

# Auswertung 3. Quartal 2022 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.106  
Datensatzversion: apo\_hh 2022 5.1  
Datenbankstand: 04. November 2022  
2022 - D18740-L121150-P56163

**BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH**

Standort Hamburg  
Wendenstr. 375  
D-20537 Hamburg

Standort Düsseldorf  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 Düsseldorf

Kontakt:  
Tel.: 040 / 25 40 78-40  
E-Mail: [info@bqs.de](mailto:info@bqs.de)  
URL: [www.bqs.de](http://www.bqs.de)

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2022 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 2021 im III. Quartal stationär entlassen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			94,0%	>= 80,0%	7
2022/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			93,3%	>= 80,0%	9
2022/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,0%	>= 90,0%	11
2022/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			94,7%	>= 80,0%	13
2022/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			98,4%	>= 95,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2022/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2022/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,1%	<= 4,0%	17
2022/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			3,5%	<= 25,0%	17
2022/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			91,6%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2022/apo_hh/103490			75,4%	>= 65,0%	24
2022/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			62,3%	nicht definiert	27

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2022/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			60,2%	>= 42,0%	29
2022/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			85,9%	>= 80,0%	29
2022/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie</b>					
			83,0%	>= 63,0%	33
2022/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			32,1%	nicht definiert	35
2022/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			48,4%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2022/apo_hh/83295					
<b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			27,5%	-	44
2022/apo_hh/151304					
<b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			20,5%	-	45
2022/apo_hh/151311					
<b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b>					
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			114,0 Min.	-	46
2022/apo_hh/154383					
<b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			2,5%	-	47
2022/apo_hh/154384					
<b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			32,4%	-	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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup>			485 / 516	94,0%
Vertrauensbereich				91,6% - 95,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup>			637 / 670	95,1%
Vertrauensbereich				93,1% - 96,6%

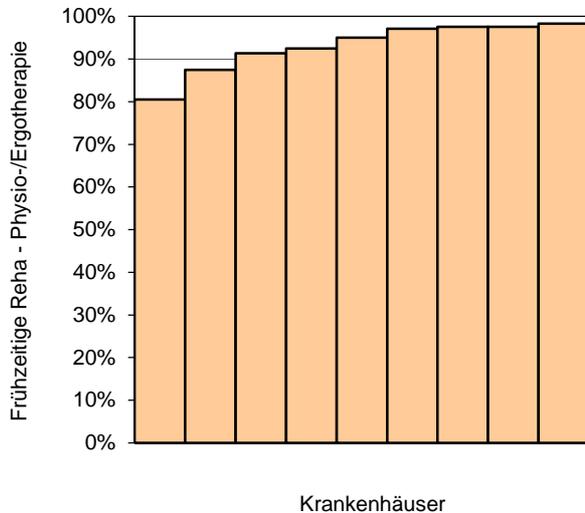
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

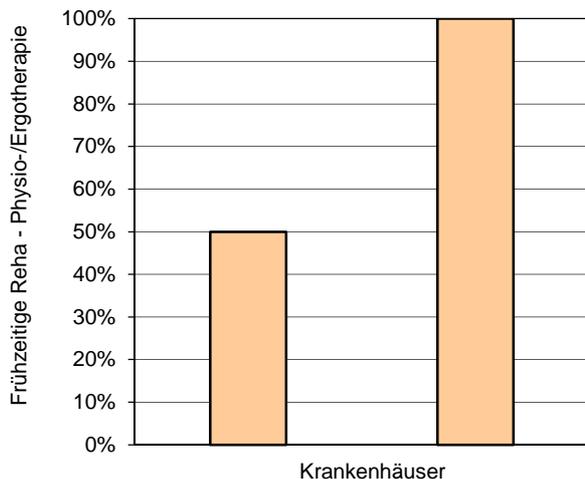
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,5	80,5	80,5	91,4	95,0	97,6	98,3	98,3	98,3

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

<b>Qualitätsziel:</b>	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)
<b>Indikator-ID:</b>	2022/apo_hh/83285
<b>Referenzbereich:</b>	>= 80,0%

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			471 / 505	93,3% 90,7% - 95,3% >= 80,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich			670 / 709	94,5% 92,6% - 96,1%

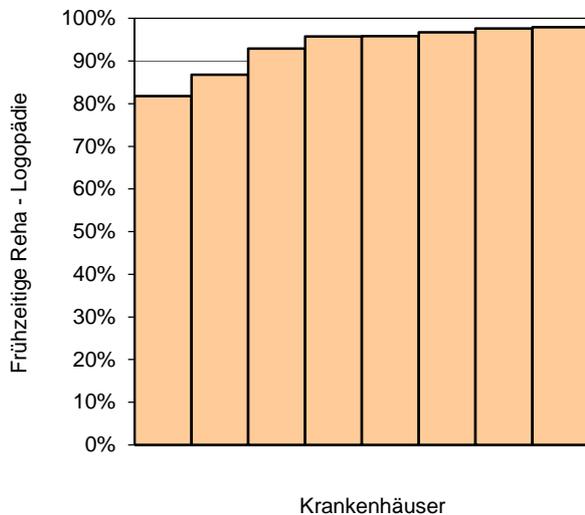
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**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:**

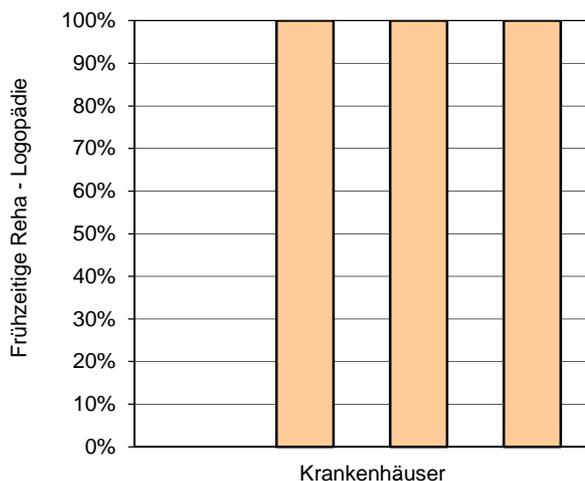
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,8	81,8	81,8	89,9	95,8	97,2	98,0	98,0	98,0

