

Auswertung 2. Quartal 2022 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.326
Datensatzversion: apo_hh 2022 5.1
Datenbankstand: 02. August 2022
2022 - D18737-L121056-P56157

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 2022 im II. 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 2021 im II. Quartal stationär entlassen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			95,2%	>= 80,0%	7
2022/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			93,0%	>= 80,0%	9
2022/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,0%	>= 90,0%	11
2022/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			96,7%	>= 80,0%	13
2022/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					
2022/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2022/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,9%	<= 4,0%	17
2022/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			3,9%	<= 25,0%	17
2022/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			91,0%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2022/apo_hh/103490			75,9%	>= 65,0%	24
2022/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			64,2%	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					
2022/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			61,2%	>= 42,0%	29
2022/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			86,6%	>= 80,0%	29
2022/apo_hh/151296					
QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			76,7%	>= 63,0%	33
2022/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			27,1%	nicht definiert	35
2022/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			47,8%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			30,2%	-	44
2022/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			16,3%	-	45
2022/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			116,5 Min.	-	46
2022/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			4,4%	-	47
2022/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			27,5%	-	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: 2022/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			550 / 578	95,2% 93,1% - 96,8% >= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich			585 / 617	94,8% 92,8% - 96,4%

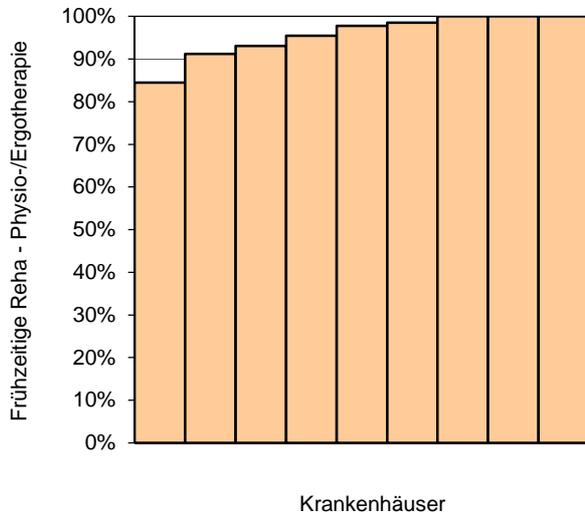
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2022/apo_hh/83284]:

Anteil von Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder einen Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall) 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:

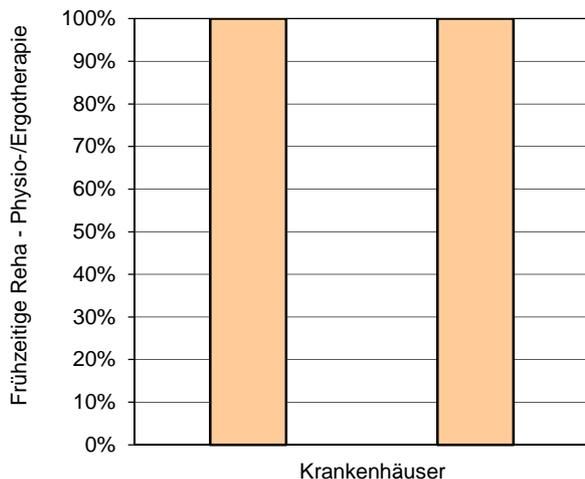
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,5	84,5	84,5	93,1	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	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.

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:	2022/apo_hh/83285
Referenzbereich:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹			541 / 582	93,0%
Vertrauensbereich				90,6% - 94,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹			633 / 676	93,6%
Vertrauensbereich				91,5% - 95,4%

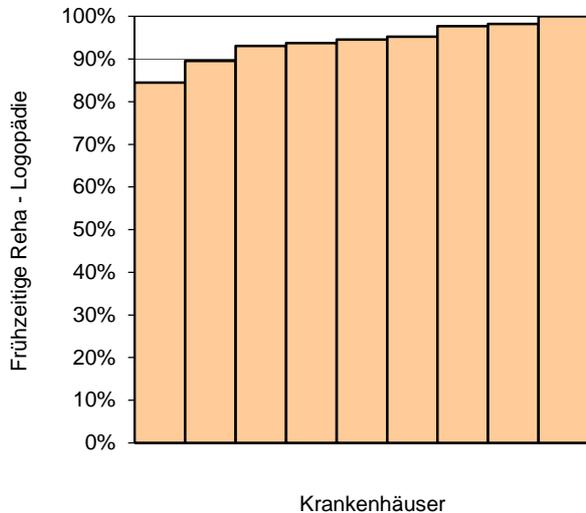
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2022/apo_hh/83285]:

Anteil von Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall) 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:

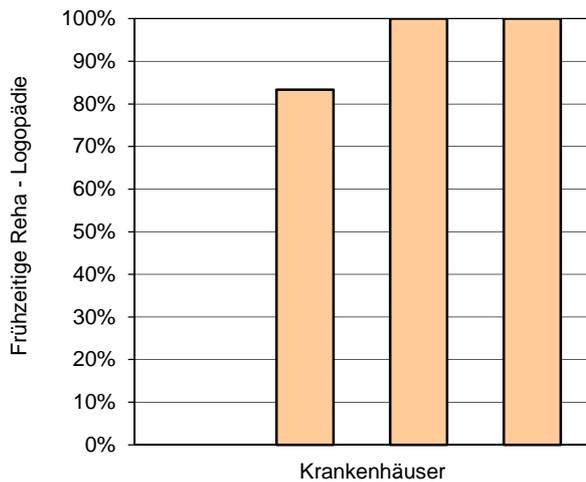
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,5	84,5	84,5	93,1	94,6	97,7	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	41,7	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2022/apo_hh/83287

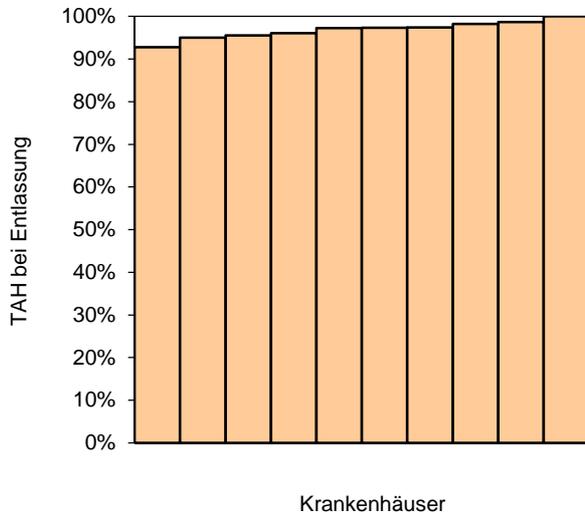
Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.171 / 1.207	97,0%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.409 / 1.448	97,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 98,1%

