31,8
nein			5.923	65,2	5.631	65,1
nicht bestimmbar			225	2,5	265	3,1
Sprachstörung						
ja			2.159	23,7	2.048	23,7
nein			6.741	74,2	6.366	73,6
nicht bestimmbar			191	2,1	232	2,7
Motorische Ausfälle						
ja			4.132	45,5	3.842	44,4
nein			4.844	53,3	4.669	54,0
nicht bestimmbar			115	1,3	135	1,6
Schluckstörung						
ja			1.130	12,4	1.289	14,9
nein			7.318	80,5	6.831	79,0
nicht bestimmbar			643	7,1	526	6,1
Bewusstseinsstörung						
ja			824	9,1	868	10,0
nein			8.207	90,3	7.727	89,4
nicht bestimmbar			60	0,7	51	0,6

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			5.173	56,9	4.763	55,1
nein			3.918	43,1	3.883	44,9
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			1.144	22,1	1.164	24,4
> 1 - <= 2 Stunden			1.260	24,4	1.025	21,5
> 2 - <= 3 Stunden			485	9,4	512	10,7
> 3 - <= 3,5 Stunden			203	3,9	152	3,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			143	2,8	148	3,1
> 4 - <= 6 Stunden			349	6,7	346	7,3
> 6 - <= 24 Stunden			790	15,3	723	15,2
> 24 - <= 48 Stunden			277	5,4	251	5,3
> 48 Stunden			400	7,7	365	7,7
wake up stroke						
ja			1.236	31,5	1.212	31,2
nein			2.682	68,5	2.671	68,8

Diagnostik

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			38	0,4	40	0,5
1. Bildgebung extern			611	6,7	642	7,4
1. Bildgebung intern			8.442	92,9	7.964	92,1
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			3.602	42,7	3.883	48,8
CCT mit CTA			4.493	53,2	3.733	46,9
MRT			181	2,1	137	1,7
MRT mit MRA			166	2,0	211	2,6
Gefäßverschluss						
ja			1.377	15,1	1.341	15,5
nein			7.714	84,9	7.305	84,5
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			545	94,9	552	95,8
nein			16	2,8	24	4,2
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			96	17,6	107	19,3
M1			271	49,7	270	48,8
M2			94	17,2	107	19,3
Basilaris			45	8,3	37	6,7
Sonstige			39	7,2	32	5,8
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			437	80,2	452	81,7
nein			108	19,8	101	18,3
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			85	0,9	96	1,1
<= 24 Stunden			3.973	43,7	3.644	42,1
> 24 Stunden			5.033	55,4	4.906	56,7

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			8.285	91,8	7.901	92,0
Intrakraniell			8.239	91,3	7.858	91,5
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			7.747	85,8	7.471	87,0
nein			1.204	13,3	1.003	11,7
nicht durchführbar			77	0,9	113	1,3
Vorhofflimmern			2.398	26,6	2.337	27,2
Komplikationen - Pneumonie						
nein			8.337	92,3	7.885	91,8
ja			691	7,7	702	8,2
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			8.595	95,2	8.286	96,5
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			121	1,3	124	1,4
Stenting im Verlauf			92	1,0	89	1,0
TEA			117	1,3	88	1,0

Diagnose(n) ICD-10-GM 2021¹

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.868	64,5	5.699	65,9
TIA			2.496	27,5	2.266	26,2
ICB			727	8,0	681	7,9
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			1.728	19,0	1.595	18,4
Rankin 1			1.336	14,7	1.371	15,9
Rankin 2			1.727	19,0	1.702	19,7
Rankin 3			1.679	18,5	1.568	18,1
Rankin 4			1.163	12,8	1.020	11,8
Rankin 5			1.458	16,0	1.390	16,1
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			3.293	39,2	3.059	38,4
Rankin 1			1.624	19,3	1.656	20,8
Rankin 2			1.448	17,3	1.281	16,1
Rankin 3			926	11,0	879	11,0
Rankin 4			615	7,3	608	7,6
Rankin 5			487	5,8	481	6,0

Rehabilitation

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.277	80,6	6.833	79,6
> Tag 2 nach Aufnahme			188	2,1	293	3,4
keine			1.563	17,3	1.461	17,0
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.863	76,0	6.547	76,2
> Tag 2 nach Aufnahme			158	1,8	233	2,7
keine			2.007	22,2	1.807	21,0

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			2.439	27,0	2.234	26,0
Thrombozyten- aggregationshemmer			6.403	70,9	6.168	71,8
Antihypertensiva			7.120	78,9	6.801	79,2
Antidiabetika			1.507	16,7	1.474	17,2
Statine			7.800	86,4	7.315	85,2