**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	50,0	100,0	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

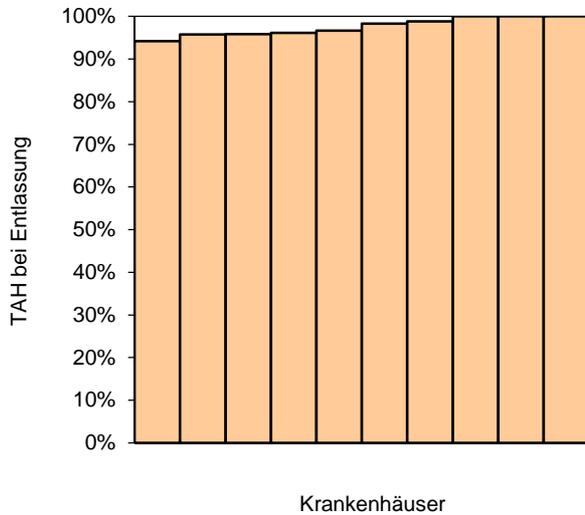
**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.049 / 1.081	97,0%
Vertrauensbereich				95,8% - 98,0%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.427 / 1.466	97,3%
Vertrauensbereich				96,4% - 98,1%

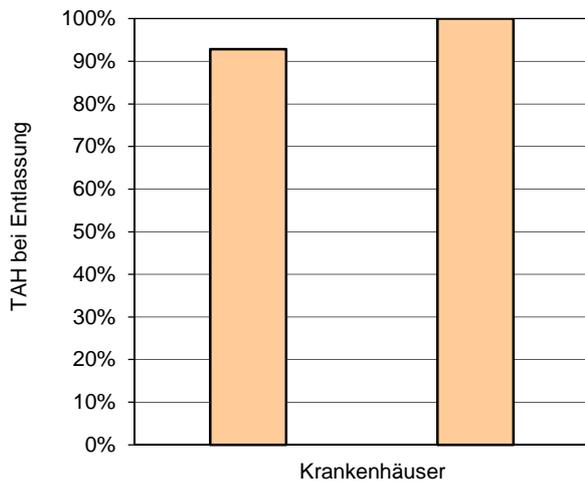
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2022/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

**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
	94,2	94,2	95,0	95,8	97,5	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
	92,9	92,9	92,9	92,9	96,4	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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			269 / 284	94,7%
Vertrauensbereich				91,4% - 97,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

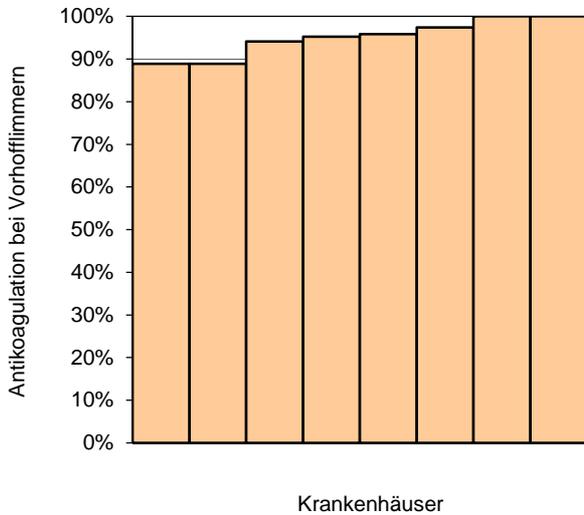
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			343 / 374	91,7%
Vertrauensbereich				88,4% - 94,3%

**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:**

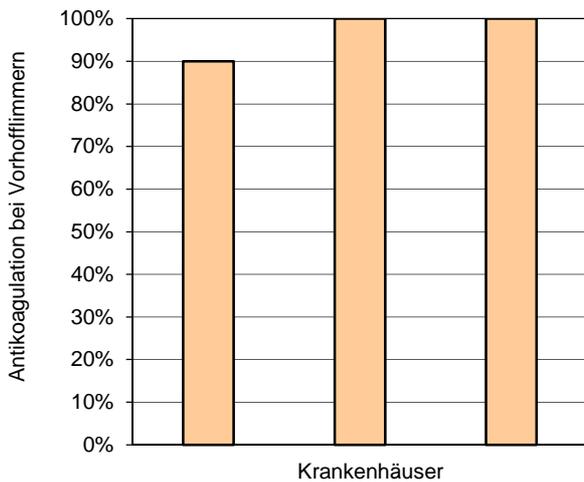
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,9	88,9	88,9	91,5	95,5	98,7	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
	90,0	90,0	90,0	90,0	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:** >= 95,0%

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.567 / 1.592	98,4% 97,7% - 99,0% >= 95,0%

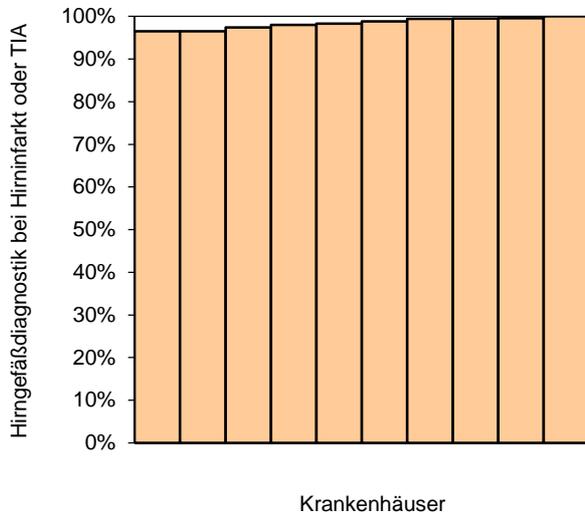
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.101 / 2.131	98,6% 98,0% - 99,0%

**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:**

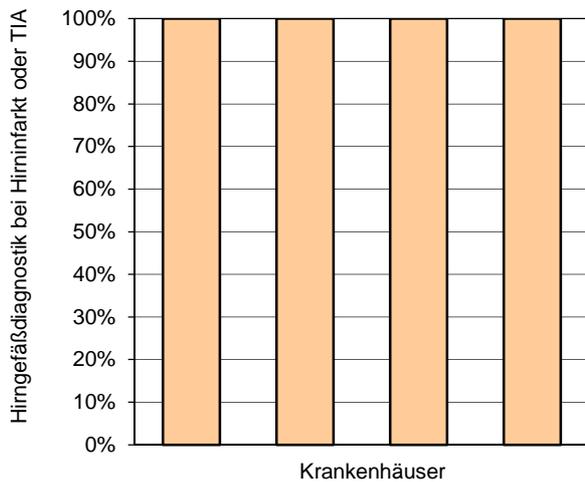
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,5	96,5	96,5	97,4	98,6	99,5	99,8	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
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	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 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

	Gesamt 2022 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	0 / 431 0,0%	13 / 1.173 1,1%	5 / 142 3,5%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,9%	0,6% - 1,9%	1,1% - 8,1%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	■	■	■