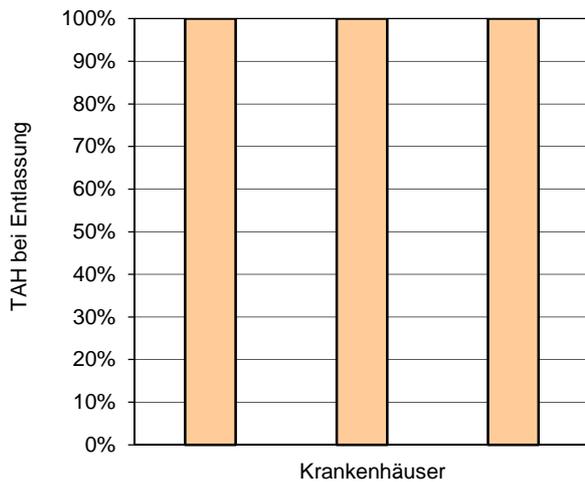
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2022/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,8	92,8	93,9	95,6	97,3	98,3	99,3	100,0	100,0

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

4 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: 2022/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			321 / 332	96,7%
Vertrauensbereich				94,1% - 98,3%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

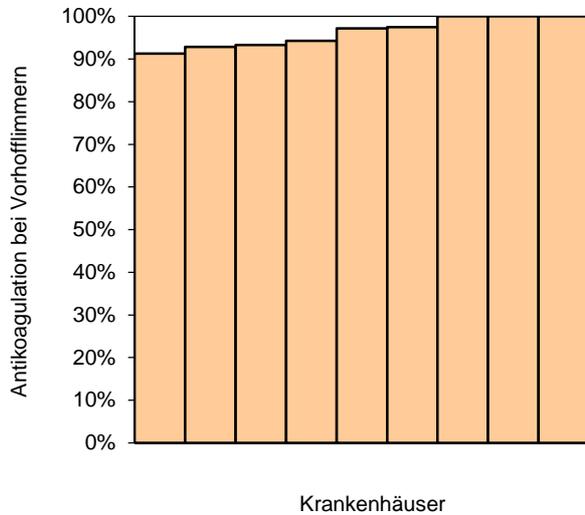
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			335 / 356	94,1%
Vertrauensbereich				91,1% - 96,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2022/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:

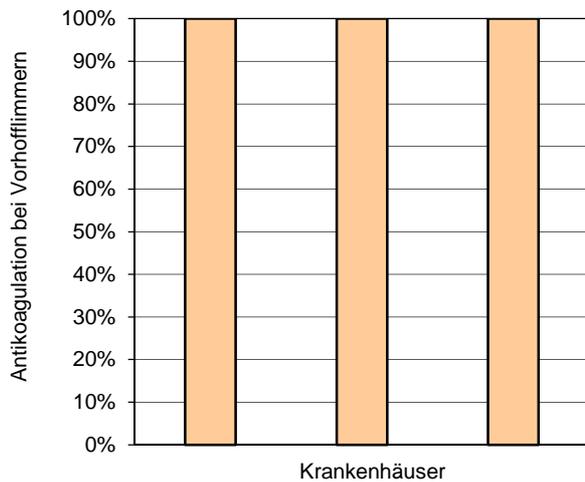
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,3	91,3	91,3	93,3	97,2	100,0	100,0	100,0	100,0

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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA und Erstversorgung

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 95,0\%$

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. 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) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.770 / 1.791	98,8% 98,2% - 99,3% $\geq 95,0\%$

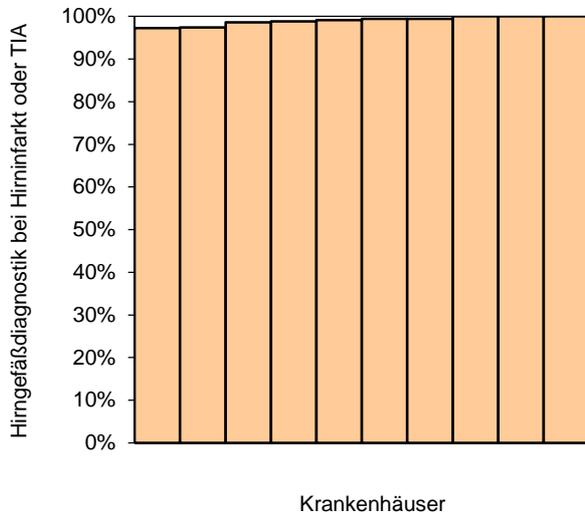
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.059 / 2.083	98,8% 98,3% - 99,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2022/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:

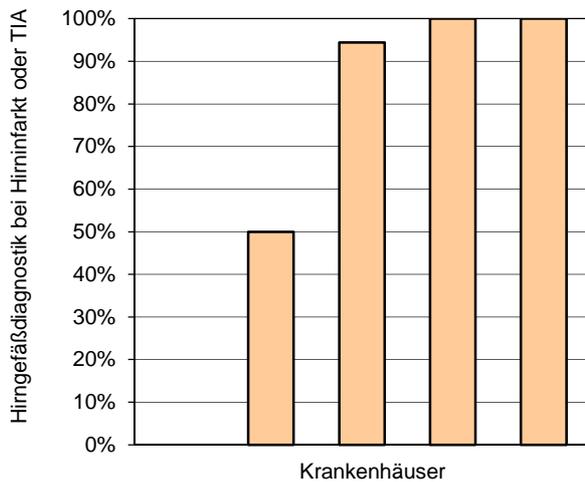
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,3	97,3	97,3	98,6	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0

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	50,0	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

Qualitätsziel: Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ innerhalb der ersten 7 Tage nach Aufnahme

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2022/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2022/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2022/apo_hh/83386

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

	Krankenhaus 2022 II. 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 2022 II. 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 / 510 0,0% 0,0% - 0,7% <= 0,5%	24 / 1.297 1,9% 1,2% - 2,7% <= 4,0%	5 / 129 3,9% 1,2% - 8,9% <= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. 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			