Entlassung

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			5.343	59,2	5.019	58,4
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			2.212	24,5	2.130	24,8
andere Abteilung			265	2,9	275	3,2
externe Akut-Klinik			85	0,9	115	1,3
Pflegeeinrichtung			572	6,3	538	6,3
verstorben			551	6,1	510	5,9
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			6	6,8	17	14,8
zur Desobliteration der A. carotis			16	18,2	19	16,5
zur Hemikraniektomie			9	10,2	11	9,6
aus anderen Gründen			57	64,8	68	59,1
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			308	55,9	300	58,7
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			243	44,1	211	41,3
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			9.091	100,0	8.646	100,0
Mittelwert	<i>Tage</i>		<i>8,4 Tage</i>		<i>8,2 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		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie¹						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			7.515	83,2	7.188	83,7
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			77	0,9	84	1,0
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			863	9,6	738	8,6
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			93	1,0	123	1,4
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			223	2,5	218	2,5
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			257	2,8	235	2,7
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			462	43,5	347	36,1
> 30 - <= 60 Minuten			340	32,0	311	32,4
> 1 - <= 2 Stunden			87	8,2	83	8,6
> 2 - <= 3 Stunden			15	1,4	16	1,7
> 3 - <= 4 Stunden			6	0,6	8	0,8
> 4 - <= 6 Stunden			5	0,5	7	0,7
> 6 Stunden			146	13,8	189	19,7
keine Lyse durchgeführt			7.515	83,2	7.188	83,7
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			4.078	44,9	3.618	41,8
> 30 - <= 60 Minuten			1.258	13,8	1.263	14,6
> 1 - <= 3 Stunden			1.807	19,9	1.796	20,8
> 3 - <= 6 Stunden			769	8,5	747	8,6
> 6 Stunden			519	5,7	531	6,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			611	6,7	642	7,4
keine Bildgebung erfolgt			38	0,4	40	0,5
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			4.717	56,2	4.513	56,7
3 - 8 (mittel)			2.462	29,3	2.296	28,8
9 - 20 (schwerwiegend)			1.017	12,1	955	12,0
> 20 (sehr schwerwiegend)			155	1,8	150	1,9
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2021		Gesamt 2021		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			7.802	85,8	7.316	84,6
Antihypertensiva			7.123	78,4	6.802	78,7
Antidiabetika			1.507	16,6	1.474	17,0
keine Angabe			60	0,7	56	0,6
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			7.445	81,9	7.125	82,4
Pflege zu Hause			894	9,8	761	8,8
Pflege in Institution			752	8,3	759	8,8
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.

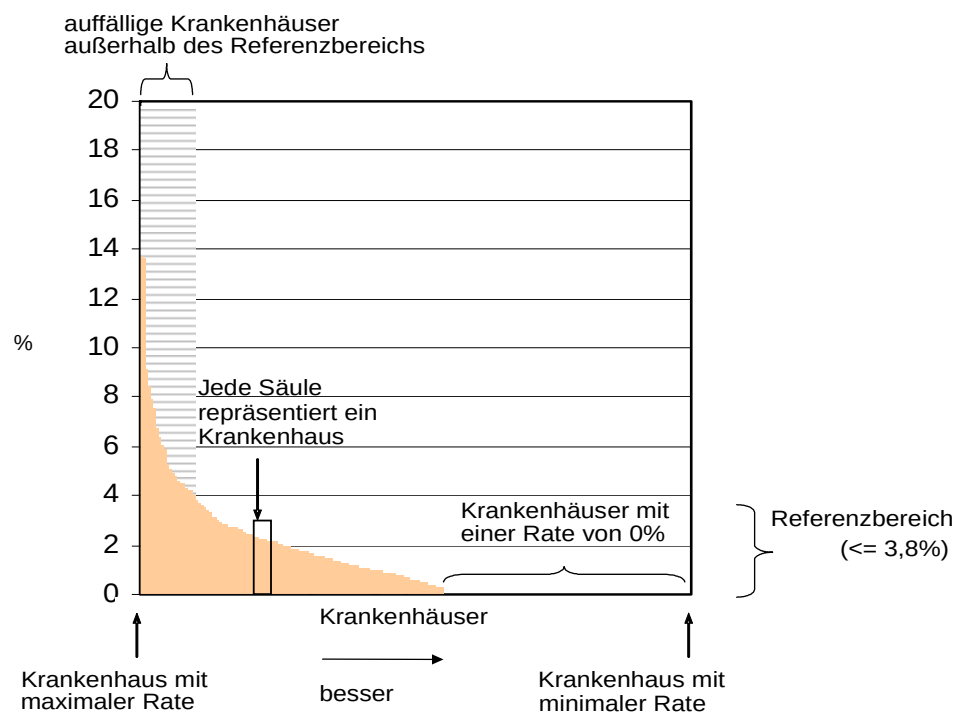
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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