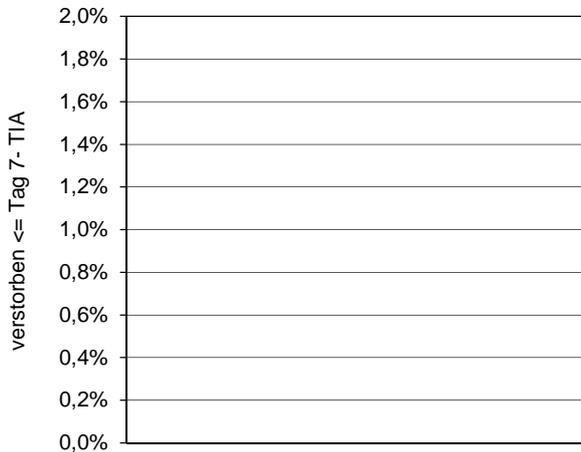
Vorjahresdaten	Gesamt 2021 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 660 0,0% 0,0% - 0,6%	28 / 1.484 1,9% 1,3% - 2,7%	11 / 168 6,5% 3,3% - 11,4%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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.

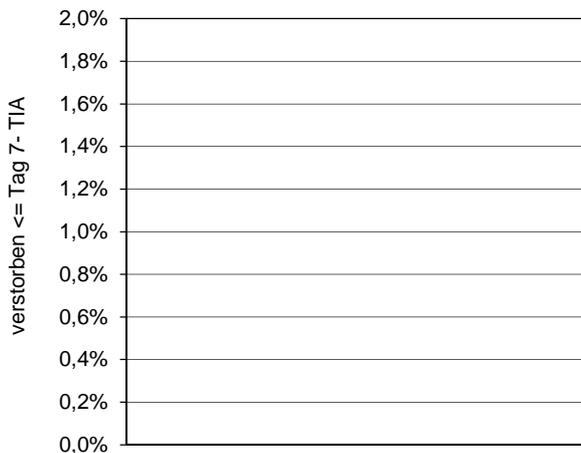


Krankenhäuser

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:**

4 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

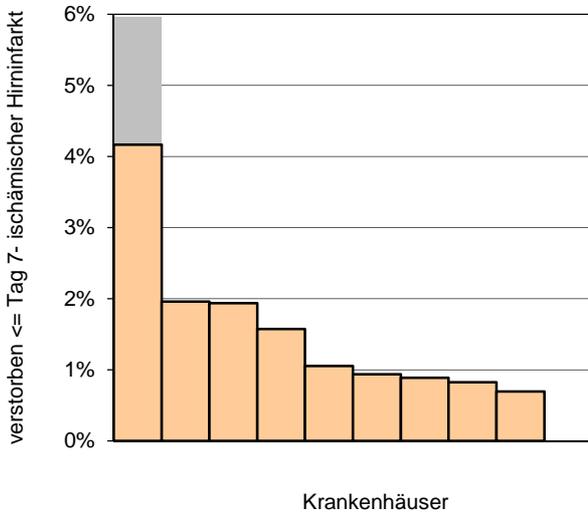
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

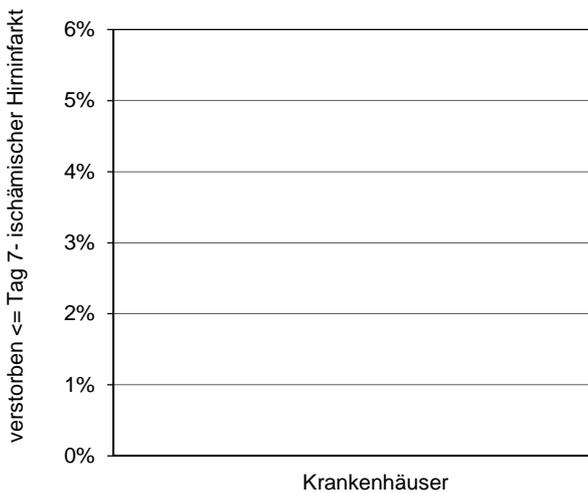
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

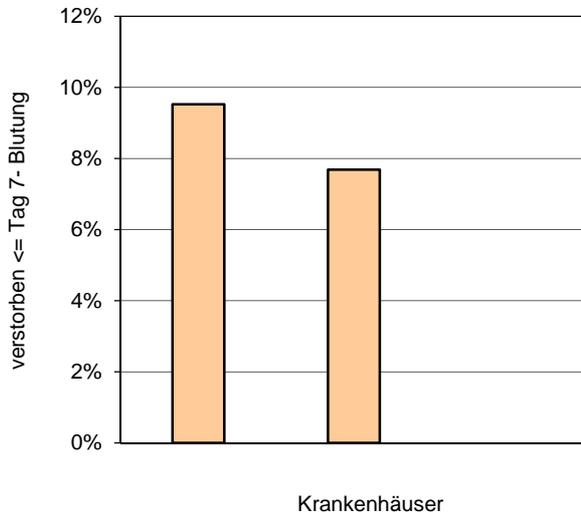
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

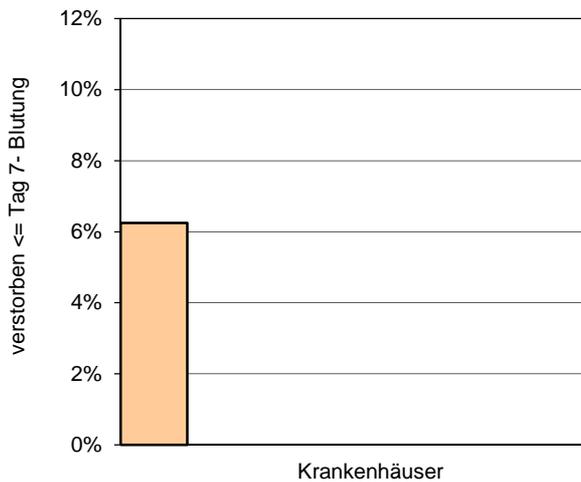
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

7 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	6,3	6,3	6,3

6 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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.003 / 1.095	91,6%
Vertrauensbereich				89,8% - 93,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