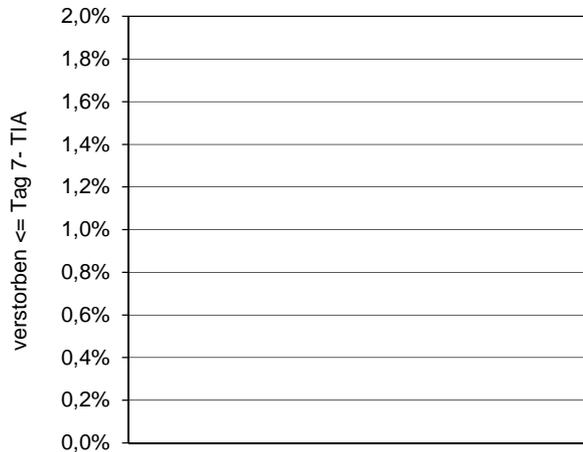
Vorjahresdaten	Gesamt 2021 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 647 0,0% 0,0% - 0,6%	23 / 1.452 1,6% 1,0% - 2,4%	9 / 194 4,6% 2,1% - 8,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2022/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:

9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

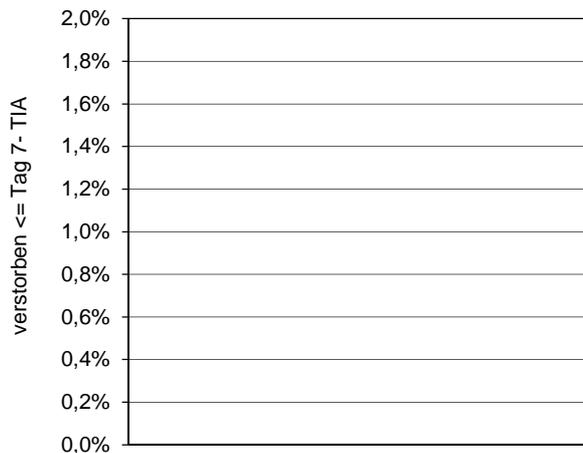


Krankenhäuser

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	0,0	0,0

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

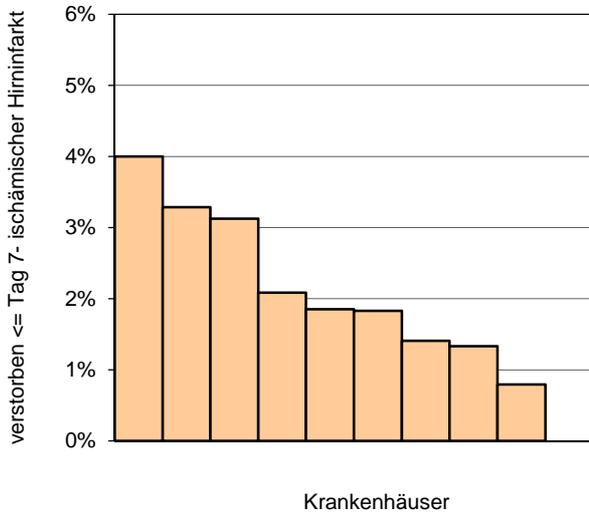
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2022/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:

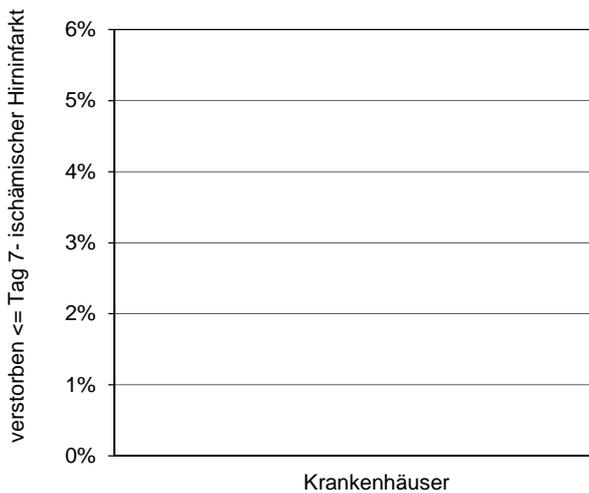
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,4	1,3	1,8	3,1	3,6	4,0	4,0

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

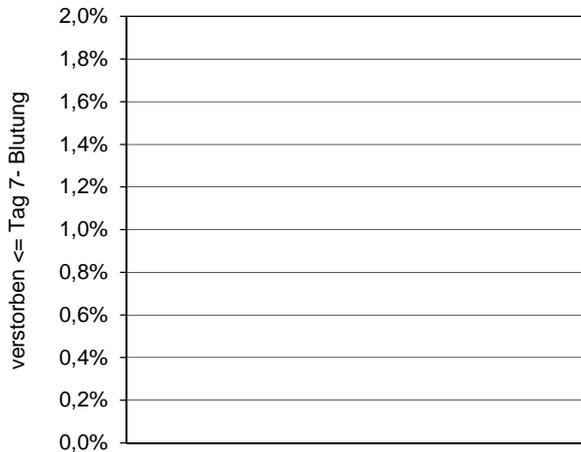
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2022/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.

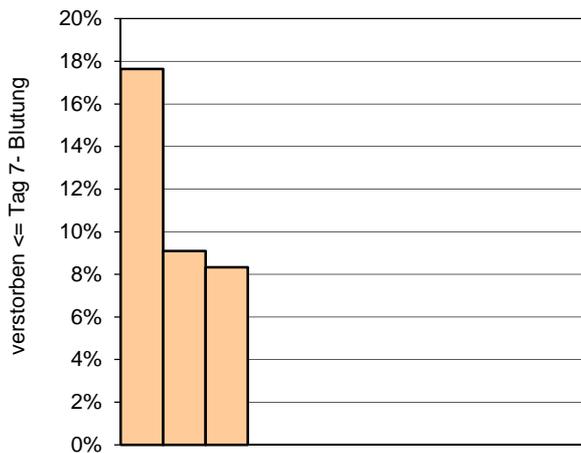


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 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	8,3	9,1	17,6	17,6

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

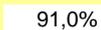
Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

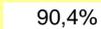
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.097 / 1.205	 91,0%
Vertrauensbereich				89,3% - 92,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

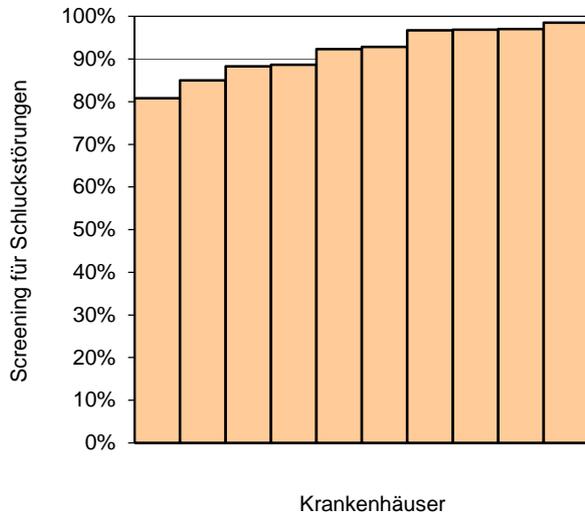
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.235 / 1.366	 90,4%
Vertrauensbereich				88,7% - 91,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2022/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:

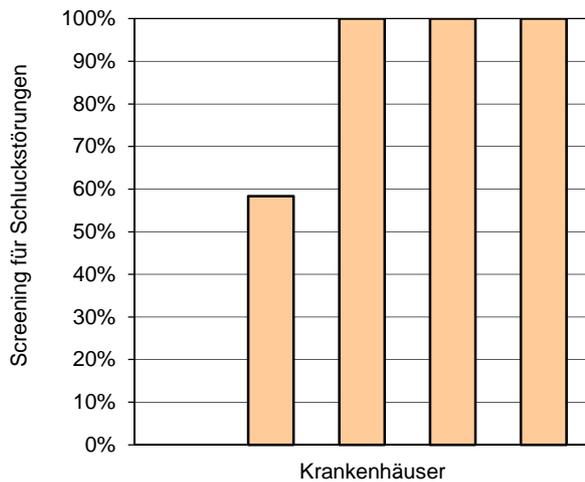
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,8	80,8	82,9	88,3	92,6	96,9	97,8	98,5	98,5

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	58,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			334 / 440	75,9%
Vertrauensbereich				71,6% - 79,8%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			382 / 514	74,3%
Vertrauensbereich				70,3% - 78,0%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) ¹				
> 30 - 60 Minuten			39 / 440	8,9%
> 1 bis 3 Stunden			27 / 440	6,1%
> 3 bis 6 Stunden			13 / 440	3,0%
> 6 Stunden			5 / 440	1,1%
1. Bildgebung vor Aufnahme			22 / 440	5,0%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 440	0,0%

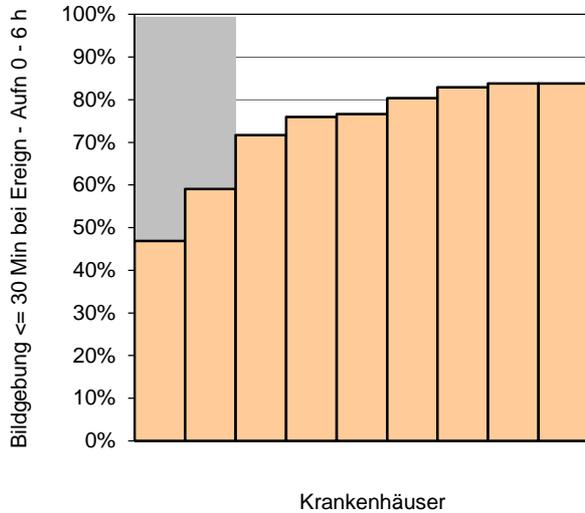
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2022/apo_hh/103490]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

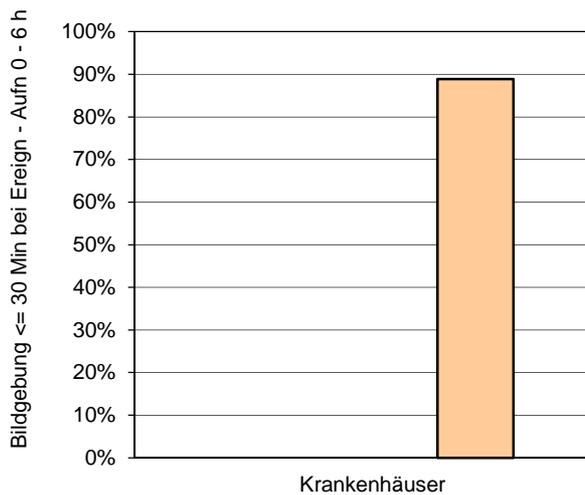
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,9	46,9	46,9	71,7	76,7	82,9	83,8	83,8	83,8

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	44,4	88,9	88,9	88,9	88,9

6 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: 2022/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			136 / 212	64,2%
Vertrauensbereich				57,3% - 70,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			156 / 221	70,6%
Vertrauensbereich				64,1% - 76,5%

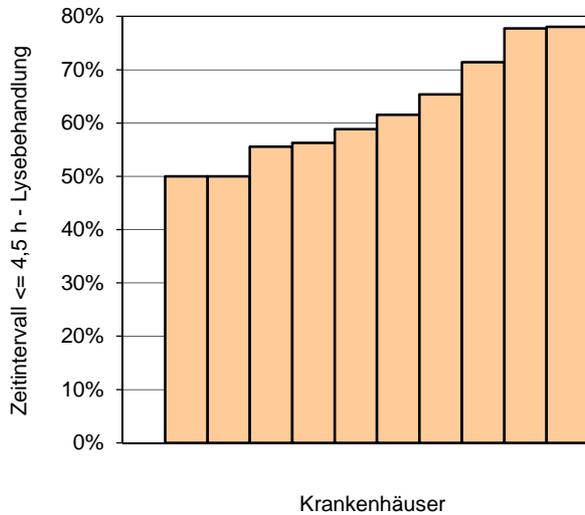
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2022/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 ≥ 4 und ≤ 25 bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

11 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	50,0	58,8	71,4	77,8	78,0	78,0

6 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:	2022/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2022/apo_hh/103509
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			142 / 232	61,2%
Vertrauensbereich				54,6% - 67,5%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			201 / 232	86,6%
Vertrauensbereich				81,6% - 90,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten ²			158 / 283	55,8%
Vertrauensbereich				49,8% - 61,7%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			251 / 283	88,7%
Vertrauensbereich				84,4% - 92,1%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

² Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2021 abweichen.