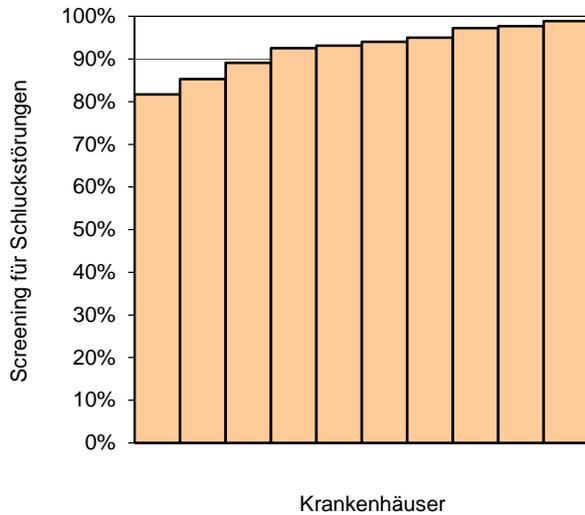
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.232 / 1.378	89,4%
Vertrauensbereich				87,7% - 91,0%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

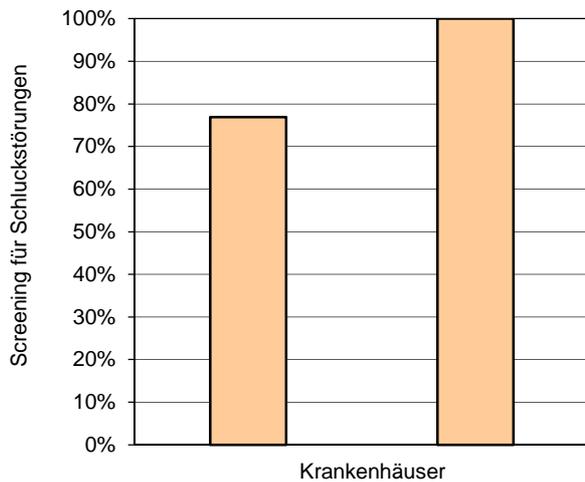
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,7	81,7	83,5	89,1	93,6	97,3	98,3	98,9	98,9

**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
	76,9	76,9	76,9	76,9	88,5	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			294 / 390	75,4%
Vertrauensbereich				70,8% - 79,6%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			421 / 552	76,3%
Vertrauensbereich				72,5% - 79,8%

<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			36 / 390	9,2%
> 1 bis 3 Stunden			30 / 390	7,7%
> 3 bis 6 Stunden			3 / 390	0,8%
> 6 Stunden			8 / 390	2,1%
1. Bildgebung vor Aufnahme			17 / 390	4,4%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 390	0,0%

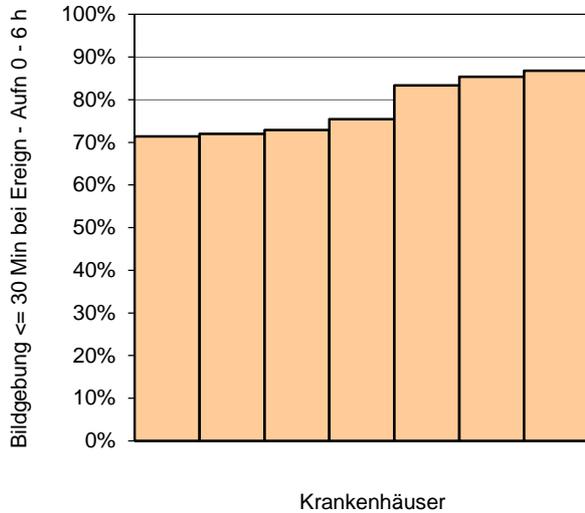
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:**

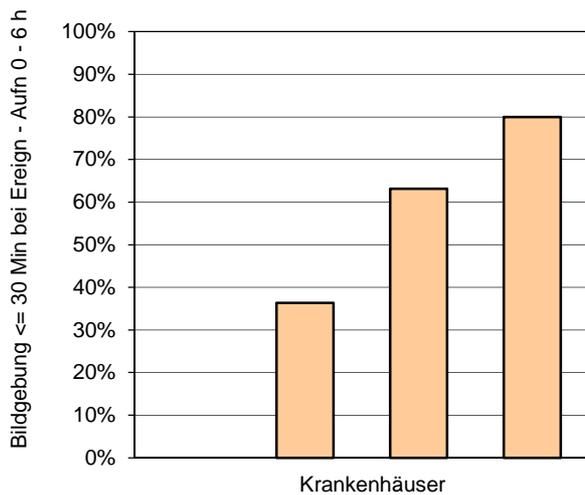
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,4	71,4	71,4	72,0	75,4	85,4	86,8	86,8	86,8

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	18,2	49,8	71,6	80,0	80,0	80,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

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

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

**Indikator-ID:** 2022/apo\_hh/83311

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

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			119 / 191	62,3%
Vertrauensbereich				55,0% - 69,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			193 / 279	69,2%
Vertrauensbereich				63,4% - 74,5%

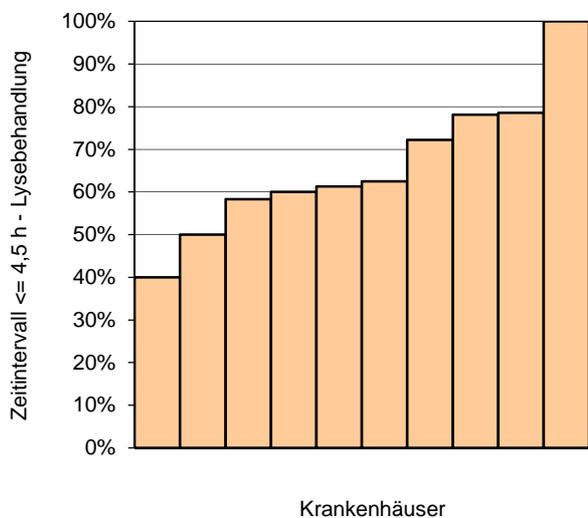
<sup>1</sup> Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2022/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  $\geq 4$  und  $\leq 25$  bei Aufnahme**

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

10 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	40,0	45,0	58,3	61,9	78,1	89,3	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2022/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2022/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			124 / 206	<b>60,2%</b>
Vertrauensbereich				53,2% - 66,9%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			177 / 206	<b>85,9%</b>
Vertrauensbereich				80,4% - 90,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten <sup>2</sup>			171 / 305	<b>56,1%</b>
Vertrauensbereich				50,3% - 61,7%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			273 / 305	<b>89,5%</b>
Vertrauensbereich				85,5% - 92,7%

<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

<sup>2</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2021 abweichen.

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			53 / 206	25,7%
> 1 - 2 Stunden			20 / 206	9,7%
> 2 - 3 Stunden			3 / 206	1,5%
> 3 - 4 Stunden			1 / 206	0,5%
> 4 - 6 Stunden			0 / 206	0,0%
> 6 Stunden			4 / 206	1,9%
keine Lyse durchgeführt			0 / 206	0,0%

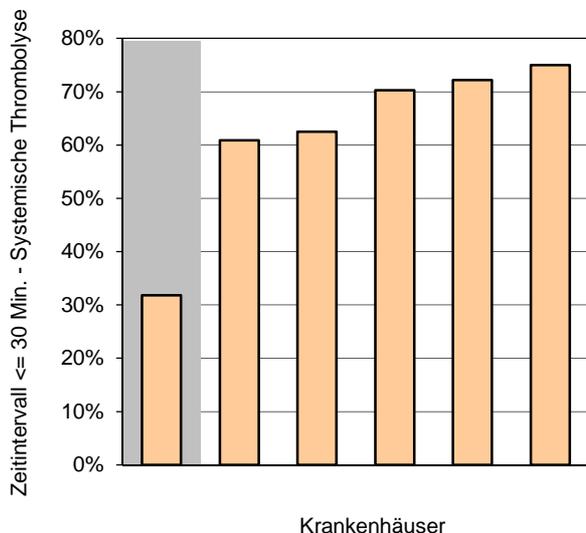
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**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:**

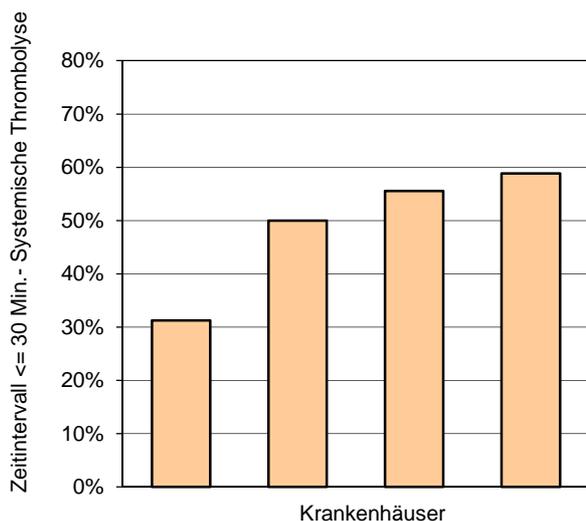
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	31,8	31,8	31,8	60,9	66,4	72,2	75,0	75,0	75,0

**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
	31,3	31,3	31,3	40,6	52,8	57,2	58,8	58,8	58,8

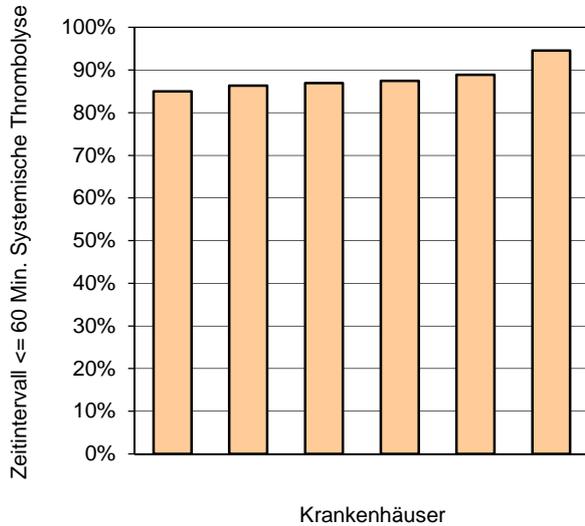
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:**

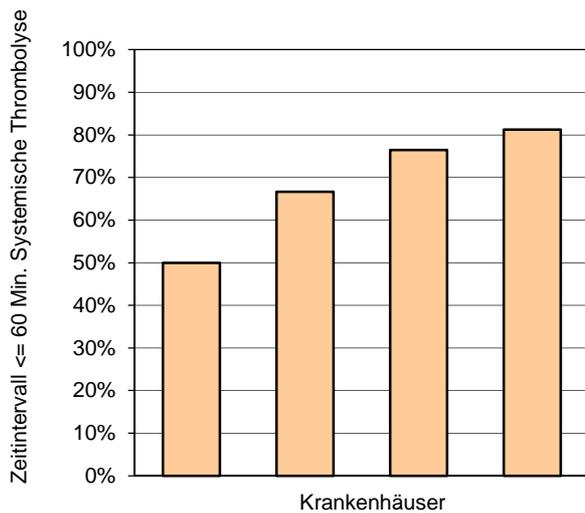
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,0	85,0	85,0	86,4	87,2	88,9	94,6	94,6	94,6

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	58,3	71,6	78,9	81,3	81,3	81,3

6 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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			93 / 112	83,0%
Vertrauensbereich				74,7% - 89,5%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

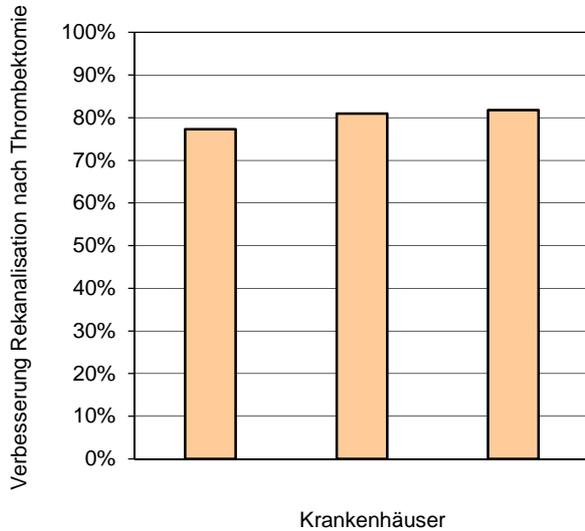
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			114 / 153	74,5%
Vertrauensbereich				66,8% - 81,2%

**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:**

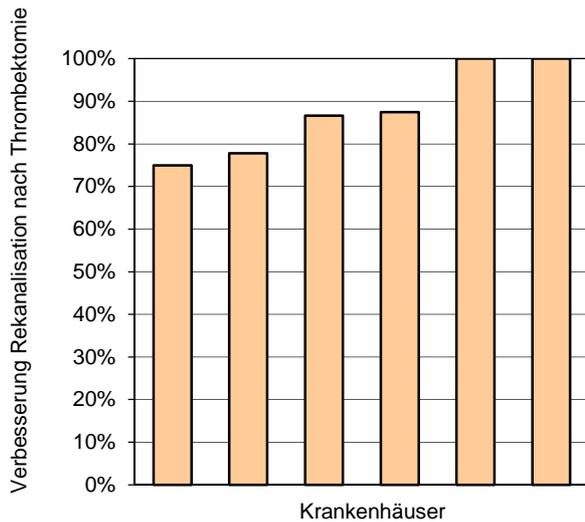
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,3	77,3	77,3	77,3	81,0	81,8	81,8	81,8	81,8