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
> 30 - 60 Minuten			59 / 232	25,4%
> 1 - 2 Stunden			22 / 232	9,5%
> 2 - 3 Stunden			4 / 232	1,7%
> 3 - 4 Stunden			4 / 232	1,7%
> 4 - 6 Stunden			0 / 232	0,0%
> 6 Stunden			1 / 232	0,4%
keine Lyse durchgeführt			0 / 232	0,0%

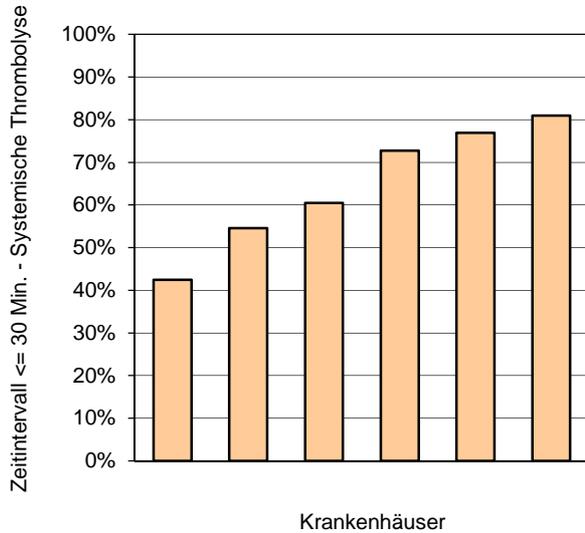
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2022/apo_hh/103508]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 30 Minuten (Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall) an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

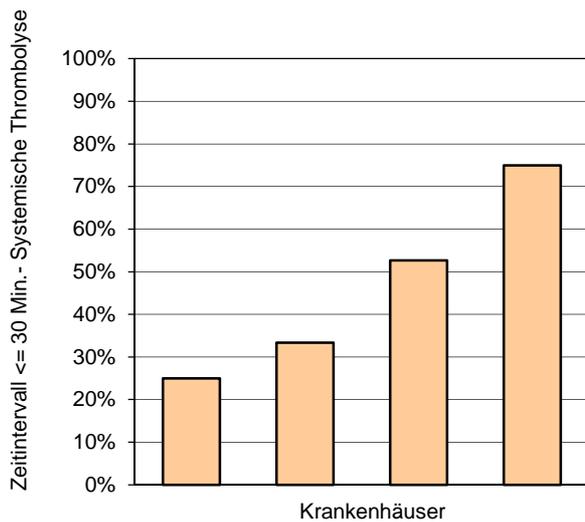
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,4	42,4	42,4	54,5	66,6	76,9	81,0	81,0	81,0

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
	25,0	25,0	25,0	29,2	43,0	63,8	75,0	75,0	75,0

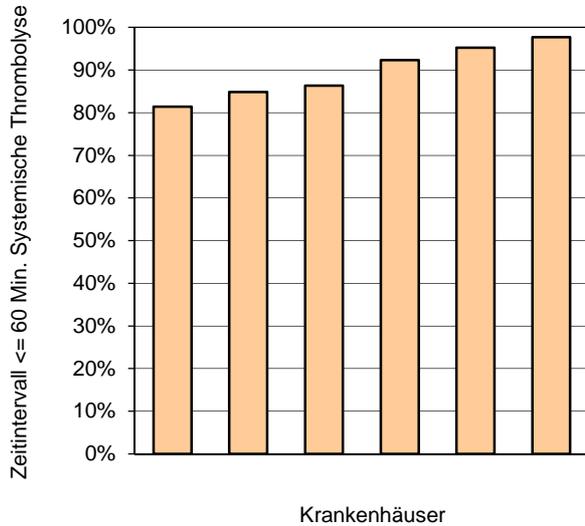
7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2022/apo_hh/103509]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 60 Minuten (Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall) an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

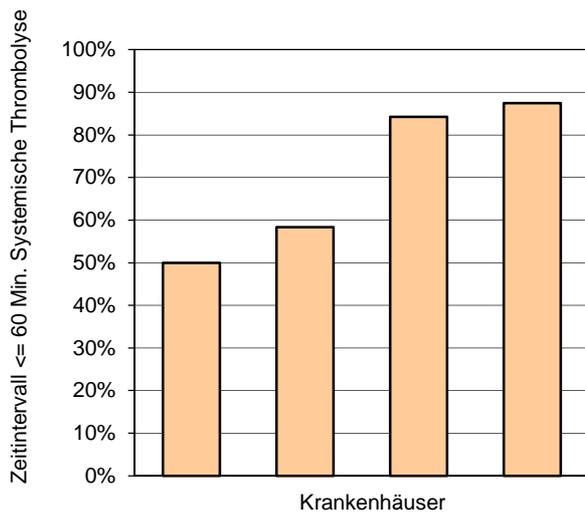
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,4	81,4	81,4	84,8	89,3	95,2	97,7	97,7	97,7

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
	50,0	50,0	50,0	54,2	71,3	85,9	87,5	87,5	87,5

7 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: 2022/apo_hh/151296

Referenzbereich: >= 63,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			99 / 129	76,7%
Vertrauensbereich				68,5% - 83,7%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

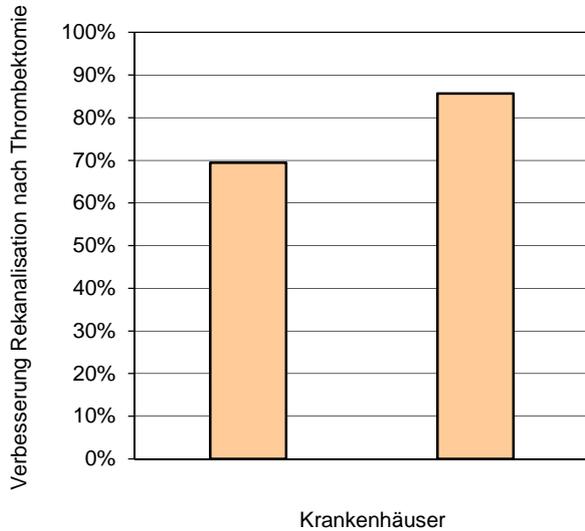
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			104 / 131	79,4%
Vertrauensbereich				71,4% - 86,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2022/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

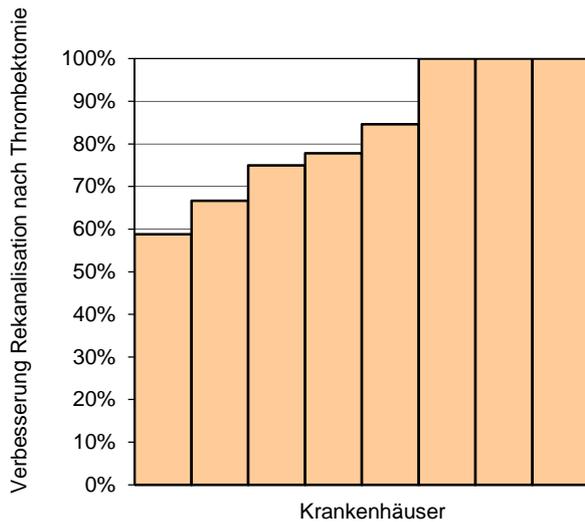
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,4	69,4	69,4	69,4	77,6	85,7	85,7	85,7	85,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,8	58,8	58,8	70,8	81,2	100,0	100,0	100,0	100,0