**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
	75,0	75,0	75,0	77,8	87,1	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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			36 / 112	32,1%
Vertrauensbereich				23,6% - 41,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

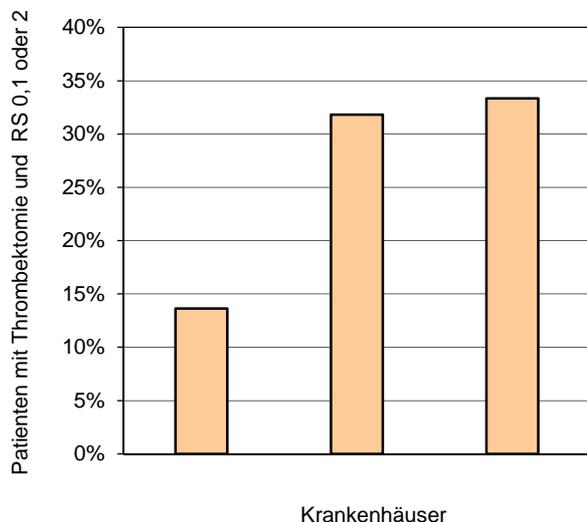
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			54 / 153	35,3%
Vertrauensbereich				27,7% - 43,4%

**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:**

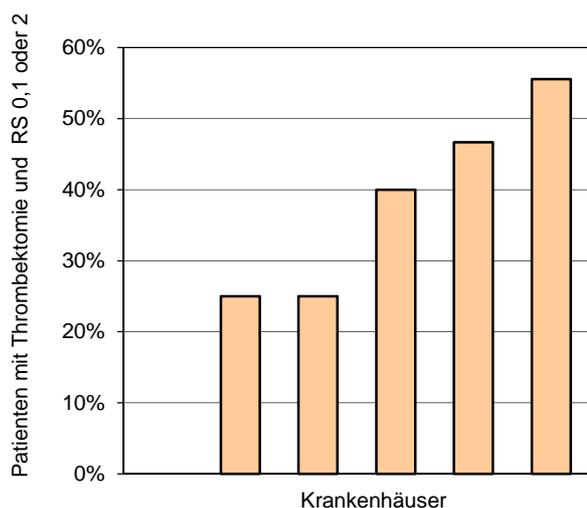
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	13,6	13,6	13,6	13,6	31,8	33,3	33,3	33,3	33,3

**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	25,0	32,5	46,7	55,6	55,6	55,6

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

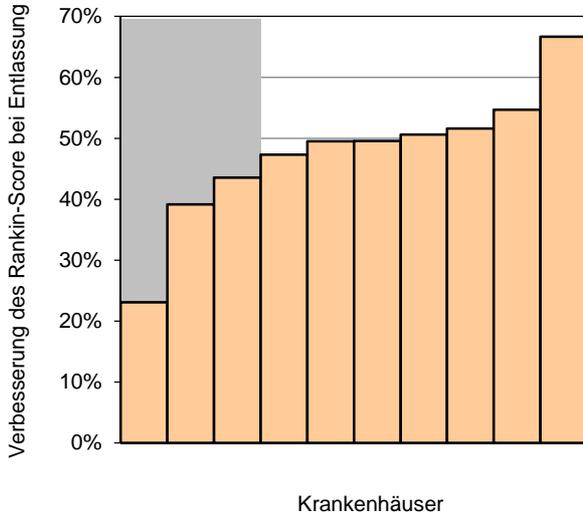
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2022/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2022 III. Quartal	Gesamt 2022 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		845 / 1.746	 48,4%
Vertrauensbereich			46,0% - 50,8%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal	Gesamt 2021 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.133 / 2.312	 49,0%
Vertrauensbereich			46,9% - 51,1%

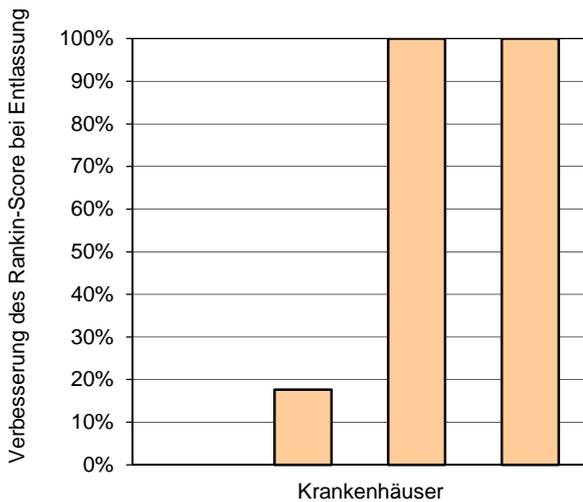
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2022/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

**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
	23,1	23,1	31,1	43,6	49,5	51,6	60,7	66,7	66,7

**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	8,8	58,8	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2022 III. Quartal**

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

**Gesamt 2022 III. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	284 16,3%	140 8,0%	98 5,6%	44 2,5%	18 1,0%	5 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	12 0,7%	96 5,5%	99 5,7%	48 2,7%	23 1,3%	14 0,8%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,3%	10 0,6%	112 6,4%	143 8,2%	46 2,6%	20 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,2%	2 0,1%	3 0,2%	71 4,1%	70 4,0%	25 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	5 0,3%	14 0,8%	59 3,4%	52 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	1 0,1%	4 0,2%	9 0,5%	12 0,7%	73 4,2%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

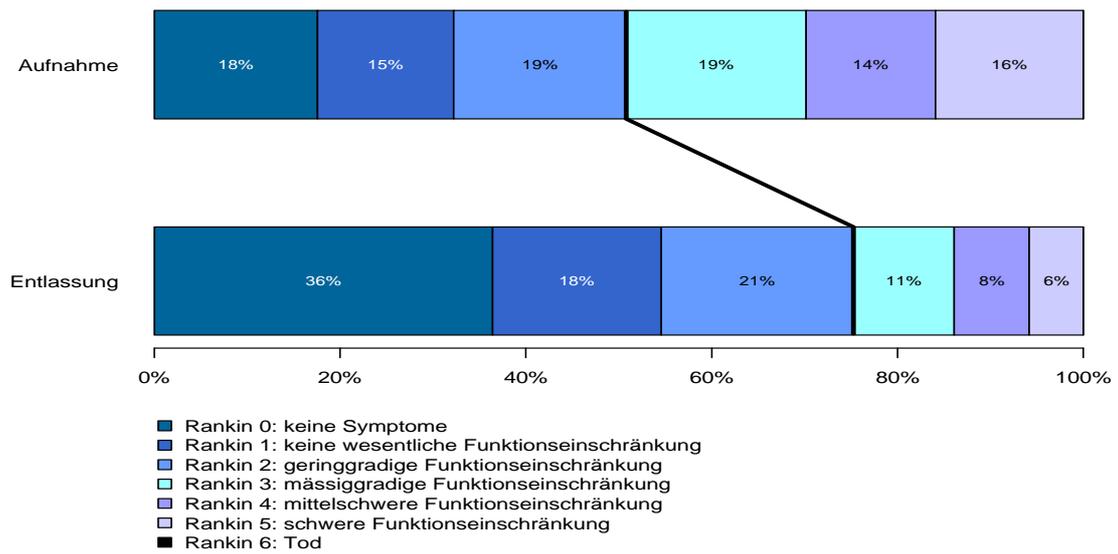
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2021 III. Quartal**

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

**Vorjahresdaten**  
**Gesamt 2021 III. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	413 17,9%	187 8,1%	133 5,8%	63 2,7%	24 1,0%	11 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	8 0,3%	111 4,8%	153 6,6%	90 3,9%	29 1,3%	18 0,8%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	13 0,6%	117 5,1%	163 7,1%	61 2,6%	24 1,0%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,2%	10 0,4%	107 4,6%	73 3,2%	29 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	3 0,1%	19 0,8%	76 3,3%	75 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	1 0,0%	0 0,0%	3 0,1%	13 0,6%	106 4,6%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

### Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2022/apo\_hh/83295

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme <sup>1</sup>				
0 - <= 2 Stunden			384 / 1.746	22,0%
> 2 - <= 3 Stunden			97 / 1.746	5,6%
> 3 - <= 6 Stunden			108 / 1.746	6,2%
> 6 - <= 24 Stunden			136 / 1.746	7,8%
> 24 - <= 48 Stunden			41 / 1.746	2,3%
> 48 Stunden			71 / 1.746	4,1%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			481 / 1.746	27,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			683 / 2.312	29,5%

<sup>1</sup> 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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion <sup>1</sup>				
0 - <= 30 Minuten			3 / 112	2,7%
> 30 - <= 60 Minuten			20 / 112	17,9%
> 60 - <= 90 Minuten			41 / 112	36,6%
> 90 - <= 120 Minuten			27 / 112	24,1%
> 120 - <= 180 Minuten			12 / 112	10,7%
> 180 Minuten			8 / 112	7,1%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			23 / 112	20,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			28 / 153	18,3%

<sup>1</sup> 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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			13 / 1.746	0,7%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			8 / 13	61,5%
> 2 - <= 3 Stunden			3 / 13	23,1%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 13	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 13	0,0%
> 24 - <= 48 Stunden			2 / 13	15,4%
> 48 Stunden			0 / 13	0,0%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				114,0 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				233,0 Min.

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

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

**Kennzahl-ID:** 2022/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			5 / 204	2,5%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			3 / 299	1,0%

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

**Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt**

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

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

**Kennzahl-ID:** 2022/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			66 / 204	32,4%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2021 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			85 / 299	28,4%

## Basisdaten

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			2.106	100,0	2.737	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.106		2.737	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.650		2.199	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median	<i>Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			843	51,1	1.128	51,3
weiblich			803	48,7	1.068	48,6
divers			0	0,0	1	0,0
unbestimmt			4	0,2	2	0,1

## Aufnahme

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.631 / 2.106	77,4	2.184 / 2.737	79,8
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			96 / 2.106	4,6	113 / 2.737	4,1
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			3 / 2.106	0,1	11 / 2.737	0,4
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			10 / 2.106	0,5	4 / 2.737	0,1
nein, keine stationäre Aufnahme			360 / 2.106	17,1	425 / 2.737	15,5
Inhouse-Schlaganfall <sup>1</sup>			6 / 2.106	0,3	-	-
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.315	75,3	1.781	77,0
Sonnabend oder Sonntag			431	24,7	531	23,0
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			586	33,6	758	32,8
nein			1.116	63,9	1.489	64,4
nicht bestimmbar			44	2,5	65	2,8
<b>Sprachstörung</b>						
ja			405	23,2	550	23,8
nein			1.308	74,9	1.714	74,1
nicht bestimmbar			33	1,9	48	2,1
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			827	47,4	1.049	45,4
nein			905	51,8	1.235	53,4
nicht bestimmbar			14	0,8	28	1,2
<b>Schluckstörung</b>						
ja			234	13,4	305	13,2
nein			1.373	78,6	1.857	80,3
nicht bestimmbar			139	8,0	150	6,5
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			183	10,5	202	8,7
nein			1.554	89,0	2.093	90,5
nicht bestimmbar			9	0,5	17	0,7

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2022

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			901	51,6	1.330	57,5
nein			845	48,4	982	42,5
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			201	22,3	278	20,9
> 1 - <= 2 Stunden			219	24,3	327	24,6
> 2 - <= 3 Stunden			97	10,8	132	9,9
> 3 - <= 3,5 Stunden			28	3,1	56	4,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			20	2,2	47	3,5
> 4 - <= 6 Stunden			61	6,8	86	6,5
> 6 - <= 24 Stunden			136	15,1	197	14,8
> 24 - <= 48 Stunden			41	4,6	66	5,0
> 48 Stunden			71	7,9	105	7,9
wake up stroke						
ja			235	27,8	319	32,5
nein			610	72,2	663	67,5

## Diagnostik

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			4	0,2	11	0,5
1. Bildgebung extern			145	8,3	156	6,7
1. Bildgebung intern			1.597	91,5	2.145	92,8
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			684	42,8	896	41,8
CCT mit CTA			842	52,7	1.168	54,5
MRT			38	2,4	45	2,1
MRT mit MRA			33	2,1	36	1,7
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			252	14,4	347	15,0
nein			1.494	85,6	1.965	85,0
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			112	100,0	150	98,0
nein			0	0,0	3	2,0
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses</b>						
Carotis T			19	17,0	26	17,3
M1			51	45,5	68	45,3
M2			17	15,2	31	20,7
Basilaris			6	5,4	16	10,7
Sonstige			19	17,0	9	6,0
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			93	83,0	114	76,0
nein			19	17,0	36	24,0
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar, da Verlegung			10	0,6	13	0,6
<= 24 Stunden			685	39,2	1.042	45,1
> 24 Stunden			1.051	60,2	1.257	54,4