7 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: 2022/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			35 / 129	27,1%
Vertrauensbereich				19,7% - 35,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

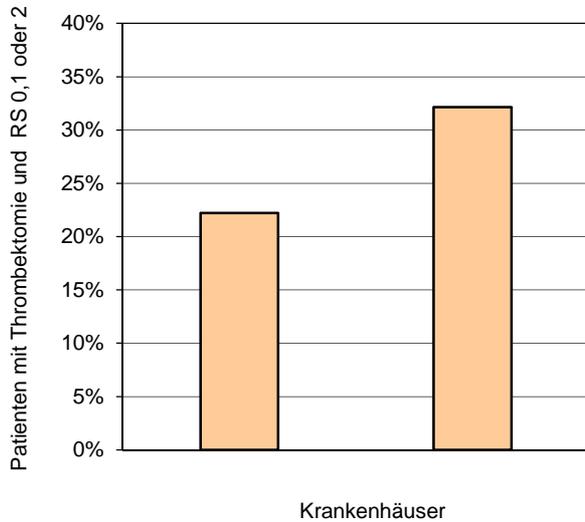
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			40 / 131	30,5%
Vertrauensbereich				22,8% - 39,2%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2022/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:

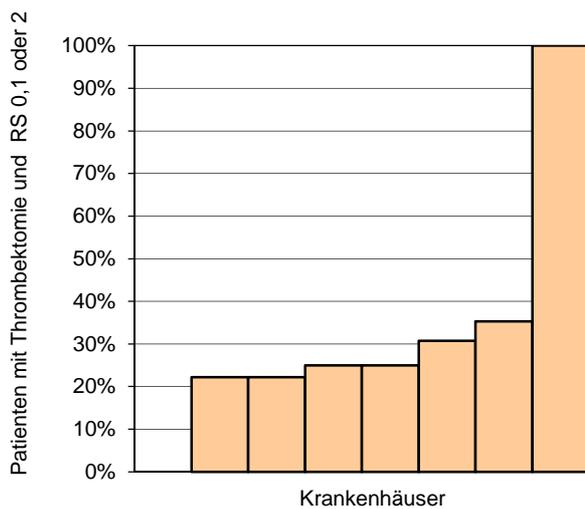
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,2	22,2	22,2	22,2	27,2	32,1	32,1	32,1	32,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 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	22,2	25,0	33,0	100,0	100,0	100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

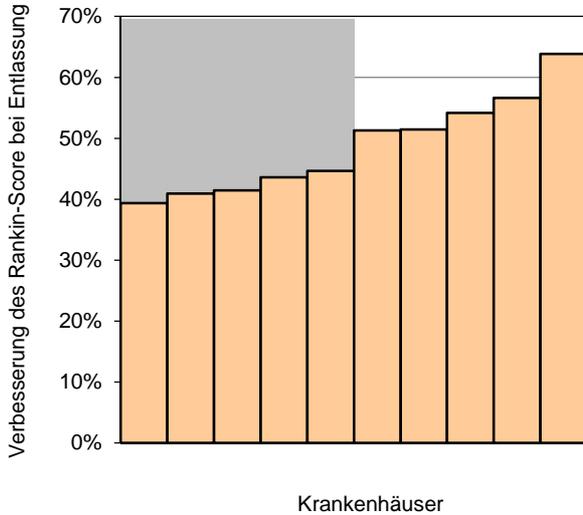
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2022/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Krankenhaus 2022 II. Quartal	Gesamt 2022 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		925 / 1.936	 47,8%
Vertrauensbereich			45,5% - 50,0%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal	Gesamt 2021 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.112 / 2.293	 48,5%
Vertrauensbereich			46,4% - 50,6%

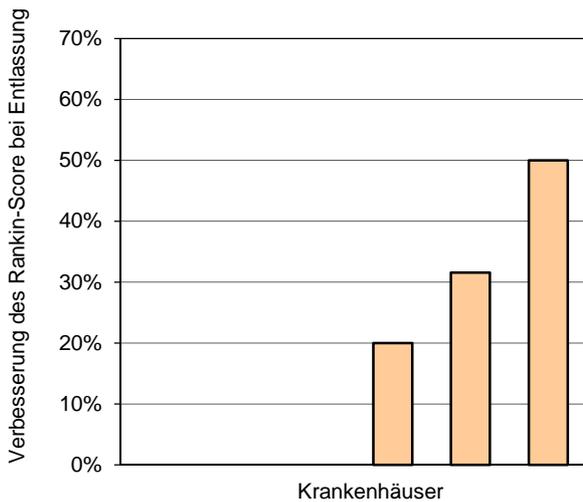
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2022/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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
	39,3	39,3	40,1	41,4	48,0	54,2	60,2	63,9	63,9

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	10,0	31,6	50,0	50,0	50,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2022 II. Quartal

	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 2022 II. Quartal

	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	323 16,7%	129 6,7%	123 6,4%	52 2,7%	22 1,1%	6 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	15 0,8%	111 5,7%	133 6,9%	65 3,4%	20 1,0%	6 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	13 0,7%	123 6,4%	129 6,7%	53 2,7%	20 1,0%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	10 0,5%	86 4,4%	75 3,9%	27 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,1%	5 0,3%	13 0,7%	68 3,5%	65 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	6 0,3%	87 4,5%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

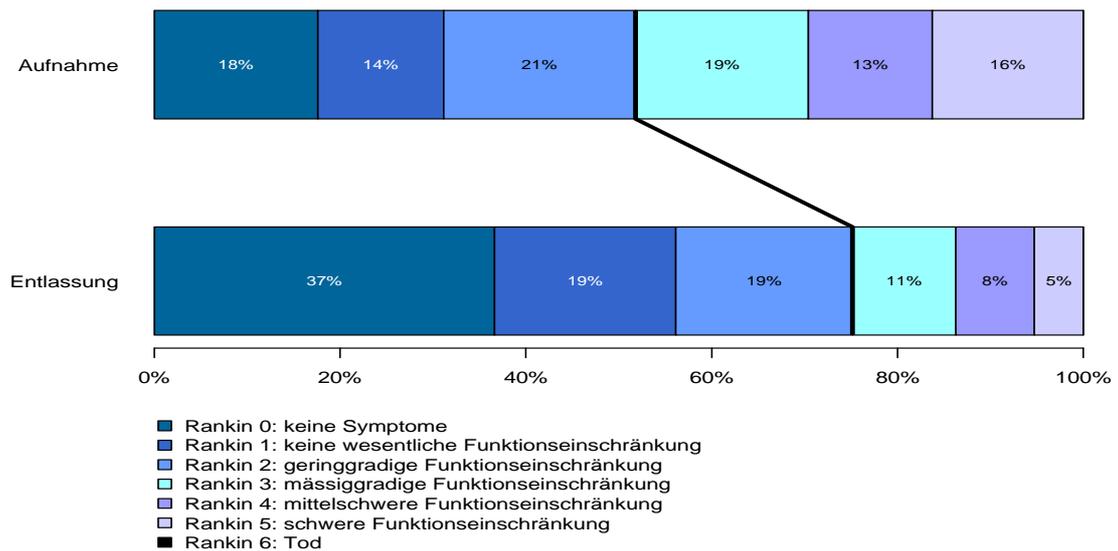
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2021 II. Quartal**

	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 2021 II. Quartal

	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	417 18,2%	200 8,7%	129 5,6%	77 3,4%	20 0,9%	15 0,7%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	8 0,3%	127 5,5%	147 6,4%	68 3,0%	21 0,9%	15 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	12 0,5%	143 6,2%	148 6,5%	45 2,0%	28 1,2%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	4 0,2%	14 0,6%	91 4,0%	85 3,7%	40 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	4 0,2%	19 0,8%	61 2,7%	74 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	0 0,0%	6 0,3%	5 0,2%	19 0,8%	96 4,2%
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: 2022/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme ¹				
0 - <= 2 Stunden			474 / 1.936	24,5%
> 2 - <= 3 Stunden			110 / 1.936	5,7%
> 3 - <= 6 Stunden			117 / 1.936	6,0%
> 6 - <= 24 Stunden			182 / 1.936	9,4%
> 24 - <= 48 Stunden			72 / 1.936	3,7%
> 48 Stunden			102 / 1.936	5,3%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			584 / 1.936	30,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			695 / 2.293	30,3%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2022/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion ¹				
0 - <= 30 Minuten			4 / 129	3,1%
> 30 - <= 60 Minuten			17 / 129	13,2%
> 60 - <= 90 Minuten			48 / 129	37,2%
> 90 - <= 120 Minuten			33 / 129	25,6%
> 120 - <= 180 Minuten			19 / 129	14,7%
> 180 Minuten			8 / 129	6,2%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			21 / 129	16,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			19 / 131	14,5%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

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: 2022/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			18 / 1.936	0,9%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			10 / 18	55,6%
> 2 - <= 3 Stunden			3 / 18	16,7%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 18	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			1 / 18	5,6%
> 24 - <= 48 Stunden			1 / 18	5,6%
> 48 Stunden			3 / 18	16,7%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				116,5 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				963,0 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: 2022/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			10 / 229	4,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			8 / 239	3,3%

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: 2022/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			63 / 229	27,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			81 / 239	33,9%

Basisdaten

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			2.326	100,0	2.644	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.326		2.644	

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

Patienten

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.853		2.169	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			978	52,8	1.126	51,9
weiblich			869	46,9	1.043	48,1
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			6	0,3	0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			1.833 / 2.326	78,8	2.151 / 2.644	81,4
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			83 / 2.326	3,6	124 / 2.644	4,7
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			11 / 2.326	0,5	10 / 2.644	0,4
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			7 / 2.326	0,3	8 / 2.644	0,3
nein, keine stationäre Aufnahme			390 / 2.326	16,8	351 / 2.644	13,3
Inhouse-Schlaganfall ¹			2 / 2.326	0,1	-	-
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.473	76,1	1.745	76,1
Sonnabend oder Sonntag			463	23,9	548	23,9
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			622	32,1	741	32,3
nein			1.278	66,0	1.500	65,4
nicht bestimmbar			36	1,9	52	2,3
Sprachstörung						
ja			488	25,2	527	23,0
nein			1.422	73,5	1.717	74,9
nicht bestimmbar			26	1,3	49	2,1
Motorische Ausfälle						
ja			911	47,1	1.040	45,4
nein			1.011	52,2	1.225	53,4
nicht bestimmbar			14	0,7	28	1,2
Schluckstörung						
ja			248	12,8	266	11,6
nein			1.570	81,1	1.866	81,4
nicht bestimmbar			118	6,1	161	7,0
Bewusstseinsstörung						
ja			164	8,5	199	8,7
nein			1.763	91,1	2.076	90,5
nicht bestimmbar			9	0,5	18	0,8

¹ neuer Schlüsselwert in 2022

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			1.108	57,2	1.296	56,5
nein			828	42,8	997	43,5
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			261	23,6	316	24,4
> 1 - <= 2 Stunden			256	23,1	312	24,1
> 2 - <= 3 Stunden			110	9,9	119	9,2
> 3 - <= 3,5 Stunden			29	2,6	39	3,0
> 3,5 - <= 4 Stunden			31	2,8	25	1,9
> 4 - <= 6 Stunden			57	5,1	79	6,1
> 6 - <= 24 Stunden			182	16,4	199	15,4
> 24 - <= 48 Stunden			72	6,5	79	6,1
> 48 Stunden			102	9,2	105	8,1
wake up stroke						
ja			297	35,9	311	31,2
nein			531	64,1	686	68,8

Diagnostik

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			5	0,3	11	0,5
1. Bildgebung extern			131	6,8	165	7,2
1. Bildgebung intern			1.800	93,0	2.117	92,3
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			725	40,3	941	44,4
CCT mit CTA			986	54,8	1.093	51,6
MRT			46	2,6	45	2,1
MRT mit MRA			43	2,4	38	1,8
Gefäßverschluss						
ja			298	15,4	323	14,1
nein			1.638	84,6	1.970	85,9
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			124	96,1	126	96,2
nein			5	3,9	5	3,8
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			18	14,5	22	17,5
M1			52	41,9	66	52,4
M2			30	24,2	19	15,1
Basilaris			9	7,3	12	9,5
Sonstige			15	12,1	7	5,6
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			99	79,8	104	82,5
nein			25	20,2	22	17,5
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar, da Verlegung			21	1,1	27	1,2
<= 24 Stunden			781	40,3	989	43,1
> 24 Stunden			1.134	58,6	1.277	55,7