**Diagnostik (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			1.577	91,0	2.120	92,3
Intrakraniell			1.573	90,8	2.098	91,3
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			1.542	89,0	1.965	85,5
nein			182	10,5	311	13,5
nicht durchführbar			9	0,5	21	0,9
<b>Vorhofflimmern</b>			452	26,1	625	27,2
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			1.571	90,7	2.110	91,9
ja			162	9,3	187	8,1
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			1.662	95,9	2.218	96,6
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			21	1,2	32	1,4
Stenting im Verlauf			24	1,4	24	1,0
TEA			26	1,5	23	1,0

### Diagnose(n) ICD-10-GM 2022<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.173	67,2	1.484	64,2
TIA			431	24,7	660	28,5
ICB			142	8,1	168	7,3
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			307	17,6	433	18,7
Rankin 1			256	14,7	321	13,9
Rankin 2			324	18,6	422	18,3
Rankin 3			338	19,4	460	19,9
Rankin 4			243	13,9	299	12,9
Rankin 5			278	15,9	377	16,3
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			586	36,4	830	38,9
Rankin 1			292	18,1	409	19,1
Rankin 2			333	20,7	380	17,8
Rankin 3			174	10,8	223	10,4
Rankin 4			130	8,1	175	8,2
Rankin 5			94	5,8	119	5,6

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.402	80,9	1.887	82,2
> Tag 2 nach Aufnahme			37	2,1	44	1,9
keine			294	17,0	366	15,9
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.311	75,6	1.759	76,6
> Tag 2 nach Aufnahme			27	1,6	34	1,5
keine			395	22,8	504	21,9

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			473	27,3	591	25,7
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			1.257	72,5	1.647	71,7
<b>Antihypertensiva</b>			1.376	79,4	1.817	79,1
<b>Antidiabetika</b>			326	18,8	381	16,6
<b>Statine</b>			1.515	87,4	1.995	86,9

## Entlassung

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			1.068	61,6	1.320	57,5
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			376	21,7	583	25,4
andere Abteilung			44	2,5	75	3,3
externe Akut-Klinik			24	1,4	20	0,9
Pflegeeinrichtung			121	7,0	158	6,9
verstorben			100	5,8	141	6,1
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			2	7,7	0	0,0
zur Desobliteration der A. carotis			11	42,3	2	9,1
zur Hemikraniektomie			3	11,5	1	4,5
aus anderen Gründen			10	38,5	19	86,4
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			54	54,0	70	49,6
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			46	46,0	71	50,4
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.746	100,0	2.312	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,8 Tage</i>		<i>8,6 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 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie</b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.447	83,5	1.885	82,1
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			18	1,0	19	0,8
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			156	9,0	240	10,4
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			22	1,3	20	0,9
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			40	2,3	61	2,7
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			50	2,9	72	3,1
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie<sup>1</sup></b>						
<= 30 Minuten			129	52,4	175	50,9
> 30 - <= 60 Minuten			54	22,0	108	31,4
> 1 - <= 2 Stunden			20	8,1	24	7,0
> 2 - <=3 Stunden			3	1,2	2	0,6
> 3 - <=4 Stunden			1	0,4	1	0,3
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	1	0,3
> 6 Stunden			39	15,9	33	9,6
keine Lyse durchgeführt			1.497	86,4	1.957	85,2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			791	45,3	1.075	46,5
> 30 - <= 60 Minuten			211	12,1	280	12,1
> 1 - <= 3 Stunden			370	21,2	476	20,6
> 3 - <= 6 Stunden			134	7,7	191	8,3
> 6 Stunden			91	5,2	117	5,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			145	8,3	156	6,7
keine Bildgebung erfolgt			4	0,2	11	0,5
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			896	55,7	1.162	54,4
3 - 8 (mittel)			497	30,9	644	30,1
9 - 20 (schwerwiegend)			181	11,2	277	13,0
> 20 (sehr schwerwiegend)			23	1,4	47	2,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2021 abweichen.

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal		Gesamt 2021 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			1.515	86,8	1.996	86,3
Antihypertensiva			1.376	78,8	1.819	78,7
Antidiabetika			326	18,7	381	16,5
keine Angabe			11	0,6	13	0,6
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>						
unabhängig zu Hause			1.426	81,7	1.880	81,3
Pflege zu Hause			173	9,9	239	10,3
Pflege in Institution			147	8,4	193	8,3
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.

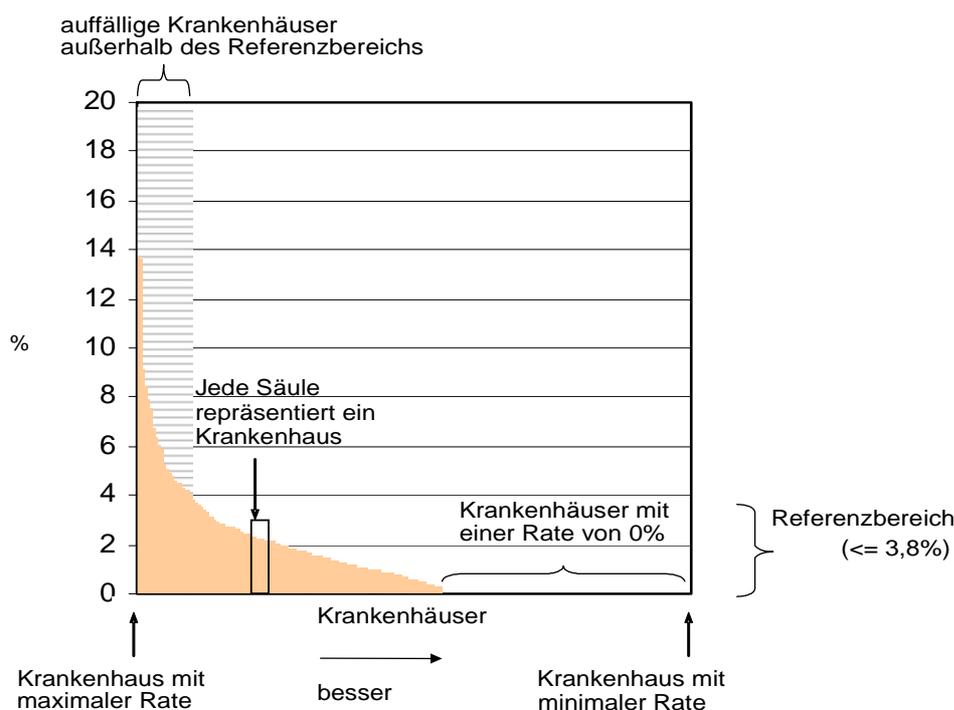
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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 Krankhausergebnisse

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

### Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

### Verhältnis

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung 'Verhältnis' verwendet.

### Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

### BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH  
Standort Hamburg  
Wendenstraße 375  
D-20537 Hamburg

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