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			1.775	92,5	2.078	91,3
Intrakraniell			1.771	92,3	2.064	90,7
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			1.720	89,7	1.991	87,5
nein			187	9,7	271	11,9
nicht durchführbar			11	0,6	13	0,6
Vorhofflimmern			528	27,5	575	25,3
Komplikationen - Pneumonie						
nein			1.742	90,8	2.120	93,2
ja			176	9,2	155	6,8
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			1.854	96,7	2.183	96,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			20	1,0	24	1,1
Stenting im Verlauf			10	0,5	27	1,2
TEA			34	1,8	41	1,8

Diagnose(n) ICD-10-GM 2022¹

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.297	67,0	1.452	63,3
TIA			510	26,3	647	28,2
ICB			129	6,7	194	8,5
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			341	17,6	436	19,0
Rankin 1			262	13,5	349	15,2
Rankin 2			400	20,7	449	19,6
Rankin 3			360	18,6	421	18,4
Rankin 4			258	13,3	273	11,9
Rankin 5			315	16,3	365	15,9
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			653	36,6	854	40,1
Rankin 1			347	19,5	386	18,1
Rankin 2			339	19,0	378	17,7
Rankin 3			198	11,1	238	11,2
Rankin 4			151	8,5	160	7,5
Rankin 5			94	5,3	116	5,4

Rehabilitation

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.585	82,6	1.838	80,8
> Tag 2 nach Aufnahme			37	1,9	39	1,7
keine			296	15,4	398	17,5
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.495	77,9	1.732	76,1
> Tag 2 nach Aufnahme			30	1,6	38	1,7
keine			393	20,5	505	22,2

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			518	27,0	565	24,8
Thrombozyten- aggregationshemmer			1.362	71,0	1.610	70,8
Antihypertensiva			1.559	81,3	1.796	78,9
Antidiabetika			359	18,7	398	17,5
Statine			1.699	88,6	1.973	86,7

Entlassung

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			1.166	60,8	1.370	60,2
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			444	23,1	559	24,6
andere Abteilung			41	2,1	56	2,5
externe Akut-Klinik			26	1,4	22	1,0
Pflegeeinrichtung			131	6,8	146	6,4
verstorben			110	5,7	122	5,4
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			0	0,0	2	9,1
zur Desobliteration der A. carotis			12	46,2	3	13,6
zur Hemikraniektomie			3	11,5	2	9,1
aus anderen Gründen			11	42,3	15	68,2
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			57	51,8	70	57,4
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			53	48,2	52	42,6
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.936	100,0	2.293	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,6 Tage</i>		<i>8,3 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 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.602	83,5	1.900	83,5
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			11	0,6	18	0,8
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			176	9,2	226	9,9
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			19	1,0	28	1,2
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			49	2,6	49	2,2
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			61	3,2	54	2,4
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie¹						
<= 30 Minuten			145	55,3	160	48,6
> 30 - <= 60 Minuten			60	22,9	96	29,2
> 1 - <= 2 Stunden			22	8,4	18	5,5
> 2 - <=3 Stunden			4	1,5	5	1,5
> 3 - <=4 Stunden			4	1,5	0	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	3	0,9
> 6 Stunden			27	10,3	47	14,3
keine Lyse durchgeführt			1.663	86,7	1.954	85,9
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			899	46,4	1.041	45,4
> 30 - <= 60 Minuten			244	12,6	304	13,3
> 1 - <= 3 Stunden			389	20,1	438	19,1
> 3 - <= 6 Stunden			153	7,9	186	8,1
> 6 Stunden			111	5,7	146	6,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			131	6,8	165	7,2
keine Bildgebung erfolgt			5	0,3	11	0,5
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			999	56,1	1.219	57,2
3 - 8 (mittel)			551	30,9	614	28,8
9 - 20 (schwerwiegend)			196	11,0	250	11,7
> 20 (sehr schwerwiegend)			27	1,5	33	1,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2021 abweichen.

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.699	87,8	1.974	86,1
Antihypertensiva			1.559	80,5	1.797	78,4
Antidiabetika			359	18,5	398	17,4
keine Angabe			18	0,9	17	0,7
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			1.572	81,2	1.871	81,6
Pflege zu Hause			204	10,5	233	10,2
Pflege in Institution			160	8,3	189	8,2
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 2022.

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 2022 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2021 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 2021 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2022 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.

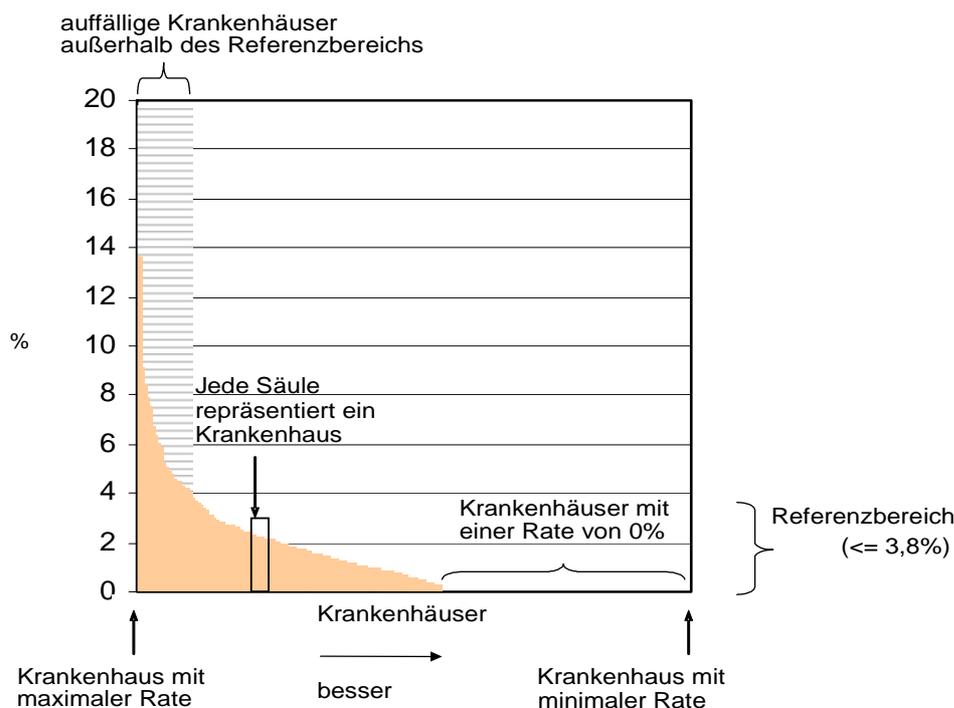
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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